



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**A UNA MUJER ADOLESCENTE CON DEFICIT DE CONOCIMIENTOS
RELACIONADO CON POCA FAMILIARIDAD PARA OBTENER LOS
RECURSOS DE INFORMACIÓN, DE ACUERDO CON LOS PATRONES
FUNCIONALES DE MARJORY GORDON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

HERNÁNDEZ RAMÍREZ LUZ MARÍA

No. CUENTA 416159215

ASESORA

MTRA. LAURA JÍMENEZ TRUJANO

CD. DE MÉXICO, AGOSTO 2023



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.

DEDICATORIAS

A:

DIOS:

Gracias Dios mío, por regalarme el Don de la vida, por darme una familia maravillosa, por guiar mi camino y por mantenerme con fe durante el trayecto.

MIS PADRES:

❖ *Enriqueta Ramírez Fernández*

No hay palabras para agradecerle a usted todo lo que ha hecho por mí, desde que me concedió la vida, sus cuidados, su amor, su entrega y dedicación para que yo pudiera ser una persona de bien, eh aquí los resultados de ese esfuerzo. Sin darse cuenta es usted mi ángel en la tierra, gracias por sus consejos y por su apoyo incondicional en este proceso.

❖ *Félix Hernández Díaz*

Simple y sencillamente mi héroe, le dedico este triunfo por ser mi guía, mi ejemplo a seguir por enseñarme que no hay limitantes. Gracias por todo el esfuerzo que hizo por nosotros, para que estuviéramos bien, por ser siempre su prioridad, por enseñarnos el valor de la familia, “gracias por tanto amor”.

MIS HIJOS:

❖ *Iker Abraham y Alisson Abigail*

Mis niños hermosos, quiero enseñarles el mismo camino que sus abuelos me enseñaron a mí, quiero ser su ejemplo a seguir, por eso trato de esforzarme cada día más por ustedes. Gracias por enseñarme a sentir el amor más inmenso que pueda existir. Los amo con todo mí ser.

MIS HERMANOS:

❖ *Griselda y Víctor Manuel*

Hermana, eres un ejemplo a seguir en toda la extensión de la palabra. Eres mi admiración, gracias por todo tu apoyo, tus consejos, por impulsarme siempre a seguir, por demostrarnos que cuando se quiere se puede. Hermano gracias por todo tu apoyo en este proceso, gracias por estar siempre que te necesito. Ojala que esta hermandad que gracias a nuestros padres tenemos, perdure siempre. Los quiero mucho.

A MI ESPOSO:

❖ *Mauricio Velázquez Ángeles*

Se volvieron a unir nuestros caminos. El destino nos volvió a juntar y aquí seguimos.... Luchando para ser mejores, con 2 hijos hermosos. Gracias por el apoyo que me has brindado siempre en cada momento, por tu comprensión y tu acompañamiento durante este proceso. Te amo.

AGRADECIMIENTOS

- *A la Máxima casa de Estudios (UNAM), por darme la oportunidad de ser parte de su sistema de educación superior.*

- *A la hoy actual Facultad de Enfermería y Obstetricia, por llenarme de conocimientos durante el proceso, por brindarme el apoyo y las herramientas para poder ser un profesional digno de ella.*

- *A todos y cada uno de los profesores que hicieron posible mi paso por la facultad, llenándome de conocimientos durante mi trayectoria escolar.*

- *En especial quiero hacer un agradecimiento a mi asesora Mtra. Laura Jiménez Trujano por el tiempo dedicado a la revisión de este proceso, por su apoyo, sus consejos y recomendaciones que hicieron posible la culminación de este trabajo.*

Índice

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	JUSTIFICACIÓN	2
III.	OBJETIVOS	3
	General	3
	Específicos	3
IV.	MARCO TEÓRICO.....	4
	4.1 Antecedentes del Cuidado	4
	4.1.1 Origen del Cuidado	4
	4.1.2 Surgimiento de la Enfermería	5
	4.1.3 Florence Nightingale y la Enfermería Moderna	9
	4.1.4 México y la Enfermería Moderna	11
	4.2 Definición y Metaparadigma de Enfermería	16
	4.2.1 Definición de Enfermería	16
	4.2.2 Metaparadigma de Enfermería	17
	4.3 Proceso Atención De Enfermería	18
	4.3.1 Orígenes del PAE.	19
	4.3.2 Definición Del Proceso Atención De Enfermería	21
	4.3.3 Etapas del PAE	21
	4.4 Perspectiva Teórica	31
	4.4.1 Marjory Gordon y los Patrones Funcionales De Salud	31
V.	METODOLOGÍA	35
VI.	APLICACIÓN DEL PAE	36
	6.1 Valoración	37
	6.1.1 Resumen de la Valoración	49
	6.2 Diagnósticos de Enfermería (jerarquización)	51
	6.3 Plan de Cuidados	52
	6.4 Evaluación	71
VII.	CONCLUSIONES	72
VIII.	SUGERENCIAS	73

IX.	REFERENCIAS.....	74
X.	ANEXOS.....	78
	<i>Anexo 1 Carta de consentimiento informado</i>	78
	<i>Anexo 2 Índice de Barthel. Actividades Básicas de la Vida Diaria</i>	80
	<i>Anexo 3 Evaluación del Estado de Nutrición</i>	81
	<i>Anexo 4 Escala de Bristol</i>	82
	<i>Anexo 5 Escala de Norton modificada</i>	82
	<i>Anexo 6 Escala de Crichton</i>	83
	<i>Anexo 7 Escala Visual del Dolor</i>	83
	<i>Anexo 8 Escala de coma de Glasgow</i>	84
	<i>Anexo 9 Altura de fondo uterino</i>	84
	<i>Anexo 10. Técnicas para el manejo del dolor en el trabajo de parto (tríptico)</i>	86
	<i>Anexo 11. Lactancia materna (tríptico)</i>	88
	<i>Anexo 12. Cuidados del Recién Nacido (tríptico)</i>	90

I. INTRODUCCIÓN

En este trabajo se realiza la aplicación del método sistematizado en la práctica asistencial de enfermería apoyado con la valoración de los patrones funcionales de Gordon, lo que se le conoce como Proceso Atención de Enfermería (PAE) que permite a enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Este PAE está dirigido a una mujer en trabajo de parto en fase activa, la cual se ingresa al área de Toco-cirugía, como profesionales de enfermería debemos estar capacitados para brindar un cuidado digno y humanizado, pues una mujer en trabajo de parto se encuentra vulnerable a la situación, presenta miedo angustia, dolor, temor de estar sola fuera de su entorno, por lo que debemos actuar de manera sensible con un lenguaje claro y oportuno para su entendimiento y sobre todo brindar la confianza necesaria para lograr que el parto sea humanizado.

En el contenido de este trabajo se presenta la fundamentación teórica del PAE y su aplicación en la práctica asistencial, comenzando por el origen del cuidado, la historia y evolución de la enfermería para sustentar las acciones y cuidados que se deben brindar en el proceso, de igual manera se muestra cómo surge el PAE y sus avances a través del tiempo así como su definición y el desarrollo de sus 5 etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación). Igualmente se expone la valoración a través de los Patrones Funcionales de Gordon.

Se presenta el caso clínico, el lugar, el tiempo, los recursos materiales y financieros en el que se llevó a cabo la práctica del PAE así como la ejecución de cada una de sus etapas para finalizar con la conclusión, las referencias bibliográficas y los anexos.

II. JUSTIFICACIÓN

La realización del este Proceso Atención de Enfermería (PAE), se hace en primer lugar, como opción para la titulación en la licenciatura de enfermería.

El interés de aplicar dicho proceso a una paciente en trabajo de parto fisiológico, es lograr un parto normal, educando a la mujer con la utilización de algunas técnicas de relajación durante el trabajo de parto así como brindarle acompañamiento y una atención humanizada antes, durante y después del parto, al igual que brindarle enseñanza para los cuidados de su recién nacido, rigiéndonos por los criterios y procedimientos para la prestación de servicio de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-ssa2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Cada mujer es distinta, por lo que cada parto es diferente y esto conlleva a que cada mujer merece y necesita una atención personalizada.

Al realizar la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, se conjuga lo teórico de la metodología enfermera con lo práctico para brindar el cuidado a la persona y mejorar su condición de salud, lo que nos permite mostrar la integración del aprendizaje, ya que refuerza habilidades y fortalezas que garantizan un mejor cuidado, pues al realizar la valoración a la persona guiada por una teoría y/o modelo se identifican problemas reales o potenciales y factores que ponen en riesgo su salud, y mediante la taxonomía NANDA se diagnostican los problemas detectados para así poder estructurar un plan de cuidados individualizado en interacción con la taxonomía NIC y una vez ejecutado poder evaluar mediante la taxonomía NOC si los resultados esperados realmente se lograron, aunado a lo anterior, resaltando el cuidado humanizado en el nacimiento.

III. OBJETIVOS

General

Estructurar un proceso atención de enfermería con base en la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon, integrando el conocimiento de la metodología del cuidado de enfermería, a una mujer en trabajo de parto fisiológico, ubicada en un Hospital General del Estado de México.

Específicos

- Identificar a través de la valoración basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon, los problemas de salud de la persona y los factores que la ponen en riesgo.
- Jerarquizar los diagnósticos de enfermería en problemas reales, potenciales y de riesgo utilizando la taxonomía NANDA.
- Planear las intervenciones de enfermería con base en la taxonomía NIC.
- Aplicar las acciones de enfermería planeadas con principios éticos buscando una respuesta favorable a los problemas identificados.
- Evaluar la efectividad de las acciones de enfermería, con la taxonomía NOC, los resultados obtenidos.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Antecedentes del Cuidado

El cuidado humano ha evolucionado y se ha modernizado día con día para beneficio de la salud, ya que el cuidado no se trata solo de brindar asistencia, sino que también es relacionarse con la persona cuidada desde otras expectativas. “Los cuidados son un conjunto de actos consistentes e inconsistentes de raíz afectiva que tienen como finalidad más primaria la supervivencia y el mantenimiento de la especie” (Benavent Garcés et al., 2012).

“Desde una perspectiva enfermera, Collière concede al cuidar las acepciones de “ser cuidado” (recibir los cuidados de otra persona), “cuidarse” (ofrecerse cuidados así mismo) y “cuidar” (dar cuidados a otra persona)” (Benavent Garcés et al., 2012). El cuidado se caracteriza por la forma sistematizada y organizada con la que se lleva a cabo, desde una disciplina humanística que utiliza conocimientos científicos, es decir desde la Enfermería.

4.1.1 Origen del Cuidado

En la antigüedad el hombre solo se esforzaba por cubrir sus necesidades básicas para sobrevivir, por lo que para él, la salud era un don divino y que al portarse mal o romper las reglas establecidas por la familia, lo hacía merecedor de enfermedades como castigo de los dioses y esto significaba la expulsión de su tribu o la misma muerte, por lo que conservar la salud era sinónimo de portarse bien. “La cultura del cuidado en la mujer, tiene sus raíces en el cuidado corporal, ya que este es el centro de aprendizaje e instrumento único, perfecto y digno de preservar” (Achury, 2006). En esa época las mujeres eran las que se encargaban de cuidar a niños, anciano y a otras mujeres en el momento del parto.

En la edad antigua se comienza a escribir libros, artículos, etc. todo gracias a la invención de la escritura, lo que da por resultado poder transmitir numerosas investigaciones realizadas por científicos de esa época, haciendo posible la difusión de conocimiento, pero más que conocimientos propios del oficio eran cualidades como ser astuta, dedicada, paciente y pura lo que caracterizaba a la enfermera.

4.1.2 Surgimiento de la Enfermería

La necesidad de la formación de enfermería surge a raíz de que se fueron creando hospitales, y se cree que la enfermería como un oficio apareció durante “La Edad Media, término que se utilizó para hacer un intervalo aproximado de mil años (año 1453)” (Martínez & Chamarro, 2011), la cual a su vez se divide en Alta Edad Media y Baja Edad Media considerándose esta una etapa oscura en la historia de la humanidad.

En la Alta Edad Media surge el cristianismo que fue la religión oficial del emperador Constantino donde la enfermedad ya no era vista como un castigo de los Dioses, sino ahora era lo contrario, se veía como un don divino, pues la persona que la padecía era afortunada por ser una forma de redención a Jesús e identificarse con su sufrida pasión, lo que hizo que por misericordia, caridad, consuelo y alimentación espiritual se brindara cuidado al enfermo, principalmente por la mujer y esto al estar relacionado con la religión derivó que las monjas con mayor formación fueran las encargadas de dar cuidados y así adoptar votos religiosos, dando lugar a su enseñanza a través del Clero, “aparece la figura de una mujer cuidadora a la que Collière llama la mujer consagrada” (García & Martínez, 2001), después surge la creación de la Escuela de Salerno, y con ello surge un cambio de la medicina monástica a la medicina secolar, ya que en esta escuela se enseñaba la medicina con fundamentos más teóricos, sin embargo el

cristianismo seguía presente y gracias a obispos y reyes con fines caritativos se empezaron a construir hospitales donde se atendía a los más necesitados. Y es aquí donde aparecen las primeras cuidadoras seculares, “la Orden de las Agustinas considerada la orden más antigua de hermanas enfermeras y atendían tareas como: la administración del hospital, el cuidado a los enfermos, servicios religiosos y el alta del paciente, también eran responsables de la cocina y la lavandería que se realizaban a las orillas de los ríos” (Martínez & Chamarro, 2011).

En la Baja Edad Media las esclavas aparte de sus tareas domésticas también cuidaban enfermos. Los partos normales eran asistidos por mujeres las cuales recibían el nombre de comadronas, “debido a la alta mortalidad infantil, se necesitó especial cuidado en el momento del parto apareciendo así la figura de las nodrizas, que luego sería la encargada de cuidar, amamantar, instruir y educar a los niños, solo en el caso de las familias que fueran pudientes” (Ruiz Flores & Martínez Fuentes, 2016).

Por otra parte crece la demanda de atención y con ellos el rápido aumento de hospitales con mejoras y nuevas estructuras, y la atención de enfermería se hacía notoria por ser mujeres las que se dedicaban a este oficio.

“La época oscura de la enfermería” fue un acontecimiento que desfavoreció la historia de la enfermería ya que gracias a Martin Lutero, patriarca de una nueva doctrina llamada el protestantismo, el cual proclamaba que no era necesario hacer obras de caridad para ganarse la vida eterna, tan sólo bastaba con tener fe para salvarse” (Vega, 2015) provocando que a la gente ya no le interesara brindar cuidado a los enfermos, y que las personas con estatus sociales más bajos fueran ahora las encargadas de brindarlos, haciéndolo de forma pobre y deficiente, pues los cuidados de enfermería más que curar se enfocaban en la custodia del paciente con una mala

higiene y una pobre alimentación además de que el personal no contaba con conocimiento para brindar un buen cuidado. “Este acontecimiento se vio desfavorable para la historia de la salud y del cuidado, pero no para la enfermería como disciplina científica.” (Vega, 2015).

“La Edad Moderna, que inicia con la caída del Imperio de Constantinopla en 1453. Del siglo XV al XVIII se desarrollaron unas series de teorías filosóficas, químicas y físicas que tuvieron una repercusión positiva en la salud” (Martínez & Chamarro, 2011), aportando nuevos conocimientos. En esta época existía una diferencia entre los grupos sociales, ya que los únicos que tenían acceso a la medicina técnica y a todo sus avances eran los de las clases sociales más altas, pues los hospitales ya eran manejados por el poder civil y ya no por la iglesia, sin embargo las religiosas fundaron hospitales para brindar atención a los pobres, ya que ellos que no eran atendidos por el poder civil.

“En la Edad Contemporánea, etapa que inicia cuando finaliza la Revolución Francesa (1789-1799). Por lo tanto este es un período que comprende los siglos XIX y XX, donde se da un crecimiento importante de la población mundial y con ellos la proliferación de nuevos tipos de enfermedades.” (Vega, 2015). La atención médica era demasiado costosa y solo la gente de estatus social más alto podía tener acceso a ella. Por otro lado gracias a los avances de la investigación y la repercusión que tuvieron en la medicina, el ser humano se da cuenta de que la enfermedad es parte de un proceso natural, comprendiendo que la salud y la enfermedad no eran castigo ni regalos divinos sino parte de una vida natural, lo que ayudo a que los sistemas de salud buscaran una secularización permanente y es ahí cuando el gobierno comienza ayudar a los más pobres para que se les brindara atención en los hospitales, utilizando a estas personas como objeto de la enseñanza y los trataban los médicos más celebres del momento. Todo esto causó

que la medicina se orientara principalmente hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad.

Por lo tanto, la situación sanitaria comenzó a cambiar en el siglo XIX, gracias a que se tomó conciencia de las pésimas condiciones de la asistencia sanitaria.” (Vega, 2015). Los hospitales comenzaron a actualizarse incorporando nuevas funciones como la docencia, también introdujeron medidas como la calefacción, sistemas de fontanería, salas de autopsias, quirófanos, laboratorios, lavaderos y cocinas, entre otros. Este nuevo concepto de hospital determinó un mayor poder a la medicina, lo que generó una pérdida importante de poder para la iglesia en el ámbito de la salud. “Aparece la enfermera técnica y la separación de los poderes políticos y religiosos permitieron el inicio de la enfermera en vías de profesionalización. Collière la denomina mujer enfermera-auxiliar del médico” (García & Martínez, 2001).

Algunos de los reformadores que destacan en esta época fueron el matrimonio de los Fliedner, ya que fundaron el Instituto Kaiserswerth en Alemania, donde ellos mismos prepararon un grupo de diaconisas con una organización y un sistema de aprendizaje innovador que posteriormente fue copiado por otros países pues “trajeron un concepto holístico del cuidado, donde se ve al paciente de una forma multidimensional, es tan conveniente dar cuidado a la parte física de las personas, como a las partes sociales, cognitivas y espirituales. Lo que le dio una percepción integral y humanista al ser humano” (Vega, 2015).

Otra reformadora fue Elizabeth Fry, quién fue la fundadora de un instituto de hermanas enfermeras protestantes. “Además creía que las mujeres bondadosas podrían ser buenas enfermeras sin necesidad de pertenecer a grupos religiosos, así como que la actividad de enfermería debía ser reenumerada” (Martínez & Chamarro, 2001).

También es importante mencionar que antes de finalizar el siglo XIX, “el 1° de julio 1899 fue fundado El Consejo Internacional de Enfermeras, en la ciudad de Londres Inglaterra” (Oguisso, 2012) y es la primera asociación internacional de enfermeras, misma que termina de consolidar la enfermería como profesión y en la actualidad sigue marcando las pautas para el actuar de la enfermera.

4.1.3 Florence Nightingale y la Enfermería Moderna

Lo que hizo Nightingale por la enfermería fue algo histórico, ya que cambio totalmente la percepción que se tenía de la enfermería, dándole un nuevo horizonte. Incluyo la estadística y definió que el factor del ambiente en el periodo de recuperación de la enfermedad es sumamente importante para el cuidado, y este comienza a tener un objetivo científico y ahora cuenta con bases teóricas.

“Florence Nightingale nació en Florencia, Italia, el 12 de mayo de 1820 y es considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería. Se le considera la madre de la enfermería moderna y verdadera creadora de una filosofía en la enfermería.” (Young et al., 2011). En esa época la mujer debía casarse, tener hijos, formar y cuidar una familia, sin embargo Florence se rebeló contra esos prejuicios y le pidió a su padre, la oportunidad de estudiar matemáticas en lugar de alguna actividad propia de la mujer y después de tanta insistencia su padre accedió. Años más tarde eligió ser enfermera. Sus padres no estaban de acuerdo que fuera enfermera, ya que estaba mal visto que una mujer perteneciente a una clase social alta realizara ese oficio. Su abuelo materno fue el único que la apoyó de su familia y ella busco el apoyo de un médico llamado Samuel que era amigo de la familia.

“A principios de 1850, en Alemania se incorpora a las Diaconisas de Kaiserswerth, con quienes iniciaría su formación como enfermera” (Benavent Garcés et al., 2012). En 1853 regresa a Londres encabezando el Establecimiento para Damas Enfermas. Pero en Marzo de 1854 inicia la guerra de Crimea cuando Rusia invadió Turquía, finalizando en 1856. Nightingale fue enviada a Estambul como Superintendente del Sistema de Enfermeras de los hospitales Generales Ingleses, junto con 38 enfermeras a su cargo, a las cuales se les asignó el hospital de Escutari para prestar atención sanitaria. Las condiciones del hospital eran fatales, a falta de higiene los soldados heridos se infectaban, sufrían congelación, infestación de piojos, mala alimentación y pobres cuidados por lo que incrementaron las enfermedades víricas.

Nightingale organizó el saneamiento del hospital, en solo dos semanas logró montar una cocina, y una lavandería para asistir a más de 800 hombres. Fue hasta que en 1855 consiguió que una comisión gubernamental acudiese al lugar para realizar una limpieza a fondo y proporcionar material quirúrgico.

Florence tenía que redactar informes sanitarios para las autoridades inglesas por lo que recolectaba datos y organizó un sistema para llevar un registro, mismos que al tener conocimientos matemáticos los empleó para calcular la tasa de mortalidad en el hospital, convirtiéndola en la primera persona en usar gráficos para demostrar cómo variaba la mortalidad en relación con la calidad de los cuidados.

“Para febrero de 1855 la tasa de mortalidad había caído de 60% al 42,7%. Mediante el establecimiento de una fuente de agua potable, así como usando su propio dinero para comprar fruta, vegetales y equipamiento hospitalario, para la primavera siguiente la tasa había decrecido otro 2,2%.” (Young et al., 2011). Cuando volvió a Londres en 1856, después de que se firmó el

tratado de paz, usando sus estadísticas vio la necesidad de impulsar una reforma sanitaria en todos los hospitales militares, llevando a cabo la investigación formal en 1857. Para 1860 inauguro su propia escuela de enfermería en el Hospital de Santo Tomas en Londres, con 10 estudiantes, siendo esta la primera escuela en no tener vínculo con la iglesia logrando que la Enfermería fuera una carrera respetable.

Posteriormente casi el resto de su vida la paso postrada en cama, derivado de una enfermedad que contrajo en Crimea, lo que le impidió seguir desempeñándose como enfermera, sin embargo eso no la detuvo y para mejorar los estándares de salud, escribió más de 150 libros, entre ellos “Notas de enfermería: lo que es y lo que no es.” el cual fue traducido en varios idiomas ya fue utilizado para uso específico en la enseñanza de enfermería.

“A partir de Florence Nightingale, la enfermería se gestará como disciplina académica y adquiriría una importancia vital para completar el trabajo médico y para el correcto tratamiento de los enfermos.” (López, 2021). Es así que Nightingale, es considerada como la precursora de la Enfermería moderna y en el siguiente tema podremos ver el avance que tiene la enfermería en nuestro país.

4.1.4 México y la Enfermería Moderna

En México, a principios del siglo XX, la formación académica de la mujer era considerada como inútil o la ruina de hogar, pues la mujer se tenía que encargar de los quehaceres domésticos, el cuidado y crianza de su familia, por lo que en los hospitales se les requirió para realizar funciones similares a las del hogar.

Para ese entonces enfermería se consideraba como “sirvientes” y además de atender enfermos, se les asignaba su situación laboral tales como: enfermera lavandera, enfermera

cocinera, enfermera mandadera etc. Sin embargo, dicha ocupación fue evolucionando, desde un oficio a la actual disciplina científica que es hoy, a continuación, se presenta la cronología de la evolución de Enfermería en el país.

“En 1860, fueron promulgadas las Leyes de Reforma, cuyo objetivo era controlar el poder que ejercía el clero.” (Castañeda Godínez et al., 2010) provocando la salida de las Hermanas de la Caridad de la Beneficencia Pública y con ello una carencia económica sumamente importante pues los hospitales ya no recibían sus aportaciones económicas y no contaba con recursos materiales ni humanos, como médicos ni enfermeras para el cuidado de la población, provocando que se dejara de contar con atención gratuita para los enfermos. Cabe mencionar que en “la Congregación de las Religiosas Hermanas de la Caridad pertenecía la célebre enfermera Sor Micaela Ayans, quien junto con el Lic. José Urbano Fonseca fundaron el hospital San Pablo el 23 de agosto de 1845. Hoy actual Hospital Juárez.” (Torres Barrera & Zambrano Lizárraga, 2010).

“En 1898 por acuerdo del presidente Porfirio Díaz y el Dr. Eduardo Liceaga quien fungía como director en el Hospital de Maternidad e Infancia, se estableció la Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros” (Torres Barrera & Zambrano Lizárraga, 2010). A pesar del gran esfuerzo que hicieron por organizar la escuela, esta fracasó.

En 1900 autoridades médicas del Hospital de Maternidad e Infancia y del Hospital de San Andrés, inician un proyecto de profesionalización para enfermería, en el cual buscaban mejorar la preparación de la enfermera en México y gracias a la modernización del país, el gobierno central considero la educación de la enfermería, creando programas educativos y modelos de profesionalización para la práctica de enfermería, contratando enfermeras alemanas y

estadounidenses para adiestrar a un grupo de seleccionadas enfermeras mexicanas. En 1900 llegan a México Rose Crowder y Rose Warden, esta última junto con el Dr. Eduardo Liceaga, crearon un plan de trabajo y un reglamento. Además se inició la capacitación de las enfermeras que ya trabajaban en el Hospital de San Andrés con una formación programada y sistemática. “Durante estos años la enseñanza formal estuvo a cargo de las profesoras enfermeras, e incluía contenidos y procedimientos de enfermería contemplados en el modelo de Nightingale, que por su influencia en los programas instruccionales de la época se incluían en Francia y Estados Unidos.” (Torres Barrera & Zambrano Lizárraga, 2010).

En 1905 se inaugura el Hospital General de México y dos años después, siendo director el Dr. Fernando López, se incrementa el número de personal ante las demandas de atención de los servicios, por lo que “el 9 de febrero de 1907, gracias a los esfuerzos del Dr. Fernando López, se inauguró la Escuela de Enfermería en el mismo hospital,” (Castañeda Godínez et al., 2010) quedando el mismo como director de la escuela, quien creó el reglamento, en el cual se mencionó que la carrera se cursaría en 3 años, naciendo así un sistema de educación profesional de enfermería que se extendió por el territorio nacional.

La escuela de Enfermería dependió por corto tiempo de la Beneficencia Pública y, en 1908 pasó a la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, haciendo que la escuela estuviera fuera del hospital. “El 30 de diciembre de 1911, la Universidad de México, aprueba su integración a la Escuela de Medicina en sus propias instalaciones, con lo que se consolidó el nacimiento de la Escuela de Enfermería y Obstetricia” (Torres Barrera & Zambrano Lizárraga, 2010) donde se estableció el primer plan de estudios que comprendía de 2 años para la carrera de enfermería y 2 años para la de Partera. Cabe mencionar que la enseñanza era impartida por los médicos ya que ellos fueron los que crearon el plan de estudios.

Aproximadamente fueron 33 años los que la Escuela de Enfermería dependió de la Escuela de Medicina, estando ubicados dos grupos, uno en el Hospital Juárez y el otro en el Hospital General de México donde su formación contemplaba el servicio social, lo que obligaba a las estudiantes a permanecer las 24 hrs en el hospital, situación que perduro hasta 1933 cuando Carmen Gómez Siegler, quien en 1932 fue becada para ir a EEUU a estudiar la especialidad de enfermería quirúrgica, a su regreso se desempeñó como Jefe de enfermeras del Hospital General; y con apoyo del Dr. Luis Méndez reorganizó el departamento de Enfermería y redujo la jornada a 12 horas ya cubriendo el servicio social.

En 1922 se incorporaron escuelas del centro e interior del país a la Universidad de México, a las cuales se les hizo llegar los planes de estudio para normalizar la enseñanza de la enfermería. “En 1924 se crea la carrera de Enfermería y Partera Homeopática dependiente de la Escuela de Medicina Homeopática, regulada por la Secretaría de Educación Pública, y posteriormente se incorpora en 1937 al Instituto Politécnico Nacional (IPN)” (Torres Barrera & Zambrano Lizárraga, 2010).

“En 1929 a la Universidad de México le es otorgada su autonomía, denominándose Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)” (Castañeda Godínez et al., 2010). Es importante mencionar que aunque la universidad ya era de libre enseñanza el gobierno se comprometió a otorgar a la escuela un presupuesto anual. Posteriormente el Dr. Ignacio Chávez, no sin antes ya haberlo propuesto, señaló que el requisito para cursar enfermería sería tener la secundaria y haber cursado la carrera de Enfermería para realizar el de partera y tres años más tarde, ya era requisito obligatorio presentar un documento de estudios de secundaria.

“El 19 de enero de 1943 fue creado por el Presidente Manuel Ávila Camacho EL Instituto Mexicano del Seguro Social” (IMSS, 2018) donde nace el concepto de la enfermería moderna en México, por lo que se requería de enfermeras altamente capacitadas y en ese mismo año se modificó el plan de estudios, incrementándose el número de asignaturas de 4 a 17 para la Carrera de Enfermera.

“En 1945 se publicó en el Diario Oficial una Nueva Ley Orgánica de la Universidad, donde en el Artículo 45 del estatuto general señala que... cada Escuela y Facultad tendrá su propio Consejo Técnico, integrándose cada uno de ellos de acuerdo al Artículo 12 de la Ley Orgánica”(Castañeda Godínez et al., 2010). Con esto se logra que la Escuela de Enfermería y Obstetricia se independizara de la de Medicina denominándose Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, y Dr. Everardo Landa, es el primer director de la escuela, el cual ajusta la carrera de enfermería de tres, a cuatro años, y para obtener el título de partera se tendría que cursar la carrera de enfermería previamente. Es importante recalcar que para este entonces siguen siendo los médicos los responsables de modificar los planes de estudios.

“En mayo de 1947 el Subdirector del IMSS el General Médico Dr. Mario Quiñones, por indicación del Director General Don Antonio Díaz Lombardo, fundó la Escuela de Enfermería del IMSS” (Matus Miranda & Poblano Rosas, 2005) en el aquel entonces Distrito Federal estando incorporada a la UNAM dándole esto mucho prestigio a la escuela. En esta época iniciaron los primeros cursos de especialización como: Pediatría, Anestesia, Enfermera sanitaria, Psiquiatría, Educación y hematología, Administración para jefes de servicio y Enfermera quirúrgica; estos cursos de especialidad generaron una nueva imagen profesional de la enfermería en México; sin embargo el modelo educativo para enfermería lo seguían estructurando los médicos, esto cambio gracias a que algunas enfermeras se organizaron para

definir sus propias formas de conocimiento, constituyendo una gran madurez al pretender perfilar la profesión a un nivel más alto, haciendo posible que algunas escuelas enfermería asumieran la organización de su propio modelo educativo.

“En 1965, por disposición del Presidente Díaz Ordaz, el 6 de enero se festejó el Día de la Enfermera a nivel nacional en el Centro Médico Nacional, con la participación de la SSA, IMSS e ISSSTE.” (Castañeda Godínez et al., 2010). Sin embargo a nivel mundial se celebra el día de internacional de la enfermera el 12 de mayo, debido a que ese día nació Florence Nightingale, quien fue fundadora de la enfermería moderna.

Después de un tiempo se logra la acreditación de la Licenciatura en Enfermería, se emite el primer examen de admisión para alumnos del nivel técnico y de igual manera se crea el Plan de Estudios por semestres.

“El propósito final de los cambios históricos de la profesionalización de enfermería ha sido en todo momento la formación de las enfermeras científicas, competentes, apta, comprometidas y con un alto sentido humanístico, con el objetivo de proporcionar cuidados enfermeros de alta calidad.” (Torres Barrera & Zambrano Lizárraga, 2010). Buscando también el reconociendo de nuestra labor como profesión, derivada de la preparación academia obtenida, y que no que siga viendo como un oficio.

4.2 Definición y Metaparadigma de Enfermería

4.2.1 Definición de Enfermería

Florence Nightingale: “Indicó en sus escritos que el objetivo fundamental de la enfermería era situar al paciente en el mejor estado posible, para que la naturaleza actuara sobre él. Consideraba que la enfermería requería un conocimiento distinto del conocimiento médico, ya

que era una vocación religiosa. Definió la Enfermería como arte y ciencia” (Bello Fernández, 2006).

Virginia Henderson desarrolló su Definición de Enfermería que dice “La única función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible” (Bello Fernández 2006).

La American Nurses Association (ANA), define la enfermería como "la protección, promoción y mejora de la salud y habilidades, prevención de enfermedades y lesiones, el alivio del sufrimiento por medio de diagnóstico y tratamiento, y la promoción de la asistencia a los individuos, familias, comunidades y poblaciones "(ANA, citado en Shamian, 2014).

Para Marie Françoise Collière “cuidar es primero y ante todo, un acto de vida, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca” (Françoise Collière, 2009).

4.2.2 Metaparadigma de Enfermería

“La enfermería como disciplina profesional surge como resultado de la evolución dentro de la sociedad de la actividad de cuidar” (Lozano, 2018) por esa razón, enfermería como disciplina se ha visto en la necesidad de desarrollar conocimientos con base a la investigación, que se han descrito como modelos y teorías conceptuales para perfeccionar el actuar de enfermería y así poder aumentar la calidad de cuidados a la persona, a la familia y/o la comunidad.

“El metaparadigma se le denomina marco conceptual más global de una disciplina, la matriz, el cuerpo de los conceptos compartidos por una comunidad científica” (Lozano, 2018), o bien en palabras más simples, se entiende como metaparadigma al conjunto de conceptos globales que tiene relación entre sí de una disciplina, debe ser universal y sin llevar un modelo conceptual.

Los conceptos globales del metaparadigma enfermero son:

Persona: incluye al individuo, familia y comunidad e identifica al receptor o receptores de los cuidados.

Entorno: identifica las circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que afectan a la persona.

Salud: estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal.

Cuidado: la propia definición de Enfermería, es decir, “las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras. Las acciones enfermeras son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación. (García, 2015)

La función del metaparadigma de enfermería es definir la relación entre las ideas y conceptos que lo integran para guiar la estructura de las teorías y modelos de esta profesión.

4.3 Proceso Atención De Enfermería

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado, que permite al personal de enfermería identificar las necesidades de salud de una persona,

administrar cuidados integrales y evaluar las respuestas terapéuticas de la persona. El PAE ha evolucionado gracias a que los científicos de esta área, han admitido cambios en la metodología por la que se rige y su desarrollo en cinco etapas está sustentado con la mejor evidencia científica, actualmente las taxonomías de enfermería surgen como lenguaje propio de la disciplina, como apoyo en algunas etapas permitiendo unificar internacionalmente el lenguaje de enfermería. “North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA), la Nursing Outcomes Classification (NOC), y la Nursing Interventions Classification (NIC) se han convertido en lenguajes propios de la disciplina reconocidos internacionalmente” (González & Monroy, 2016, p.127).

4.3.1 Orígenes del PAE.

En la antigüedad la salud sencillamente era, la ausencia de la enfermedad y el cuidado era proporcionado por enfermería.

A continuación se presenta una breve historia del PAE.

Hildegard E. Peplau en 1952, describe la enfermería como un proceso interpersonal entre la enfermera y el paciente y describe 4 fases que aunque separadas, se relacionan unas con otras. Para 1955 Lydia E. Hall consideró por primera vez la actuación de enfermería como un “proceso”. De 1959 a 1963, Dorothy E. Johnson, Ida Jean Orlando y Ernestine Wiedenbach, cada uno en su momento desarrollan un proceso de tres etapas, que contenía elementos rudimentarios del proceso de 5 fases. En 1967, Helen. Yura y Mary B. Walsh, crean el primer texto que describe un proceso de 4 fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Para 1973, la Asociación Americana de Enfermería (ANA): Aprobó y legitimó el término diagnóstico. De 1974 a 1976,

D.Bloch, Sor Callista Roy, M. MundingerG. Jauron y Aspinall, añadieron la fase de diagnóstico, lo que produjo un proceso de 5 fases. En 1982, Marjory Gordon: Identifica los patrones funcionales de salud. (Bello Fernández, 2006).

Los cuidados se transformaron en actividades de enfermería con alto grado de dificultad, por lo que se buscó la manera de organizar el cuidado paso a paso por la interacción tan constante de la enfermera con el paciente creándose el proceso atención de enfermería y conforme a la evolución que ha tenido, ha logrado que se considere un estándar de calidad en la práctica profesional,

Los lenguajes estandarizados de la práctica de enfermería, por fin se ven consolidados, como sistemas de clasificación de intervenciones en 1992 y diagnósticos de enfermería en 1994. Dado el enfoque en los resultados, se comprendió que además de los diagnósticos y las intervenciones, también era necesaria la creación de una clasificación, que documentara los resultados en el paciente derivados de cada intervención y finalmente en 1997 fue publicada la clasificación de resultados de enfermería. (González & Monroy, 2016).

La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), es la principal organización para la definición, distribución e integración de diagnósticos de enfermería estandarizados en todo el mundo. “En 2002, NANDA fue relanzada como NANDA Internacional para reflejar el creciente interés mundial en el campo del desarrollo de la terminología enfermera” (NANDA I, 2010).

Las taxonomías de enfermería NANDA-I, NOC y NIC, se han convertido en lenguajes reconocidos internacionalmente, ya que cumplen con criterios establecidos y son avalados por diversas instancias como la Asociación Americana de Enfermeras, entre otros.

4.3.2 Definición Del Proceso Atención De Enfermería

El PAE, tiene diferentes definiciones, pero las propuestas por Marriner y Alfaro se siguen considerando las más sobresalientes.

“Marriner en 1983 lo definió como la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería” (González & Monroy, 2016).

Alfaro lo definió como: “Método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos” (Alfaro-Lefevre, 1999).

El profesional de enfermería, sigue los pasos del proceso enfermero apoyándose, en modelos y teorías, con la finalidad de prevenir, mantener o resolver los problemas de salud de la persona, además de que el PAE cuenta con ciertas características como: tiene validez oficial, busca un objetivo, es sistemático, organizado, es dinámico, flexible, es holístico, es interactivo y sobre todo, cuenta una base teórica.

4.3.3 Etapas del PAE

El PAE consta de 5 etapas que son, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, las cuales se llevan a cabo en orden consecutivo y se relacionan entre sí.

Etapa 1: Valoración

“Proceso organizado y sistematizado de recogida de datos” (del Gallego et al., 2015). Se recogen datos del estado de salud de la persona, familia y su entorno, con base en un modelo o teoría. En este caso se eligió los patrones funcionales de Marjory Gordon los cuales podemos ver descritos en el apartado de Perspectiva Teórica.

En esta etapa se realizan 4 actividades:

a) Recolección de Datos

Se realiza por medio de dos fuentes. Fuentes primarias, que son la misma persona, su expediente, su familia o cualquier otra persona que pueda proporcionar información confiable y fuentes secundarias que son, revistas profesionales y/o textos de referencia.

Los datos que se recolectan son:

- Datos subjetivos: No se pueden medir, es lo que la persona dice y describe lo que siente en ese momento. (síntomas).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (signos).
- Datos históricos-antecedentes: algún hecho de importancia sobre la salud de la persona afectada que nos ayude a referenciar los hechos actuales.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Utilizamos 3 métodos para la obtención de datos.

- Entrevista Clínica: consiste en una serie de preguntas que se le realizan a la persona basadas en los patrones funciones de Gordon.

- La observación: consiste en utilizar los sentidos para obtener datos de la persona y su entorno.
- La exploración física: se utilizan 4 técnicas para obtener datos, y confirmar los que ya se habían obtenidos durante la entrevista.
 - ✓ Inspección: se utiliza la vista para observar al paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
 - ✓ Palpación: se utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).
 - ✓ Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos, mates, hipersonoros y timpánicos.
 - ✓ Auscultación: Se trata de escuchar los por medio del estetoscopio los sonidos producidos por los órganos del cuerpo (pulmón, corazón e intestinos).

b) Validación de los Datos

Consiste en una doble verificación de los datos, para asegurarse que se llevó a cabo la valoración completa y no se haya omitido ningún dato.

c) Organización de los Datos

Es la estructura que se le da a la valoración de acuerdo con un marco teórico de referencia, en este caso se emplearon los patrones funcionales de Marjory Gordon.

d) Informe y Anotación de los Datos

Consiste en hacer un registro de todos los datos obtenidos y anotaciones de importancia.

Etapa 2: Diagnostico Enfermero

“Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales y potenciales” (NANDA I, 2010, p.415). El diagnostico enfermero es la base para decidir las intervenciones de enfermería que ejecutaran para lograr los objetivos establecidos.

Componentes de un Diagnóstico de Enfermería

Según la NANDA cada diagnostico se compone de:

- Una etiqueta diagnóstica: Es el nombre del diagnóstico y su juicio. La NANDA nos proporciona una frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores.
- Su definición: Proporciona el significado y la descripción precisa de la etiqueta diagnóstica, eso nos ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
- Características definatorias: Signos o síntomas que se observan y se representan como manifestaciones de un diagnóstico real o de promoción de la salud.
- Factores de riesgo: Factores hacen vulnerable la salud de una persona, una familia, un grupo o una comunidad, tales como: ambientales, elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos. Los diagnósticos de riesgo son los únicos que tienen factores de riesgo.

- Factores relacionados: Son los factores o la etiología que tiene relación con la etiqueta diagnóstica. “Son las causas del diagnóstico real y Gordon afirma que son la base para la actuación de enfermería” (Herdman y Kamitsuru, 2015 como se citó en del Gallego et al., 2015). Solo los diagnósticos reales y de síndrome tienen factores relacionados.

Estructura del Diagnóstico Enfermero

Gordon sugirió un enunciado que se compone de tres partes:

P: Problema = Una etiqueta diagnóstica de la NANDA

E: Etiología= Factores relacionados o de riesgo

S: Signos o síntomas = Características definitorias

Al final las partes del enunciado se unen con las siglas que correspondan según el tipo de diagnóstico. “Relacionado con” (r/c) que une el problema con la etiología y “manifestado por” (m/p) que une la etiología con signos o síntomas.

Quedando la frase completa: Problema **r/c** etiología **m/p** signos y síntomas

Tipos de Diagnóstico de Enfermería

a) Diagnóstico real: es un juicio clínico en relación a una o más alteraciones de las necesidades vitales y /o de salud de una persona, familia o comunidad.

Diagnóstico **r/c** características definitorias **m/p** factores relacionados

b) Diagnóstico de promoción de la salud: Es un juicio sobre los deseos de una persona, familia o comunidad para mejorar su estado de salud actual y este se manifiesta en la disposición que se muestra para aumentar su bienestar.

Diagnostico **m/p** características definatorias

c) Diagnóstico de riesgo (potencial): juicio clínico de los factores de riesgo que hacen vulnerable a una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar alteraciones en las necesidades vitales y/o de la salud.

Diagnostico **r/c** factores de riesgo

d) Diagnostico de Síndrome: Juicio clínico que se realiza al agrupamiento de varios síntomas, que no hacen pensar en la presencia de una cierta enfermedad.

Posible diagnóstico de enfermería **r/c** factores relacionados

Etapa 3: Planeación

“La etapa de planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar inducir o corregir las respuestas del paciente, familia o comunidad, identificadas en el diagnóstico de enfermería” (Bello Fernández, 2006). Prácticamente en esta etapa elaboraremos nuestro plan de cuidados en interacción con NANDA, NOC y NIC. La etapa de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro actividades.

Jerarquización de problemas

Implica establecer las prioridades para decidir qué problema ha de atenderse primero,

dependiendo del tiempo, la situación y de las constantes vitales de la persona. Es importante saber jerarquizar los problemas, ya que a veces pueden variar dependiendo de la severidad del problema, para ello nos podemos orientar por las necesidades básicas que Maslow nos presenta:

- Nivel 1: Amenazan la vida requieren prioridad inmediata. (Vías aéreas, cardiacos/circulatorio y signos vitales).
- Nivel 2: Prioridad inmediata después de haber atendido los problemas del primer nivel. (Estado mental alterado, dolor agudo, dificultades agudas de eliminación, cuestiones médicas no tratadas que requieran atención inmediata, resultados de laboratorios con cifras alteradas, riesgos de infección, seguridad y/o protección de la persona).
- Nivel 3: Prioridad tardía, son las necesidades que requieren un mínimo apoyo de enfermería para su desarrollo, o que pueden esperar ya que no ponen en riesgo la vida de la persona (problemas de salud no relacionados con el problema actual, falta de conocimientos, actividad y reposo y afrontamientos).

Establecimiento de Objetivos

Los objetivos "describen, en términos de respuesta observable del paciente, lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería"(Berman et al, 2012 como se citó en Del Gallego et al., 2015). Actualmente se apoya de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), para facilitar la selección de objetivos y normalizar el lenguaje utilizado en su formulación.

La información que la clasificación NOC proporciona de cada criterio de resultados es:

- Una etiqueta que identifica el resultado.

- Una definición, que describe con cierta amplitud la respuesta que se pretende alcanzar.
- Una lista de indicadores: "el estado específico del paciente que es más sensible a las intervenciones de enfermería y para el cual pueden definirse procedimientos de medida".
- Una escala Likert de cinco puntos en la que el 1 refleja la peor puntuación posible para el resultado y el 5 la puntuación más deseable.
- Una lista de referencias bibliográficas.

Para el manejo del NOC se parte de un diagnóstico enfermero previamente localizado en la valoración de la persona, se procede a seleccionar un resultado de la clasificación NOC, el cual su definición debe coincidir con el estado de salud de la persona, después se seleccionan los indicadores que describan las repuestas del paciente y que nos permiten controlar su evolución, posteriormente de cada indicador se eligen dos puntuaciones en la escala Likert : la primera identifica el estado actual del paciente y la segunda es el estado del paciente que nos proponemos alcanzar, es decir, el objetivo final, utilizando la Puntuación Diana.

Ejemplo: Mantener a: 3 Aumentar a: 5

Elaboración del plan de cuidados

Aquí se redacta el plan con las intervenciones de enfermería a ejecutar y este puede ser individualizado; es decir que el plan de cuidados es dirigido a un paciente en concreto o puede ser estandarizado si es que va dirigido a un grupo de pacientes con necesidades en común.

La clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), normaliza el lenguaje para las acciones de enfermería, sin embargo no están estandarizadas ya que esto ocasionaría que los cuidados dejaran de ser individualizados, por lo que solo facilitan su prescripción. “Una intervención de enfermería se define como cualquier tratamiento basado en el criterio y

conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente” (Butcher et al., 2013).

La información que la clasificación NIC proporciona de cada intervención incluye:

- Etiqueta: término o frase que identifica a la intervención.
- Definición: contenido de la intervención que está estandarizado.
- Actividades: acciones específicas que realiza la Enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. Es el elemento operativo de la intervención.
- Referencias bibliográficas.

Para el manejo de la NIC, se parte de un resultado (objetivo), se procede a seleccionar un campo de la clasificación NIC, el cual su definición describa mejor, el tipo de tratamiento que nos permita alcanzar los resultados esperados, después seleccionamos las actividades que determinen la acción específica que se ejecutará para alcanzar el objetivo fijado.

Documentación del plan

El registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja en la praxis, debido a la funcionalidad de la estandarización de los leguajes NANDA, NOC Y NIC, en algunos sistemas de salud como en el Hospital General de Ecatepec se ha iniciado el registro del plan de cuidados de enfermería determinado como “Hoja de places”.

Etapa 4: Ejecución

“La ejecución es la fase del proceso de enfermería que implica el comienzo del plan de

atención de enfermería y su objetivo es el logro de los resultados” (Bello Fernández, 2006). En esta etapa se realizarán las intervenciones de enfermería planeadas, actualizando datos de la persona si es necesario, informando al paciente sobre su tratamiento y las acciones a ejecutar con un lenguaje claro y comprensivo, ejecutar las acciones mediante el código de ética, valorar la respuesta del paciente y registrar la acción ejecutada y la reacción del paciente, para su evaluación.

Etapa 5: Evaluación

“Etapa final del Proceso de Atención de Enfermería en la que se utilizan criterios medibles para determinar las respuestas del paciente como resultado de las actividades de tratamiento y el grado en que se han alcanzado los objetivos” (Bello Fernández, 2006). Enfermería debe valorar la efectividad de las acciones ejecutadas. Se utiliza la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC), que consiste en estandarizar la terminología de los cambios presentados en el paciente después de una intervención de enfermería.

¿Qué es un resultado? “Es un estado, una conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo, en respuesta a la intervención de la enfermera” (Moorhead, 2013). Es decir medir los cambios del paciente, valorando si su problema mejoro, se mantuvo o empeoro, como resultado de la intervención enfermera, con el fin de establecer correcciones. Una vez ya ejecutadas las acciones de enfermería establecidas, se parte de la Puntuación Diana que se obtuvo en la etapa de planeación, enfermería vuelve a valorar los indicadores establecidos en esa misma etapa y determina si se lograron los resultados esperados, o en su defecto se mantuvo el estado de salud de la persona o empeoro. En la imagen se muestra un ejemplo de un resultado, la escala de Likert y la puntuación Diana.

(1800) Conocimiento: lactancia materna

<i>Conocimiento: lactancia materna</i>					
<i>Definición:</i> Grado de conocimiento transmitido sobre la lactancia materna y la alimentación del lactante durante la lactancia materna.					
PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO: Mantener a: _____ Aumentar a: _____					
PUNTUCION GLOBAL DEL RESULTADO	Ningun conocimiento	conocimiento escaso	conocimiento moderado	conocimiento sustancial	conocimiento extenso
	1	2	3	4	5

Tomado de Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Quinta Edición. Modificado por Luz María Hernández Ramírez.

Ejemplo: Mantener: 2 Aumentar a: 5 Evaluación: 4

4.4 Perspectiva Teórica

4.4.1 Marjory Gordon y los Patrones Funcionales De Salud

La valoración de este PAE está basada en la teoría de Marjory Gordon, quien fue una teórica y profesora estadounidense, creó una técnica de valoración para enfermería denominada como los patrones funcionales de Gordon, su objetivo era sistematizar la valoración del paciente de manera holística y recoger toda la información necesaria de la persona, la familia y su entorno. “Marjory Gordon define los patrones como una configuración 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; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología” (Álvarez et al., 2010). Nos proporciona una clasificación de 11 patrones funcionales de salud,

que ayudan al profesional en enfermería a valorar el funcionamiento y las alteraciones en todas las aéreas que comprende el ser humano, con una estructura y un orden lógico, además de que pueden utilizarse independientemente del modelo enfermero del que se parta y nos facilitan la siguiente fase el PAE por ser parte del origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

“Gordon fue la primera presidenta de la NANDA, también formó parte de la Academia Americana de Enfermería y recibió el título de “leyenda viviente” por parte de la misma asociación en 2009” (Rodríguez Puerta, 2023). Pero fue principalmente reconocida por la creación del modelo que ayuda a enfermería a valorar el estado de salud de la persona en sus 11 patrones funcionales que a continuación se describen.

Patrón 1: Percepción de la salud

Busca determinar la percepción que tiene el paciente de su propia salud, sus hábitos y el nivel actual de bienestar. Preguntando sobre la salud en general de la persona, enfermedades pasadas y actuales, además de sus posibles hábitos nocivos y/o saludables de la persona como lo son el tabaco, la comida chatarra, el alcoholismo, etc. Para comprobar si está consciente de que ha producido su enfermedad y si ha tratado de mejorar su salud.

Patrón 2: Nutrición y metabolismo

Este patrón se centra en examinar el consumo de alimentos y líquidos y su relación con las cantidades diarias que necesita. Valora horarios de comida, comidas de su preferencia, uso de suplementos, problemas en su ingesta, IMC, altura, peso, talla, condiciones de la piel, mucosas y membranas.

Patrón 3: Eliminación

Valora las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel. El funcionamiento de este patrón se basa en la cantidad, calidad y regularidad de la eliminación, por lo que las preguntas se centran en eso.

Patrón 4: Actividad y ejercicio

Valora el nivel de actividad física de la persona, que hace en sus tiempos libres, el consumo de energía de la vida diaria, si realiza ejercicio y cuanto tiempo, así como la calidad del mismo.

Patrón 5: Sueño y descanso

Busca valorar el descanso de la persona, si tiene la capacidad de conseguir dormir, descansar y relajarse o si necesita ayuda o medicación para dormir. Si recupera energía después de dormir, así como las horas de sueño y su calidad.

Patrón 6: Cognición y Percepción

Valora eficacia de la persona para percibir elementos de su entorno y el uso de sus cinco sentidos, además de su capacidad para tomar decisiones, seguir instrucciones, pensar lógicamente, el uso de la memoria y si necesita ayuda para comunicarse. El nivel de conciencia y la percepción del dolor.

Patrón 7: Autopercepción y auto concepto

Valora como se ve la persona a sí misma, su imagen corporal, social, su identidad, cuanto se valora, sus capacidades cognitivas, afectivas y físicas.

Patrón 8: Rol y relaciones

Nos ayuda a valorar las relaciones de la persona con los demás, cómo ve la persona a los demás, el papel que ocupa en su familia y si está satisfecho con el rol que cumple, tanto como en el trabajo, con su familia y con la sociedad o si se siente solo.

Patrón 9: Sexualidad y reproducción

Este patrón se debe valorar solo si es apropiado para la edad y situaciones concretas que lo ameriten. Valora la satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, alteración en la relación sexual, alteraciones en el patrón reproductivo y/o el uso de métodos anticonceptivos.

Patrón 10: Tolerancia al estrés

Valora la forma de afrontar las situaciones difíciles de la vida cotidiana, como se manifiesta en situaciones que le generan estrés y las estrategias que emplea para controlarse. La capacidad de adaptarse a los cambios.

Patrón 11: Valores y creencias

Este se guía en la elección o decisiones de la persona, es decir lo que considera bueno o malo, lo que es importante para la persona en la vida, sus creencias y las decisiones acerca su tratamiento, sus prioridades de salud, vida o muerte. Y si practica alguna religión.

V. METODOLOGÍA

La realización del trabajo, se inició con la búsqueda de información para la construcción del marco teórico referente al cuidado, la historia de enfermería, Gordon y sus patrones funcionales y el proceso atención de enfermería en diversas fuentes de información como libros, revistas y diferentes sitios académicos en internet.

Se conjugó lo teórico con lo práctico en la aplicación del proceso de enfermería, seleccionando a una paciente que es ingresada en el Hospital General de Ecatepec con trabajo de parto en fase activa. Se le brinda la atención necesaria y se le solicita autorización para trabajar con ella y que permita presentar su caso para exponerlo en este trabajo, se anexa consentimiento informado el cual se realizó con base al reglamento de Ley General de Salud como lo marcan los artículos 20 y 21. (Anexo 1)

Se da inicio con la primera etapa del PAE, que corresponde a la valoración basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon, identificando los problemas reales de la persona, se seleccionan y jerarquizan los diagnósticos de NANDA I para proceder a la planeación de las intervenciones de enfermería, donde en interacción con la taxonomía NOC se establecen objetivos para proseguir a seleccionar de la taxonomía NIC las intervenciones de enfermería que nos ayuden a lograr los objetivos planeados. Una vez ejecutado el plan, se evalúan los resultados con el fin de saber si los objetivos deseados fueron logrados.

Finalmente se integra el trabajo y se realizan conclusiones, sugerencias y recomendaciones.

VI. APLICACIÓN DEL PAE

➤ **Presentación del caso clínico**

Se trata de una persona adolescente de 16 años, en trabajo de parto en fase activa, primigesta, la cual se encuentra radicando lejos de su lugar de origen, solo en compañía de su pareja y su madre, se inicia contacto con la persona a su ingreso al nosocomio en el área de admisión, donde se le invita a participar en la práctica del PAE, ya que fue de mi atención, por su edad y las posibles complicaciones que esta puedan generar al ser primigesta, la carencia de conocimientos relacionados con el embarazo y la maternidad, el estrés y temor manifestado por expresiones faciales y verbales y por lo poco cooperativa que se mostraba al brindarle la atención.

➤ **Entorno donde se llevara a cabo el PAE**

Se realiza en el Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez” en el servicio de Toco cirugía, el cual a su vez se encuentra dividido en 6 aéreas las cuales son: triage obstétrico, admisión, labor, sala de expulsión y recuperación.

Este proceso atención de enfermería abarca el cuidado de la adolescente principalmente en el área de labor donde se instala a la paciente en una camilla con barandales altos, con la posibilidad de bajarlos y ella pueda adoptar la posición en la que se sienta más cómoda, o si prefiere deambular también lo puede hacer, en esta área también se cuenta con material como pelotas de muñeca anti estrés. En el área de expulsión se instala en una mesa de exploración ginecológica, donde también se cuenta con el material y ropa estéril para la atención del parto, y una cuna térmica donde se brindan los cuidados mediatos e inmediatos al recién nacido.

En el área de recuperación se brinda la atención y vigilancia del puerperio inmediato, donde se instala a la paciente en una camilla limpia junto con su recién nacido para mantener el alojamiento conjunto y dar inicio a la lactancia materna, así mismo se brindan los cuidados postparto por enfermería, y posteriormente se da de alta del servicio de toco-cirugía para su ingreso a piso de ginecología donde culminara el puerperio inmediato y su estancia en el nosocomio.

6.1 Valoración

Ficha de identificación del Paciente

Fecha: 07 nov. 2022 Hora: 15:00 hrs

Nombre: C. R. C. D. Edad: 16 años

Fecha de nacimiento: 09 jul. 2016 FUM: desconoce

Tiempo de embarazo: 37.6 SDG x USG FPP: 10 nov. 2022

Persona para contactar (siglas): CRMDL Lugar de origen: Jalisco

Reside en: Estado de México Domicilio: Cerró gordo Ecatepec de Morelos

Vive Solo: Con familia: Especificar: vive con su mama y cónyuge

Llegada por su propio pie: sí no

Motivo de solicitud de atención: dolor de parto

Fecha de ingreso previo al hospital: 07 nov. 2022

Motivo de hospitalización: trabajo de parto en fase activa.

Instrumento de Valoración de Enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon para la usuaria Obstétrica Y Ginecológica.*

Instrucciones: colocar en las líneas una X de acuerdo a los datos que se encuentren presentes en la valoración. Ampliar o describir en aquellos que se requiera especificar.

Patrones de Salud de Marjory Gordon

Patrón 1: Mantenimiento y Percepción de la Salud

(Datos Subjetivos)

- Historia de su salud: sano regular _____ enfermizo _____ (especifique): _____
¿Cómo la percibe en este momento? Bien _____ regular mal _____ especificar dolor _____
- Control Prenatal (especificar número de consultas y frecuencia): 2 consultas prenatales
- Hábitos de cuidado bucodental: 3 veces al día _____ 2 o menos nunca _____
- Hábitos de higiene general: baño diario _____ cada tercer día otros _____ (especifique) _____
- Cambio de ropa al bañarse _____ cambio de ropa sin baño
Lavado de manos: sí no _____ a veces _____ ¿cuándo? antes de comer y después de ir al baño
- Ha consumido tabaco alguna vez en su vida: no _____ sí Fuma actualmente: no sí _____
Tiempo de consumo: _____ cantidad al día: _____ a la semana _____, al mes _____ lo dejó (fecha) solo fumaba ocasionalmente y deja de hacerlo al saberse embarazada.
- Ha consumido bebidas con contenido alcohólico alguna vez en su vida: no _____ sí Consume alcohol actualmente: no sí _____
Tiempo de consumo: _____ tipo _____ cantidad al día, _____ a la semana _____, al mes _____ Lo dejó (fecha) _____
- Ha utilizado drogas alguna vez: no sí _____ Consume drogas actualmente: no sí _____
tiempo de consumo: _____ tipo _____ cantidad al día _____ a la semana _____, al mes _____ lo dejó (fecha) _____
- Presencia de alergias: no sí _____ especifique la causa: _____
tipo de reacción: _____ Tratamiento(describir): _____
- Acceso a algún servicio de salud: no _____ sí _____ Público (especifique): Insabi
Privado (especifique) _____
- Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo): sí periodicidad mensual
no _____ especifique motivos: _____
- Revisión dental: sí _____ periodicidad _____ no especifique motivos: no tiene molestias
- Realización de ejercicio: no sí _____ (especifique tipo y horas a la semana) _____
- Esquema de vacunación acorde a su edad: Completo desconoce Incompleto _____
(Especifique que vacunas le hicieron falta) desconoce
- Tratamientos que ha utilizado: médicos _____ remedios caseros(especifique) _____
Otro (especifique): ninguno
Actualmente utiliza alguno de estos (especifique): no
- Conoce la causa de su hospitalización: no _____ sí (especifique cuál) trabajo de parto

Condiciones de la vivienda

- Material de construcción: concreto lámina _____ cartón _____ otros(especifique): _____
- No. de habitaciones: 3 Usos (especifique número de recamaras, cocina, etc.) 2 recamaras, y el otro es cocina y comedor.
- Ventilación: natural artificial _____ sin ventilación _____
- Iluminación: natural artificial otro (especifique) _____
- Mobiliario acorde a las necesidades básicas: sí no _____ (especifique) _____

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

- Su vivienda cuenta con los servicios básicos: acceso al agua potable sí X no _____ ¿Cómo dispone de agua? tinaco y toma de agua cada tercer día; servicio de electricidad sí X no _____; combustible para cocinar en la vivienda, sí X no _____ especifique _____.
- Disposición de excretas: Sanitario a drenaje X fosa séptica ___ letrina ___ otros _____
- Ubicación del sanitario: afuera de vivienda no ___ sí X, distancia de la toma de agua o de la vivienda 15 mts.
- Aseo diario de la vivienda: no ___ sí X (especifique frecuencia) todos los días
- Presencia de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc.): No ___ Sí X (especifique) moscas, hormigas.
- Medidas de control de vectores: no X sí _____ (especifique método y frecuencia) ninguna
- Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda: no ___ sí X (especifique) perro

(Datos Objetivos):

- Signos vitales: Antes del parto: T/A: 120/70mmHg FC: 80lx´ FR: 20rx´ TC: 36.7°
Durante el parto: T/A: 120/80mmHg FC: 100x´ FR: 26rx´ TC: 36.7°
Después del parto: T/A: 90/55mmHg FC: 74x´ FR: 19rx´ TC: 36°
- Edad aparente: igual X mayor ___ menor ___ a la cronológica (16)años, complexión física: robusta ___ media X delgada ___; estatura: alta ___ media X baja ___; aliñado: si X no ___; Facies: dolor X angustia ___ aprensión ___ relajada ___ (otra, describa) miedo; tez: morena ___ morena clara X clara ___, orientado en tiempo, lugar, persona: si X no ___ especificar ___ orientado en las 3 esferas _____
- Estado de ánimo: decaído ___ irritable X euforia ___ indiferente ___ (describa) _____
- Estado de conciencia: alerta X obnubilación ___ somnolencia ___ inconsciencia ___
Responde a preguntas (colaborador) Sí X No ___ Postura adoptada: Libre ___ erguida X semierguida ___ movimientos repetitivos ___ Otros (especifique) _____
- Se observan expresiones faciales acordes con lo que comunica: si X no _____

Patrón 2: nutricional-metabólico.

(Datos Subjetivos)

- Uso de complementos o suplementos alimenticios (especifique) no
número de comidas al día 3, menú día típico: (especificar tipo y cantidad):

Desayuno hora: <u>09:30</u>	Comida hora: <u>15:00</u>	Cena hora: <u>20:30</u>	Entre horas
1 vaso de leche 2 huevos fritos o cereal 1 pieza de pan ya sea de dulce o bolillo	1 plato de sopa 1 porción pequeña de arroz o frijoles Guisado (carne roja 2 veces por semana, embutidos 1 vez por semana, pollo 3 veces a la semana, pescado 1 vez a la semana, verduras diario variadas con los diferentes guisos. Agua simple, de sabor o refresco.	Mismo que la comida o en su defecto, cereal, fruta o leche.	Normalmente come fruta o gelatina.

- Alimentos que le desagradan: salchicha papa y cebolla
- Ingesta de líquidos al día (especificar tipo y cantidad): 2 litros de agua diarios

- **Apetito:** normal aumentado disminuido especifique ligeramente aumentado
- **Presencia de:** náuseas vómitos Gingivitis otros
- **Referencia de dolor abdominal:** no sí presencia de agruras distensión otras (especifique) dolor abdominal tipo contracciones
- **Variaciones de peso durante el Embarazo:** aumentó disminuyó especifique 10 kg
¿A qué se lo atribuye además del embarazo? mayor ingesta de lo necesario
- **Dificultades para la deglución:** ninguna a sólidos a líquidos especifique -
- **Cambios en la piel relacionados con el embarazo:** presencia de paño en cara
- **Problemas en la piel y/o en la cicatrización:** ninguno anormal (exantemas, sequedad, exceso de transpiración, etc.) especifique: resequedad en la piel
- **Cuero cabelludo y cabello, cambios:** no sí especifique poca pérdida de cabello
- **Percibe cambios en las uñas:** no sí especifique -

(Datos Objetivos)

- **Tipo de dieta actual durante la estancia hospitalaria:** ayuno: No Sí No. de días. Solo durante el trabajo de parto Motivo: posibles complicaciones durante el trabajo de parto o en el parto y se tenga que llevar a cabo un puerperio quirúrgico, el haber probado alimento no sea un factor para hacer esperar el evento quirúrgico. Temperatura corporal 36.9°C. Peso 69 kg. Peso pregestacional 58 kg talla 1.62 cm IMC (anexo 3) 22.13 kg/m2 interpretación: peso normal, ganancia de peso en el embarazo normal
- **Piel (características):** hidratada presencia de heridas Qx. no (describir características) presencia de drenes no sí (especificar tipo y condiciones de la piel circundante) - sondas no (especificar tipo y condiciones de la piel circundante) - otro tipo de lesiones (especificar) no características - estado de uñas normal Edema (áreas): sí no Godet: no sí (señalar sitio y profundidad) en miembros pélvicos

Fóvea	+	++	+++	++++
Profundidad	2mm	4mm	6mm	8mm

- **Cabeza:** forma ovalada, tamaño normal, simetría sí no , (especificar si hay alteraciones; protuberancias, masas, hundimiento, heridas, etc.) ninguna
- **Cuero cabelludo:** color rosado hidratación sí no prurito sí no cicatrices sí no zonas dolorosas no sí describir miembros pélvicos
- **Cabello:** cantidad, implantación, color, textura (especificar si hay alteraciones: escasez, desprendimiento, alopecia, etc.) buena cantidad e implantación adecuada, color castaño, con ligera resequedad
- **Cara:** piel (describir características) hidratada, manchas de paño simetría sí no (especificar) - lesiones no sí (especificar) - (par craneal V y VII)
- **Orofaringe:** Labios, forma delgados tamaño mediano mucosa bucofaríngea íntegra sí no color rosado lesiones no sí (especificar) - hidratación sí no Presencia de cánulas, mascarillas, sondas (especificar) ninguna disfagia (par craneal IX) no piezas dentarias: número 32 integridad: sí no (especificar piezas, sitio y tipo de alteración) - higiene adecuada: sí no (especificar presencia de detritus, halitosis, etc.) - caries sarro placa dentobacteriana - Lengua simetría sí no especifique movimientos normales (par craneal XII), hidratación, integridad, frenillo buena hidratación e integridad. Paladar (color, integridad) rosado adecuada integridad úvula (integridad y movilidad) normal Arcos palatoglosos y palatofaríngeos (color, integridad) normal. Reflejo nauseoso (par craneal X) sí no .
- **Cuello:** estado de la piel (características): hidratado, coloración normal masas: sí no dolor: sí no desarrollo muscular - (par craneal XI).

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

- Abdomen: forma plano___, globoso X, excavado___, perímetro abdominal 194 cm, simetría sí X no___, masas sí___ no X, dolor sí X no___, distensión sí X no___ presencia de visceromegalia sí___ no X, alteraciones de la pared abdominal no___ sí___ especifique_____ hallazgos a la percusión (especificar) movimientos fetales presentes ruidos peristálticos: presentes X, disminuidos___, aumentados___, ausentes___ Herida Quirúrgica: Tamaño - Condición - Localización -
- Ingreso de líquidos en 24 horas (especificar cantidad y vía) de 2 a 3 litros diarios

Patrón 3: Eliminación

(Datos Subjetivos)

- Hábitos de evacuación intestinal: frecuencia al día 1 vez fecha de última defecación ayer Describa características café endurecida con forma circular utiliza algún apoyo: no (especificar) _____
- Presencia de estreñimiento no diarrea - hemorroides - sangrado - Incontinencia - flatulencia - ostomías: no X sí___ tipo_____ Motivo: _____
- Hábitos de evacuación urinaria: Frecuencia aproximada al día de 3 a 6 veces Describa las características en adecuada cantidad, amarillo claro catéter urinario: no X sí___ fecha de instalación: _____
Refiere presencia de distensión vesical X dolor - ardor - prurito - Retención - disuria polaquiuria Poliuria - Hematuria - Piuria - incontinencia - incontinencia al esfuerzo - urgencia diurna - urgencia nocturna - fuerza y/o cambios en la continuidad de la emisión: no - sí___ Especifique: _____ ostomías: no X sí___ tipo_____ motivo: _____
- Referencia de sudoración habitual y/o cambios en ella: sí___ no X especifique: _____

(Datos Objetivos)

- Intestinal: frecuencia de defecaciones en 24 hrs 1 derivaciones intestinales no X sí___ (especificar)_____ características de las heces: normales sí X no___ (describir duras, semilíquidas, líquidas, con sangre, parásitos, cantidad, semipastosas, con dolor, etc., duras con gritas, sin dolor al evacuar. tipo 3 (ver anexo 4) Región perianal: íntegra X con lesiones___ (describir hemorroides, fisuras) _____ incontinencia intestinal no X sí___.
- Urinario: orina frecuencia al día de 5 a 8 veces por día características normales sí X no___ (describir: cantidad, sangre, color, turbiedad, fuerza y continuidad en la emisión) amarillo claro, emisión continua con fuerza derivaciones vesicales _____ Región Perineal íntegra X lesiones - (describir) _____ Incontinencia urinaria no X sí___
- Presencia de sondas u otros dispositivos: Sí___ No X (describir tipo y estado de la región _____)
- Sudoración: alteraciones Sí___ No X (describir tipo de alteración y sitios) _____
- Egresos de líquidos (por turno o 24 hrs. considerando todas las vías) 2000 mil en 24 horas; pérdidas insensibles 828 mililitros en 24 horas. Nota: Especificar balance en caso de diálisis _____.

Patrón 4: Actividad-ejercicio

(Datos Subjetivos)

- Referencia de cambios en la función cardíaca al realizar actividades cotidianas: no___ sí X especifique (palpitaciones, lipotimias, necesidad de detener la acción que realiza): agitamiento
- Presencia de marcapaso: no X sí___ Fecha de instalación: _____

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

- Ha sentido cambios en patrón respiratorio: no sí especificar (fatiga, disnea al caminar, al comer, al subir escalera, al estar acostado, y a qué distancia) fatiga al subir escaleras, al caminar largas distancias.
- Referencia de cambios en estado vascular periférico: no sí especifique (distensión venosa yugular, equimosis, hematomas, varicosidades, red venosa alterada, parestesias, edema de miembros inferiores, etc.) presencia de varices y edema en miembros pélvicos
- Referencia de cambios neuromusculares: no sí especifique (calambres, disminución de la sensibilidad, dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas, etc.) calambres en miembros superiores e inferiores.
- Dificultad para movilizarse: no sí especifique le cuesta un poco de trabajo levantarse al estar sentada o acostada y caminar distancias largas
- ¿Qué actividades realiza en los tiempos libres? recreativas domésticas especifique (salida, paseo, ver televisión, etc.) quehaceres del hogar, ver televisión, tejer y bordar
- Índice de Barthel para valorar la autonomía para las actividades de la vida diaria (anexo 2): 100 puntos. Interpretación: independiente

(Datos Objetivos)

- Tórax: forma cilíndrica volumen normal simetría normal relación diámetros antero-posterior y transversal: alterado normal estado respiratorio: tipo de respiración (especifique) normal, con tendencia a taquipnea cuando hay presencia de dolor por contracción Frecuencia respiratoria 26 x' ritmo normal amplitud normal SO₂ 92 %. Movimientos respiratorios (expansión torácica, simetría, frémito) rítmicos sucesivos, inspiración y espiración Auscultación de campos pulmonares: ruidos respiratorios presentes (ruidos traqueales, vesiculares, bronco- vesiculares) normales anormales (Sibilancias, estertores, estridor, roncus, otros) ninguno Percusión del tórax, (describir) sonoro Presencia de Tos: no sí especifique características - esputo no sí características de esputo - Presencia de apoyo ventilatorio: no sí (especifique tipo y parámetros) - oxígeno suplementario (Especifique tipo y dosis) - presencia de traqueotomía sí no signos de insuficiencia respiratoria: disociación toracoabdominal - aleteo nasal - disnea - cianosis - tiros intercostales - retracción xifoidea -
- Medición signos vitales: método invasivo no invasivo pulso apical, frecuencia 94 x', pulso periférico (describir características): con buena intensidad. 86 x' Presión arterial 100/70 mmHg.
- Ruidos cardíacos, calidad: claros y bien diferenciados Apagados y difusos Soplos Frecuencia: Igual al periférico sí no Ritmo: Regular y uniforme Sí No
- Estado vascular periférico: varicosidades sí no (especifique región, extensión, coloración y temperatura local) miembros pélvicos, coloración azulada, venas abultadas Llenado capilar 2 (<3").
- Catéter vascular: no sí (describir tipo, sitio, características, fecha de instalación y última curación) -.
- Musculo esquelético: Capacidad de movilización: completa incompleta nula (describir de acuerdo con arcos y tipos de movimientos en articulaciones) -
- Marcha: estable Inestable especifique - (utilizar prueba de Romberg si es necesario). Se apoya con aditamentos: sí no (especifique muletas, andadera, bastón, pasamanos) -
- Fuerza en manos: simétrica asimétrica (describir en una escala de 0 al 5, donde 0 = sin contracción muscular, y 5 = arco de movimiento completo contra gravedad y resistencia fuerte), especifique 5 fuerza en piernas: simétrica asimétrica (describir en una escala

de 0 al 5 donde 0 = sin contracción muscular y 5 = arco de movimiento completo contra gravedad y resistencia fuerte), especificar 5.

- Reflejos osteotendinosos (describir en cada uno, respuesta al estímulo con martillo de reflejos, 0 = arreflexia, + = hiporreflexia, ++ = normal, +++ = hiperreflexia): bicipital ++, rotuliano ++ aquiliano ++.
- Ausencia de alguna extremidad no total no parcial no (especificar región y tipo) no parálisis: no especificar (lugar y magnitud) no.
- Riesgo de lesiones en sitios de presión (describir, tipo y magnitud valorando desde occipucio hasta talón de Aquiles, usar Escala de Norton (Anexo 5): puntuación 20. Interpretación: sin riesgo aparente Valorar el riesgo de caída con escala Crichton (Anexo 6): puntuación 1. Interpretación: bajo riesgo

Patrón 5: Sueño-descanso

(Datos Subjetivos)

- Hábito: Número de horas de sueño nocturno 9 hrs. horario de sueño de 22:00 a 07:00 hrs
Siesta: no no sí X Motivo: cansancio especifique tiempo 30 min. Por la tarde no
- Apoyo y/o rutina para dormir (medicamentos, música, luz, etc.) especifique: no
- Calidad del sueño: dificultad para conciliar el sueño no no sí X especifique disconfort
sueño interrumpido no no sí X especifique cambiarse de posición
- Se siente descansado a la iniciar el día: sí no no X especifique dolor de cuerpo
- Referencia de cambios de humor en relación con el sueño: no X sí no Describa: -
- Presencia de bostezos X ojeras no Otros cambios en relación con la falta de sueño: -
- Cambios en el patrón de sueño-descanso atribuidos al embarazo: -

Patrón 6: cognitivo-perceptivo

(Datos Subjetivos)

- Dificultad para oír: no X sí no especifique -
presencia de zumbidos: no X sí no Vértigo: no X sí no, dolor: no X sí no ¿a qué se lo atribuye? -
Auxiliares auditivos: no X sí no (especifique oído derecho o izquierdo y tiempo de uso) -
- Dificultad para ver: no X sí no especifique - Uso de auxiliares externos (anteojos o lentes de contacto) no X sí no especificar -
tiempo de uso - última revisión - prótesis: no X sí no especificar (especifique tipo y derecho o izquierdo) - última revisión - tiempo de uso - ceguera: no X sí no especificar -
- Problemas para distinguir olores: no X sí no especificar -
- Tiene dificultad al identificar los sabores (salado, agrio, amargo y dulce): no X sí no especificar -
- Algún cambio en su memoria: no X sí no especificar -
- Algún cambio en su concentración: no X sí no especificar -
- Algún cambio en la orientación: no X sí no especificar -
- Lenguaje hablado: cambios en el tono de la voz no X sí no especificar -
cambios en la fluidez en el discurso: no X sí no especificar -
- Cambios en la sensibilidad (al tacto, frío, calor y/o dolor): sí no no X especificar -
- Manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) especificar visual y auditivo
Nota: Sí se observa desorientado: reporte y considere "riesgos de lesiones o accidente" no

(Datos Objetivos)

- Ojos, simetría: sí X no (especificar) normal integridad de párpados y sus bordes sí X no especificar normal
función palpebral (par craneal III): parpadeo espontáneo sí X no reflejo sí X no , voluntario sí X no , oclusión completa sí no , especificar alteraciones -
- Movimientos de los globos oculares (par craneal III, IV y VI) describir coordinados
- Conductos lagrimales permeables: sí X no .
- Describir conjuntiva, integridad y color: normal esclera: integridad y color normal
iris: integridad y color normal córnea, integridad y transparencia normal
Pupilas: Tamaño 2 mm, reacción a la luz (par craneal III y IV) si a la acomodación si en ambos ojos si asimetría
Agudeza visual (par craneal II) cercana con Prueba de Jaeger de 30 a 40 cm. de distancia (mencione cifras) ojo derecho ojo izquierdo ambos ojos
Agudeza visual con carta de Snellen a 6 mts. de distancia: (mencione cifras) ojo derecho 7 ojo izquierdo 8 Ceguera total - lesiones - (especificar si es en un ojo o en ambos)
- Oído externo: Pabellón auricular, simetría X implantación X integridad X
Forma, proporción X alteraciones (especificar) - hiperemia, .
Conducto auditivo (resultados de otoscopia): forma X tamaño X mucosa húmeda
presencia de vellosidades sí X no cerumen (color, cantidad, consistencia) amarrillo, liquido en poca cantidad Tímpano (describir, características) color oscuro
Par craneal VIII: audición intacta sí X no técnica: susurro X tic, tac roce de dedos (especificar distancia) 60 cm del oído pruebas de Rinne y Weber (uso diapasón) describir resultados, no se realiza prueba ya que no se encuentra problema auditivo en la prueba del susurro.
- Nariz: describir forma fina, simétrica tamaño (proporción a la cara) sí X no especifique - simetría sí X no especifique -
alineación de tabique nasal sí X no especifique -
rinoscopia: (color, hidratación e integridad de la mucosa nasal, secreciones) rosada, humada, con vellosidad e integra senos paranasales: dolor a la palpación no
Par craneal I: Olfato intacto a la prueba del olor y reflejo de estornudo (jabón, café, tabaco y pluma de algodón) sí X no alteración (especificar) -
- Gusto, percepción de sabores básicos (Par craneal IX y X) ácido, agrio, salado, dulce (describir resultados) percibe todos los sabores
- Tacto: sin alteración a la prueba de sensibilidad sí X no (especificar)
- Presencia de dolor: describir sitio, tipo, estimar intensidad con la Escala Visual Análoga del dolor (Anexo 7) 0-10: (donde 0 = sin dolor, 10 = dolor intenso) puntuación: 7 cuando hay contracción que va aumentando por la evolución del trabajo de parto.
- Memoria: intacta X alterada especifique (hechos remotos, recientes, etc.)
- Orientación: Intacta X alterada especifique (tiempo, lugar, persona) orientado en sus 3 esferas
- Nivel de alerta: usar Escala de Glasgow (anexo 8): describe la puntuación identificada: 15 interpretación: sin alteración en el estado de conciencia
- Nivel de sedación: escala de Ramsay describe la puntuación identificada no aplica X

Patrón 7: Autopercepción y autoconcepto

(Datos Subjetivos)

- Descripción como persona: alegre X seria temerosa optimista irritable
Otros (especificar)
- Como percibe su imagen corporal: positiva negativa en ambos casos X
- Conformidad con lo que es: no sí especifique algunas veces

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

- Pérdida de interés por las cosas: no sí _____ especifique _____
- Dificultad para tomar decisiones: no sí _____ especifique _____
- Reacciones y adaptación al embarazo (si se planeó, si está contenta, preocupada) preocupada
- Temor a pérdidas o renunciar a algo que le guste: no _____ sí especifique: perder a su familia, haber dejado su lugar de origen.
- Pérdidas y/o cambios importantes en el último año: no sí _____ especifique _____
- Ha experimentado períodos de: desmotivación apatía _____ depresión _____ adinamia _____
- Ninguno de los anteriores _____ especifique tiempo y describa la situación: momentáneos
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión: no sí _____ (especifique) _____
- ¿Qué le ayudaría a sentirse mejor en este momento? (especifique) que mi bebe nazca bien
- En qué piensa que cambiará su vida con este embarazo: en todo, mis actividades diarias, en que entre a alguien que dependa de mi al 100% y no sé si pueda hacerlo bien.

Patrón 8: Rol-relaciones

(Datos Subjetivos)

- Estado civil: unión libre Relación con su pareja: Buena Regular _____ Mala _____
- Respuesta de ésta al embarazo contento, alegre Respuesta de la familia al Embarazo no tiene familia aquí, la única es su mama y está igual muy contenta
- Escolaridad: primaria terminada Profesión y/u ocupación hogar situación actual: estudiante _____ empleada _____ desempleada incapacidad _____ pensionada _____ jubilada _____ empleos temporales _____
- Sistema de apoyo: cónyuge familia _____ vive solo _____ vecinos _____ amigos _____
- Conformación de Familia que vive en el hogar: No. de miembros 3 (describir de mayor a menor, incluyendo al usuario)

Nombre (iniciales)	Parentesco	Edad	Sexo	Ocupación
CRML	Madre	48 años	Mujer	Hogar
RVLA	Cónyuge	20 años	Hombre	Empleado
CRCDC	Paciente	16 años	Mujer	Hogar

- ¿Cómo considera la relación familiar? Especifique buena
- Existe vínculo estrecho con algún miembro de su familia o persona externa a ésta: (especifique) una amiga
- Papel que desempeña en la familia: dependiente _____ proveedor _____ cuidador principal
- Algún problema por el papel que desempeña no sí _____ especifique _____
- Dificultad para comunicarse: no sí _____ especifique _____
- Presencia de abuso: no sí _____ especificar tipo _____
- Ingreso económico mensual aproximado de la familia _____ de 5 mil a 6 mil pesos _____
- Idioma/dialecto (especifique) español Dificultad para comunicarse: no sí _____ (especifique con quién, y a qué lo atribuye) _____
- Pertenece algún grupo, asociación, club, etc. no sí _____ especifique _____
- Referencia de amistad con vecinos: no _____ sí especifique muy pocas pero si hay amistades

Patrón 9: Sexualidad-reproducción

(Datos Subjetivos)

- Menarquía: (edad) 9 años Ritmo irregular ciclo menstrual: regular _____ irregular
- Dismenorrea Menorragia _____ - _____ Metrorragia _____ - _____
- Tiene pareja sexual actualmente: no _____ sí especifique esposo IVSA (edad): _____

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

- Expresa algún cambio en las respuestas sexuales: no sí especifique incomodidad
- Satisfecho con el número de hijos procreados: sí no especifique es el primero
- Uso de algún método de planificación familiar: no sí especifique tipo y tiempo de uso _____
- Antecedentes de lactancia materna: no sí Exitosa Fallida Motivos _____
- Prácticas de autoexamen mamario mensual: sí no Motivo: falta de conocimiento
- Mamografías o ultrasonido mamario: sí no Motivo: falta de conocimiento fecha de la última _____ Resultados _____ No aplica _____
- Examen cervico-vaginal anual: sí no Motivo: falta de conocimiento fecha del último _____ Resultados _____
- Presencia de flujos: no sí características (color, olor, cantidad, etc.) transparente o ligeramente amarillo, sin olor, en poca cantidad
- Prácticas de sexo seguro: sí no (especifique uso de condón, una sola pareja, abstinencia) una sola pareja

(Datos Objetivos)

- Integridad de genitales externos sí no describir presencia de lesiones: episiorrafia, flujos, sangrados, olor, características morfológicas). Antes del parto: salida de flujo vaginal aparentemente normal por el trabajo de parto. Durante el parto: sangrado transvaginal 300 ml, se observa y reparan desgarramiento perianal grado I Después del parto: sangrado transvaginal (loquios) 500 ml.

MAMAS:

- Forma redonda simetría tipo laterales polimastía: sí no características de la piel hidratada, buen tono
- Volumen: Acorde al peso y constitución Grande Pequeña Sensibilidad: Normal Aumentada Disminuida Red venosa: Presente Ausente Secreción de calostro: Sí No
- Areola y pezón (textura de la piel, coloración, forma y posición) forma redonda de cono, coloración oscura con pezón formado Areola secundaria politelia: tumoraciones: no sí describir sitio y características _____ galactorrea no
- Cadena ganglionar palpable: sí no Dolor: sí no Nivel 1 (usar escala EVA y codificar del 0-10 Anexo 7).
- Plétora o sobrecarga Mastitis Absceso mamario
- Después del parto se observa salida de calostro: sí no Cantidad: suficiente para satisfacer las necesidades de su recién nacido

ABDOMEN

- Forma hasta las 18 S.D.G.: crecimiento de la mitad inferior simétrico
- Globoso y redondo cicatriz umbilical invertida
- Forma después de las 18 S.D.G.: Crecimiento de la mitad superior ovoide ligeramente asimétrico cicatriz umbilical aplanada
- Altura de fondo uterino: 30 cm. (Anexo 9). Acorde con edad gestacional Si No (especificar) normal
- Posterior al parto y alumbramiento. Involución uterina: presenta hipotonía uterina
- Movimientos Fetales: Presentes Ausentes
- Piel del abdomen: Estrías rosadas blancas o nacaradas Cicatrices: No Si (especificar) estrías poca abundantes, delgadas y rosadas
- Línea morena Hiperpigmentación periumbilical _____

MANIOBRAS DE LEOPOLD.

- Fondo uterino: Forma redonda X Irregular _____ Consistencia: Dura X Blanda _____
Polo fetal: Podálico / pélvico _____ Cefálico X Algunas partes del tronco _____
- Situación: Transversa X Longitudinal _____ Oblicua _____ Localización del Dorso:
Derecha X Izquierda _____
- Presentación: Cefálica X Podálica / pélvica _____
- Descenso o encajamiento: Móvil o flotante _____ Insinuada _____ Fija _____ Encajada X
- Auscultación F.C.F. 130 x' (indicar si se utilizó Doppler o Pinnard): Doppler
- Contracciones uterinas: Frecuencia de 3 a 5 contracciones en 10 minutos Intensidad ++
Duración 45 segundos aprox. Ritmo continuo

Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia al estrés

(Datos Subjetivos)

- Actitud ante el Embarazo: Adecuada X Inadecuada _____ Muy alterada _____
- Preocupaciones fundamentales en relación con: hospitalización y/o enfermedad X
económicas X de autocuidado _____ de empleo _____ imagen corporal _____ otro _____
especificar _____
- Formas en las que expresa el estrés: llanto _____ ira X molestias físicas _____ especificar _____
- Acciones que realiza para controlar el estrés o la ira: beber alcohol _____ fumar _____ comer _____
beber café _____ leer _____ medicamentos _____ especifique solo trata de pensar de forma positiva
- Frecuencia con la que presenta estas respuestas al estrés: 1-2 veces al mes X 1-2 veces a la
semana _____ diariamente _____ Especifique a que lo atribuye: ahorita por el miedo que tiene, por
lo que pueda pasar en el parto y de que su bebe nazca sano, por los días de hospitalización, y por
los gastos económicos

Patrón 11: Valores y creencias

(Datos Subjetivos)

- Prácticas de alguna religión: sí _____ no X (especificar cuál) _____ agnóstica _____
- Existen restricciones por parte de su religión para seguir indicaciones médicas y/o de enfermería:
sí _____ no X ¿cuáles? _____
- ¿Tiene algún sistema de creencias que le proporcionen consuelo y fuerza? sí _____ no X
(especificar cuál) _____ ninguno _____
- ¿Qué es lo que le da sentido a su vida? su mama, su esposo y el nacimiento de su bebe
Esto ha cambiado desde que está embarazada si porque ahora me entusiasma la idea de tener a
mi bebe
Siente preocupación acerca de morir sí X no _____ especifique: si porque ni sé que pueda pasar en
el parto y no puedo evitar sentir miedo
Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio: sí _____ no X
(especificar cuál) _____
- Valores morales más importantes (describa lo que considera más valioso en su vida): _____
respeto, amor, honradez y humildad

¹*Datos Objetivos de Fuentes Secundarias: Resultado De Exámenes De Laboratorio (anexo 10)*

Patrón 2: Nutricional-metabólico.

Fecha: 07 de noviembre 2022

Examen	Valores de referencia	Cifras del usuario
Química Clínica		
Glicemia	70-110 mg/dl	79mg/dl
Biometría Hemática		
Leucocitos	5.00-10.00	*10.94
Eritrocitos	3.50-5.00	3.94
Hemoglobina	11.50-16.50	12.1
Hematocrito	37.00-54.00	37.4

Patrón 3: Eliminación

Urinaria	Valores de referencia	Cifras del usuario
Examen General De Orina	No se realiza	
Química Clínica		
Urea en sangre	7.00-18.00 mg/dl	11.5 mg/dl
Creatinina		0.77 mg/dl
	Valores de referencia	Cifras del usuario
Electrolitos	No se realiza	

Patrón 4: Actividad y ejercicio

Examen	Unidad	Cifras del usuario
Coagulación		
Tiempo de protrombina	Seg.	12.2
Testigo de tiempo de protrombina	Seg.	12.2
INR	Seg.	1.00
Tiempo parcial de tromboplastina	Seg.	27.9
Testigo de tiempo parcial de tromboplastina	Seg.	27.4

Nota: Algunos datos pudieron ser recolectados en valoración subsecuente y/o a partir de patrones que impliquen procesos vitales mientras se estabiliza la condición del usuario.

*¹Instrumento Actualizado 2019 por: MCE. Favela OA, et al. Avalado por la Academia De Enfermería Clínica (2010, 2015, 2019) Modificado por Luz María Hernández Ramírez.

6.1.1 Resumen de la Valoración

A la valoración de los patrones funcionales en las tapas del trabajo de parto y puerperio fisiológico inmediato, se encuentra alteración en 5 de los 11 patrones valorados.

Patrones Funcionales	1° valoración (trabajo de parto)	2° valoración (puerperio inmediato)
Patrón 1. Percepción a la salud	sin alteración	sin alteración
Patrón 2. Nutricional - metabólico	Se observa edema en miembros pélvicos proveniente del aumento de peso durante el embarazo y por el estilo de vida sedentario.	Edema en miembros pélvicos derivado a aumento de peso durante el embarazo y por el estilo de vida sedentario.
Patrón 3. Eliminación	Sin alteración	Sin alteración
Patrón 4. Actividad y ejercicio	Se encuentra alteración en limitación de movimientos corporales, así como cambios en la frecuencia respiratoria derivados por el dolor de las contracciones uterinas. También se encuentra presencia de varices en miembros pélvicos.	Presencia de varices en miembros pélvicos, derivado del aumento de peso durante el embarazo y el estilo de vida sedentario
Patrón 5. Sueño - descanso	Se encuentra alteración en el sueño al referir que no siente descanso cuando duerme. Se observa disconfort proveniente por ansiedad al no poder relajarse ante la situación.	Se observa disconfort derivado a temor de quedarse dormida y descuidar a su recién nacido.
Patrón 6. Cognitivo - perceptivo	Se encuentra alterado por presencia de dolor por contracciones uterinas. También se identifica desconocimiento sobre el tema del trabajo de parto pero muestra interés por aprender.	Se observa desconocimientos sobre la maternidad, lactancia materna y cuidados a su recién nacido, pero muestra interés por aprender.
Patrón 7. Autopercepción y autoconcepto	Sin alteración	Sin alteración

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

Patrón 8. Rol - relaciones	Sin alteración	Sin alteración
Patrón 9. Sexualidad - reproducción	Patrón alterado debido a la carencia de conocimiento sobre el tema del embarazo, el parto y la maternidad. También se encuentran factores de riesgo a posibles complicaciones en el parto por su edad. Durante el parto presenta desgarre perianal de 1º grado.	Presenta Atonía uterina reversible con tratamiento farmacológico. T/A: 90/55mmHg. FC: 74 lx´ FR: 19 rx´ TC: 36 °C Loquios: 500 mililitros
Patrón 10. Afrontamiento - tolerancia al estrés	Se encuentra alterado debido a la ansiedad generada por la situación a la que se enfrenta, el temor de no saber cómo controlar la situación y sentirse sola en el entorno que la rodea.	Temor de no brindar un adecuado cuidado a su recién nacido. Sin embargo muestra interés por aprender.
Patrón 11. Valores y creencias	Sin alteración	Sin alteración

6.2. Diagnósticos de Enfermería (jerarquización)

- 1.** Riesgo de sangrado r/c complicaciones posparto (Atonía uterina).
- 2.** Riesgo de shock r/c hipovolemia por sangrado transvaginal (loquios 500 ml aprox.)
- 3.** Riesgo de alteración de la diada materno-fetal r/c complicaciones en el embarazo.
- 4.** Dolor agudo r/c agentes lesivos (trabajo de parto) m/p discomfort, cambios en la frecuencia respiratoria, ansiedad, incapacidad para relajarse y expresión facial.
- 5.** Perfusión tisular periférica ineficaz r/c estilo de vida sedentarios m/p edema y dolor en la extremidades.
- 6.** Deterioro de la movilidad física r/c dolor (trabajo de parto m/p limitación de la amplitud de los movimientos.
- 7.** Riesgo de caída r/c deterioro de la movilidad física.
- 8.** Afrontamiento ineficaz m/p falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
- 9.** Temor r/c origen innato (dolor) m/p expresa sentirse asustado.
- 10.** Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores derivado del embarazo m/p edema periférico
- 11.** Conocimientos deficientes r/c poca familiaridad con los recursos para obtener la información m/p informa de problema.
- 12.** Disposición para mejorar el proceso de maternidad m/p demuestra conducta de vinculación con el recién nacido.

6.3 Plan de Cuidados

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA INTERNACIONAL)							
1. 00206 Riesgo de sangrado r/c complicaciones posparto (hipotonía uterina)							
Definición: Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.							
Patrón: 4 Actividad y ejercicio Dominio: 11 Seguridad y protección Clase: Lesión Física							
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE LIKERT					PUNTUACION DIANA
		DGRN	DSRN	DMRN	DLRN	SDRN	
2511 Estado materno: Puerperio	251102 Confort	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
	251103 Presión arterial	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
	251104 Frecuencia cardiaca apilar	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
	251105 Circulación periférica	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
	251106 Altura del fondo uterino	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
	251107 Cantidad de loquios	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
	251109 Confort de las mamas	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
	251112 Temperatura corporal	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
	251116 Ingesta de alimentos y líquidos	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>5</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
	251124 Color de los loquios	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>5</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
	251127 Sangrado vaginal	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
<p>6930 Cuidados posparto</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 693001 Monitorizar los signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora postparto, posteriormente cada 30 minutos durante las 2 horas siguientes. ✓ 693002 Vigilar los loquios, para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos. ✓ Vigilar que la paciente miccione antes de la exploración postparto. ✓ Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación. ✓ Masajear suavemente el fondo uterino. ✓ Administrar analgésicos y antibióticos prescritos por médico. ✓ Comentar a la paciente sobre los métodos anticonceptivos. ✓ Monitorizar la temperatura de las mamas y el estado de los pezones. ✓ Aplicar vendaje de miembros pélvicos para reducir la probabilidad de desarrollar una trombosis venosa. ✓ Monitorizar las conductas de apego inmediato madre-hijo y fomentar la lactancia materna exclusiva.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA INTERNACIONAL)							
<p>2. 00205 Riesgo de shock r/c hipovolemia por sangrado transvaginal</p> <p>Definición: Riesgo de aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que pueden conducir a una disfunción celular que contribuye a una amenaza para la vida.</p> <p>Patrón: 4 Actividad y ejercicio Dominio: 11 Seguridad y protección Clase: Lesión Física</p>							
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE LIKERT					PUNTUACION DIANA
		GC	SC	MC	LC	NC	
0413 Severidad de la pérdida de sangre	410301 Perdida sanguínea visible	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	41307 Sangrado vaginal	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							
INTERVENCIONES	ACTIVIDADES						
<p>4026 Disminución de la hemorragia: útero post parto</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumentar la frecuencia de masajes en el fondo uterino ✓ Observar las características de los loquios (color, coágulos y volumen) ✓ Medir la cantidad de sangre perdida. (500 ml) ✓ Administrar oxitócicos, según orden médica. (Carbetocina IV). ✓ Notificar al Médico responsable el estado de la paciente. ✓ Checar signos vitales maternos cada 15 minutos o con mayor frecuencia si es necesario. ✓ Monitorizar el color, nivel de conciencia y dolor de la madre. ✓ Asistir al médico para la revisión uterina. ✓ Informar la situación al equipo de enfermería, para proporcionar una vigilancia postparto adecuada de estado de la madre. ✓ Monitorizar la existencia de hipotensión. ✓ Vigilar las fuentes de pérdidas de líquido (sangrado transvaginal). ✓ Monitorizar las entradas y las salidas de líquidos ✓ Mantener un acceso intravenoso permeable. ✓ Administrar las soluciones hipotónicas intravenosas prescritas, para la rehidratación intracelular a flujo apropiado. 						
<p>4180 Manejo de la hipovolemia</p> 							

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA INTERNACIONAL)							
<p>3. 00209 Riesgo de alteración de la diada materno-fetal r/c complicaciones en el embarazo y parto.</p> <p>Definición: Riesgo de alteración de la diada simbólica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo o el parto.</p> <p>Patrón: 9 Sexualidad - reproducción Dominio: 8 Sexualidad Clase: 3 Reproducción</p>							
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE LIKERT					PUNTUACION DIANA
		DGRN	DSRN	DMRN	DLRN	SDRN	
2510 Estado materno: durante el parto	251003 Uso de técnicas para facilitar el parto	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>4</u>
	251008 Sangrado vaginal	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
	251012 Temperatura corporal	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							
INTERVENCIONES	ACTIVIDADES						
6830 Cuidados intraparto	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ingresar a la zona de labor. ✓ Determinar la preparación y objetivos de la paciente para el parto. ✓ Preparar a la paciente para el parto, siguiendo el protocolo y las preferencias de la paciente. ✓ Fomentar la deambulaci3n durante la primera fase de trabajo de parto. ✓ Monitorizar el nivel de dolor durante el trabajo de parto ✓ Explorar las posiciones que mejoran la comodidad materna. ✓ Enseñar técnicas de respiraci3n, relajaci3n, y visualizaci3n. ✓ Enseñar técnicas de pujo para la segunda etapa del parto. (ver anexo 10) ✓ Preparar los materiales necesarios para el parto. ✓ Documentar lo que sucede durante el parto. 						



DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA INTERNACIONAL)							
<p>4. 00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos (trabajo de parto) m/p discomfort, cambios en la frecuencia respiratoria, ansiedad, incapacidad para relajarse y expresión facial.</p> <p>Definición: Experiencia sensitiva y emociona desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita de tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.</p> <p>Patrón: 6 Cognitivo-perceptivo Dominio: 12 Confort Clase: 01 Confort físico</p>							
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE LIKERT					P. DIANA
		ND	RD	AD	FD	SD	
1605 Control de dolor	160502 Reconoce el comienzo del dolor	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>5</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: 5</i>
	160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>1</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: 5</i>
2102 Nivel de dolor	210201 Dolores referido	G	S	M	L	N	Mantener a: <u>1</u> Aumentar a: <u>3</u> <i>Evaluación: 3</i>
	210204 Duración de los episodios de dolor	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>2</u> <i>Evaluación: 2</i>
	210206 Expresiones faciales de dolor	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>1</u> Aumentar a: <u>3</u> <i>Evaluación: 3</i>
	210209 Tensión muscular	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>4</u> <i>Evaluación: 4</i>
	210217 Grito y gemidos	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>3</u> <i>Evaluación: 3</i>
	1211 Nivel de ansiedad	121102 Impaciencia	1	2	3	4	5
121105 Inquietud		1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>4</u> <i>Evaluación: 4</i>
121112 Dificultad para la concentración		1	2	3	4	5	Mantener a: <u>1</u> Aumentar a: <u>4</u> <i>Evaluación: 4</i>

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

1212 Nivel de estrés	121203 Aumento de la frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							
INTERVENCIONES		ACTIVIDADES					
1400 Manejo del dolor		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya, localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad y los factores desencadenantes. ✓ Explicar a la paciente los factores que alivian o empeoran el dolor (ver el desarrollo del diagnostico 11). ✓ Proporcionar información acerca del dolor, la causa, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido al trabajo de parto (ver desarrollo del diagnostico 11). ✓ Disminuir los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor tales como miedo y falta de conocimiento (ver desarrollo de diagnostico 8 y 11) ✓ Considerar la voluntad de la paciente para participar, su capacidad de participar y las contraindicaciones al seleccionar una estrategia para aliviar el dolor. ✓ Seleccionar y desarrollar aquellas medidas no farmacológicas que faciliten el alivio del dolor. ✓ Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas para aliviar el dolor (deambulacion, técnicas de relajación, distracción y masajes. Antes, durante y después de la actividad dolorosa (ver desarrollo del diagnostico 11). ✓ Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. ✓ Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente. ✓ Informar al equipo de profesionales sanitarios sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor. 					
5820 Disminución de la ansiedad		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. ✓ Establecer claramente las expectativas del comportamiento de la paciente. ✓ Explicar todos los procedimientos del trabajo de parto. ✓ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación que la estresa. ✓ Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. ✓ Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación (ver desarrollo del diagnostico 11) ✓ Transmitir al paciente la garantía de su seguridad personal. 					

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA INTERNACIONAL)							
<p>5. 00204 Perforación tisular periférica ineficaz r/c estilo de vida sedentarios m/p edema y dolor en la extremidades</p> <p>Definición: Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud. Patrón: 4 Actividad y ejercicio Dominio: 04 Actividad y reposo Clase: 04 Respuestas cardiovasculares/pulmonares</p>							
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE LIKERT					PUNTUACION DIANA
		DGRN	DSRN	DMRN	DLRN	SDRN	
0407 Perforación tisular: periférica	40712 Edema periférico	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>4</u>
	40713 Dolor localizado en extremidades	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
	40715 Llenado capilar	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>5</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
	40745 Calambres musculares	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							
INTERVENCIONES	ACTIVIDADES						
4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, relleno capilar, color y temperatura). ✓ Evaluar los edemas y pulsos periféricos. ✓ Observar el grado de molestia o dolor. ✓ Explicar a la paciente la importancia de la terapia compresiva. ✓ Aplicar modalidades de terapia compresiva (vendaje de miembros pélvicos). ✓ Realizar cambios posturales o deambular según las necesidades y facilidades. 						
							

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA INTERNACIONAL)							
<p>6. 00085 Deterioro de la movilidad física r/c dolor (trabajo de parto) m/p limitación de la amplitud de los movimientos.</p> <p>Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo de una o más extremidades.</p> <p>Patrón: 4 Actividad-ejercicio Dominio: 04 Actividad y reposo Clase: 02 Actividad y ejercicio</p>							
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE LIKERT					PUNTUACION DIANA
		G	S	M	L	N	
0200 Ambular	20001 Soporta el peso	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	20002 Camina con marcha eficaz	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	20003 Camina a paso lento	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
0208 Movilidad	20801 Mantenimiento del equilibrio	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>5</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	28802 Mantenimiento de la posición corporal	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	20806 Ambulación	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>4</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							
INTERVENCIONES	ACTIVIDADES						
0221 Terapia de ejercicios ambulación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocarla en una camilla de baja altura si resulta oportuno. ✓ Enseñarle a la paciente a colocarse en la posición correcta durante la deambulación. ✓ Ayudar a la paciente a la deambulación cuando sea necesario. La deambulación en el trabajo de parto se alterna con reposo en posición sentada o decúbito lateral izquierdo, respetando las posiciones que la paciente desee adoptar siempre y cuando no exista contraindicación médica. ✓ Fomentar la deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. ✓ Animar a la paciente a que se esté levantando según le parezca apropiado. 						

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA INTERNACIONAL)							
7. 00155 Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física							
Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.							
Patrón: 1 Percepción-manejo de la salud Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 02 Lesión Física							
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE LIKERT					PUNTUACION DIANA
		ND	RD	AD	FD	SD	
1902 Control de riesgo	190201 Reconoce los factores de riesgo personales	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>5</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	190202 Controla los factores de riesgo ambientales	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	190205 Adapta las estrategias de control de riesgo	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	190209 Evita exponerse a las amenazas de salud	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	190213 Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							
INTERVENCIONES	ACTIVIDADES						
6486 Manejo ambiental: seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar las necesidades de seguridad según la función física y cognitiva e historial de conducta de la paciente. ✓ Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente. ✓ Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. ✓ Disponer dispositivos adaptativos para aumentar la seguridad del paciente (barandales, banco de altura) ✓ Ayudar a la paciente a dar uso a los dispositivos adaptativos para su mayor seguridad. 						

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA INTERNACIONAL)							
<p>8. 00069 Afrontamiento ineficaz r/c falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p mala concentración</p> <p>Definición: Incapacidad para formular una apreciación valida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.</p> <p>Patrón: 10 Afrontamiento-tolerancia al estrés Dominio: 09 Afrontamiento/Tolerancia al estrés</p> <p>Clase: 02 Respuestas de afrontamiento</p>							
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE LIKERT					PUNTUACION DIANA
		G	S	M	L	N	
1302 Afrontamiento de problemas	130203 Verbaliza sensación de control	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	130204 Refiere disminución de estrés	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	130210 Adopta conductas para reducir el estrés	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							
INTERVENCIONES	ACTIVIDADES						
5230 Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar a la paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. ✓ Ayudar a la paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. ✓ Ayudar al paciente a resolver sus inquietudes de forma constructiva. ✓ Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador. ✓ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre su situación estresante. ✓ Animar a la paciente a identificar sus puntos fuerte y sus capacidades. 						

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA INTERNACIONAL)							
9. 00148 Temor r/c origen innato (dolor) m/p expresa sentirse asustado							
Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce consistentemente como un peligro.							
Patrón: 7 Autopercepción-autoconcepto Dominio: 09 Afrontamiento/Tolerancia al estrés							
Clase: 02 Respuestas de afrontamiento							
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE LIKERT					PUNTUACION DIANA
1210 Nivel de miedo	121001 Distrés	G 1	S 2	M 3	L 4	N 5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	121004 Falta de autoconfianza	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	121005 Inquietud	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	121008 Dificultades de concentración	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							
INTERVENCIONES	ACTIVIDADES						
6040 Terapia de relajación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar el fundamento del a relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación. (meditación, respiración rítmica, relajación muscular progresiva. Ver anexo 10). ✓ Considerar la voluntad y capacidad de la paciente para participar y las contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación. ✓ Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda. ✓ Invitar a la paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente. ✓ Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente. ✓ Mostrar y practicar la técnica de relajación con la paciente. 						

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA INTERNACIONAL)							
<p>10. 00026 Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso en los mecanismos reguladores derivado del embarazo m/p edema periférico.</p> <p>Definición: Aumento de la retención de líquidos isotónicos</p> <p>Patrón: 02 Nutricional-metabólico Dominio: 02 Nutrición Clase: 05 hidratación</p>							
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE LIKERT					PUNTUACION DIANA
0601		GC	SC	MC	LC	NC	
Equilibrio hídrico	60101 Presión arterial	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>5</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	185403 Pulsos periféricos	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>5</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	60107 Entradas y salidas diaria equilibradas	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>5</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	60109 Peso corporal estable	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	60112 Edema periférico	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>3</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>NV</u>
	60123 Calambres musculares	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>4</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>NV</u>
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							
INTERVENCIONES	ACTIVIDADES						
5246 Asesoramiento nutricional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto ✓ Sugerir dieta e ingesta de líquidos ya que los alimentos que consume la madre también alimentan al bebé. <ul style="list-style-type: none"> • Beber suficiente líquido (de 6 a 10 vasos al día). • Consumir verduras y frutas, son ricas en vitaminas y mineral que ayudan a conservar la salud. • Ingerir alguna proteína en cada comida, tales como leche, queso, yogurt, carne, pescado o frijoles. • Limitar el consumo de comida chatarra. • Evitar el consumo de alcohol, cafeína e irritantes. ✓ Sugerir un rutina de ejercicios sencillos <ul style="list-style-type: none"> • El ejercicio después del parto ayuda a combatir el sedentarismo así como sus complicaciones, en este caso el edema periférico y los calambres musculares, perder el peso que se aumento durante el embarazo, levanta el estado de ánimo, corrige la 						

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

	<p>costura y ayuda a dormir mejor.</p> <ul style="list-style-type: none">• Caminar de 20 a 30 minutos diarios.• Clases de Gimnasia o Yoga o en su defecto en casa realizar algunos ejercicios sencillos como estiramientos, sentadillas, abdominales etc. <p>✓ Ayudar a la paciente a considerar los factores de riesgo que tiene por su edad, el desarrollo y crecimiento de su bebe, así como la percepción de la modificación necesaria en sus hábitos alimenticios y la necesidad de realizar ejercicio.</p>
--	---

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA INTERNACIONAL)							
11. 00126 Conocimientos deficientes r/c poca familiaridad con los recursos para obtener la información m/p informa de problema.							
Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.							
Patrón: 6 Cognitivo-perceptivo Dominio: 05 Cognitivo-perceptivo Clase: 04 Cognición							
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE LIKERT					PUNTUACION DIANA
		NC	EC	CM	CS	EC	
1843 Conocimiento: manejo del dolor.	184301 Causas y efectos que contribuyen al dolor	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	184302 Signos y síntoma del dolor	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	184303 Estrategias para controlar el dolor	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	184322 Técnicas de posicionamiento efectivo	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	184323 Técnicas de relajación efectivas	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
1819 Conocimiento: cuidados del lactante	181901 Características del lactante normal	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	181902 Coge al lactante adecuadamente	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	181904 Posición adecuada del lactante	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>
	181905 Prácticas para la seguridad del lactante	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> Evaluación: <u>5</u>

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

1800 Conocimiento: Lactancia materna	181910 Técnicas de alimentación del lactante	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	181911 Signos y síntomas de deshidratación	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	181912 Signos de ictericia	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	181913 Baño del actante	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	181914 Cuidados del cordón umbilical	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	18001 Beneficio de la lactancia materna	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	180002 Fisiología de la lactancia	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	180003 Composición de la lactancia materna, del proceso de salida de la leche, leche inicial frente a tardía.	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	180004 Señales de hambre del lactante	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	180005 Técnica adecuada para amamantar al lactante	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
180006 Posición adecuada del lactante durante el amamantamiento	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>	

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

180007 Succiones nutritivas frente a las no nutritivas	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
180008 Evaluación de la deglución del lactante	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
180009 Técnica adecuada para finalizar la succión del lactante	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
180011 Signos de alimentación materna del lactante adecuada	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
180012 Evaluación del pezón	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
180013 Signos de mastitis, obstrucción de los conductos, traumatismo del pezón	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>
180024 Métodos para hacer eructar al lactante	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación:</i> <u>5</u>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
6040 Terapia de relajación 	✓ Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación. <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la madre que es dolor de parto y como puede manejarlo. (ver anexo 10) • Explicar a la madre que las técnicas de relajación ayudan al cuerpo a relajarse y disminuir la presión, la frecuencia cardiaca la tensión muscular y ayuda a las mujeres a controlar el dolor en el trabajo de parto. • Enseñar a la madre las diferentes técnicas de relajación que puede realizar durante el trabajo de parto como deambular, respiración, masajes y distracción (ver anexo 10).

6710

Fomentar el apego



5244

Asesoramiento en lactancia materna



- Enseñar a la madre las técnicas de pujo para la hora de expulsar al bebé. (ver anexo 10)
- ✓ Evaluar nivel de energía actual, capacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que puedan inferir en la capacidad para centrarse en la técnica de relajación como el dolor.
 - Explicar a la madre que es de suma importancia que relaje su mente y se concentre en las indicaciones recomendadas para manejar el dolor de una forma favorable.
- ✓ Considerar la voluntad de la persona para participar antes de seleccionar una o unas estrategias de relajación, en este caso la madre se muestra cooperadora.
- ✓ Crear un ambiente tranquilo.
- ✓ Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda.
- ✓ Fomentar la repetición o práctica frecuentes de las técnicas de relajación.

- ✓ Colocar al recién nacido sobre el cuerpo de la madre inmediatamente después del parto.
- ✓ Completar la evaluación materna y del recién nacido mientras se permite a la madre sostener al recién nacido.
- ✓ Proporcionar ayuda con el autocuidado para maximizar la atención sobre el lactante.
- ✓ Animar a la madre a dar inicio a la lactancia materna.

- ✓ Instruir a la madre, sobre la lactancia materna.
 - Explicar a la madre que es la lactancia materna y la importancia de llevarla a cabo. (ver anexo 11)
 - Explicar a la madre los beneficios de la lactancia materna para y ella y para su recién nacido. (ver anexo 11)
 - Explicar a la madre cuando debe de ofrecer el seno materno a su bebe y las señales de hambre del recién nacido. (ver anexo 11)
 - Explicar a la madre como es que se lleva a cabo una lactancia materna exitosa (posiciones para amamantar, agarre correcto, succión y deglución efectivas y como finalizar la succión del lactante). (ver anexo 11)
- ✓ Determinar el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna, así como su percepción de la misma.
- ✓ Corregir conceptos equivocados, mala información e impresiones acerca de la lactancia materna.
- ✓ Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios (ver anexo 11)
- ✓ Proporcionar a la madre la oportunidad de dar lactancia tras el parto, cuando sea posible (apego inmediato).

	<ul style="list-style-type: none">✓ Evaluar la capacidad del lactante para mamar.✓ Remitir a un asesor sobre la lactancia materna.✓ Comentar los métodos anticonceptivos.✓ Instruir a la madre sobre los cuidados de su recién nacido<ul style="list-style-type: none">• Explicar a la madre que durante la estancia en el hospital el personal de enfermería apoyara con la enseñanza para el cuidado de su bebé, pero ella es la responsable de brindarle el cuidado necesario a su recién nacido.• Explicar a la madre como debe sostener a su bebe, sobre todo la cabeza para no ocasionarle un posible daño. (ver anexo 12)• Explicar a la madre sobre la alimentación de su bebe durante las 24 horas del día. (ver anexo 12)• Explicar a la madre sobre los signos de deshidratación del recién nacido. (ver anexo 12)• Explicar a la madre sobre el aseo del cordón umbilical y los signos de infección. (ver anexo 12)• Explicar a la madre como y cuando debe bañar a su bebé. (ver anexo 12)
--	---

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA INTERNACIONAL)							
<p>12. 00208 Disposición para mejorar el proceso de maternidad m/p demuestra una conducta de vinculación con el recién nacido.</p> <p>Definición: Patrón de preparación y mantenimiento de un embarazo, parto y cuidado del recién nacido saludables, que es suficiente para asegurar el bienestar y que puede ser reforzado.</p> <p>Patrón: 09 Sexualidad-reproducción Dominio: 08 Sexualidad Clase: 02 Reproducción</p>							
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE LIKERT					PUNTUACION DIANA
		ND	RD	AD	FD	ND	
1603 Conducta de búsqueda de la salud	160301 Hace preguntas relacionadas con la salud	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>5</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	160303 Realiza la auto detección	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>5</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
	160316 Busca ayuda cuando es necesario	1	2	3	4	5	Mantener a: <u>5</u> Aumentar a: <u>5</u> <i>Evaluación: <u>5</u></i>
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							
INTERVENCIONES	ACTIVIDADES						
5606 Enseñanza individual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer una relación de confianza. ✓ Establecer la credibilidad del educador. ✓ Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. ✓ Valorar el nivel actual del conocimiento y comprensión de contenidos del paciente. ✓ Valorar el nivel educativo del paciente. ✓ Valorar las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas. ✓ Determinar la motivación de la paciente para asimilar información específica. ✓ Seleccionar los materiales educativos y adecuados. En este caso trípticos educativos. <i>(ver anexos 10,11 y 12)</i> ✓ Corregir las malas interpretaciones de la información. ✓ Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes. 						

6.4 Evaluación

Se vuelve a valorar cada indicador del NOC, para determinar si se alcanzaron los resultados esperados, en este caso se muestra el numeral en el desarrollo de cada diagnóstico junto a la puntuación Diana donde se encuentra como: *Evaluación* # .

DIAGNOSTICO	SE CUMPLIERON LOS OBJETIVOS		
	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Riesgo de sangrado	X		Se logra revertir el sangrado con tratamiento farmacológico.
2. Riesgo de shock	X		Derivado de una oportuna y correcta valoración por parte de enfermería se logra detener la hemorragia vaginal evitando que la persona llegara a un estado de shock hipovolemico.
3. Riego de alteración de la diada materno fetal	X		Se logra que la persona cooperara de forma efectiva en la técnica de respiración y pujo durante el trabajo de parto.
4. Dolor agudo	X		Se logra que la persona controle el dolor con técnicas de relajación que se le enseñaron durante su trabajo de parto. Es imposible calmar el dolor completamente, sin embargo es gran ayuda minimizar lo más que se pueda para lograr un parto menos traumático. También se logra la relajación de los músculos, controlando la ansiedad presentada en cada contracción mediante la técnica de respiración.
5. Perfusión tisular ineficaz	X		Se logra disminuir el edema en miembros pélvicos y los calambres manifestados.
6. Deterioro de la movilidad	X		Se logra una correcta movilización de acuerdo a sus limitaciones por el dolor manifestado, permitiendo que adoptara la posición que le resultara más cómoda para minimizar el dolor.
7. Riego de caída	X		Se logra controlar el riesgo ya que la persona identifica los factores de riesgos y hace uso de los utensilios de apoyo para su correcta y segura movilización.
8. Afrontamiento ineficaz	X		Se logra animar a la persona a que puede manejar la situación.
9. Temor	X		Se logra controlar el miedo al sentirse segura de poder afrontar la situación a la que se enfrenta.
10. Exceso de volumen de líquidos			No valorable a corto tiempo, se brindo información necesaria para que la paciente hiciera lo necesario en casa.
11. Conocimientos deficiente	X		Se logra capacitar a la madre sobre las técnicas de relajación y pujo durante su trabajo de parto. Se logra un correcto apego del recién nacido. Sobre Lactancia materna y cuidados del recién nacido no se puede valorar a corto tiempo.
12. Disposición para mejorar el proceso de maternidad	X		La madre muestra interés y un vínculo con el recién nacido, presta debido atención al recibir instrucciones sobre su recién nacido.

VII. CONCLUSIONES

La evolución que “el cuidado” ha presentado a lo largo del tiempo ha hecho que esta práctica se convirtiera en una profesión ahora llamada Enfermería, pues se ha demostrado que para brindar cuidados se requiere de conocimientos y habilidades propios de una disciplina, por lo que enfermería ha seguido evolucionando con el fin de mejorar la calidad que se brinda en el cuidado de forma profesional pero al mismo tiempo de manera holística, con el único propósito de que la persona cuidada recupere o mantenga la salud.

El PAE se ha convertido para enfermería en una herramienta de gran utilidad a la hora de brindar cuidados, ya que éste nos garantiza una mejor calidad en la atención para la persona, familia o comunidad. Hoy en día el PAE se rige por las taxonomías NANDA I, NOC y NIC que son el lenguaje propio de enfermería y está reconocido internacionalmente.

Con la aplicación de este PAE, se ha logrado comprender lo importante de conjugar lo teórico con lo práctico, tomando como guía los patrones funcionales de Gordon para la valoración de la persona, y con interacción de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC para el desarrollo del PAE, logrando como resultado que los objetivos fijados tuvieran un respuesta favorable a la aplicación de las acciones de enfermería programadas, garantizando así, que el cuidado brindado sea holístico y de calidad, pero sobre todo en beneficio de la salud de la persona cuidada.

Derivado a que la mayoría de los resultados esperados se lograron hacen que el PAE haya sido eficaz en la praxis, demostrándonos que la metodología en enfermería es necesaria para guiar el cuidado y facilitarnos la elección de diagnósticos para cada paciente, para brindar cuidado individualizado y por consiguiente los resultados esperados y las intervenciones de enfermería con un orden y estructura lógica.

VIII. SUGERENCIAS

Hoy en día las taxonomías NANDA, NOC Y NIC están reconocidas internacionalmente, sin embargo no todo el personal de enfermería hace uso de ellas adecuadamente, pues si las conocen, pero se les dificulta la relación que existe entre ellas, por ello se sugiere contantes capacitaciones al personal de atención directa al paciente, para que se dé el uso correcto a esta herramienta y las futuras generaciones se apeguen por completo a estos lenguajes. Se busca que Enfermería adopte un mismo lenguaje siendo este coherente y ordenado, simplificar el trabajo sin dejar de brindar cuidado individualizado a cada persona, y además que se evalúen las intervenciones de enfermería proporcionadas de forma numérica. Existen diferentes Teorías y Modelos en Enfermería las cuales podemos partir para desarrollar un PAE, se sugiere que cada enfermera(o) seleccione la teoría de mayor interés y profundice en ella para poder aplicar la metodología a la hora de estructurar el PAE, y apegarse por completo a los lenguajes estandarizados NANDA, NOC Y NIC para comprender, y mejorar los registros de los cuidados brindados y así obtener conclusiones más sólidas en la evolución de cada persona.

IX. REFERENCIAS

- Achury, D. M. [Diana M. A. S. (2011). La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 8(1), 10.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1573>
- Alfaro-Lefevre, R. (1999). *Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso* (4.^aed.).
Barcelona. Springer-Verlag Ibérica.
- Álvarez, J. L., del Castillo, F., Fernández, D., & Muñoz, M. (2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. uv.mx
<https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>
- Bello Fernández, N. L. (2006). *Fundamentos de Enfermería parte I* (1.^a ed.). La Habana: Ciencias Médicas.
- Benavent Garcés, M. A., Ferrer Ferrandis, E., & Francisco Del Rey, C. (2012). *Fundamentos de enfermería*. Barcelona.DAE (Grupo paradigma).
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Wagner, C., & Edición SI, D. (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (6.^a ed.). Barcelona. Elsevier.
- Del Gallego, R., Diz, J., & López, M. A. (2015). *Metodología Enfermera: Lenguajes estandarizados* (1.^a ed.). eprints.ucm.es.
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/35200/1/Libro%20Metodolog%C3%ADa%20Ed1.pdf>
- Françoise Collière, M. (2009). *Promover La Vida* (2.^a ed.). México. Mcgraw Hill Interamericana editores, S.A. de C.V.

García, C., & Martínez, M. L. (2001). *Historia de la enfermería: evolución del cuidado enfermero* (1.^a ed.). Barcelona. Elsevier.

García, M. (2015). Metaparadigma, modelo y teoría en Enfermería. *Revista electrónica de portales médicos*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-en-enfermeria/>

Castañeda Godínez, M. C., Pérez Loredo Díaz, L., Pérez Cabrera, I. & Mügggenburg Rodríguez Vigil, M. C. (2010). Formación profesional de enfermería durante la primera mitad del Siglo XX en la UNAM. *Enfermería Universitaria*, 7(5), 25-33.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2010.5.280>

González-Castillo, M. G., & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 124–129.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>

IMSS. (2018, 19 enero). *El IMSS celebra 75 años de ser el Seguro de México* [Comunicado de prensa]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201818/012>

López, M. N. (2021, 28 octubre). *Origen de la práctica de los cuidados y su influencia en el hacer enfermero*. Campus Training.
<https://www.campustraining.es/noticias/historia-cuidadosenfermería/>

Lozano Alonso, R. (2018). *Manual CTO de Enfermería: Enfermería Fundamental*. Grupo CTO. disponible en:<https://www.studocu.com/es-mx/document/escuela-de-enfermeria-adsrita-hospital-de-jesus/teorias-en-enfermeria/07-enfermeria-fundamental/32156227>

Martínez, M. L., & Chamarro Bedolla, E. (2011). *Historia de la enfermería: evolución del cuidado enfermero* (2.^a ed.). Barcelona. Elsevier.

Matus Miranda, R., & Poblano Rosas, O. (2005). Avances y perspectivas del Programa de Licenciatura Avances y perspectivas del Programa de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el Instituto Mexicano en Enfermería y Obstetricia en el Instituto Mexicano del Seguro Social del Seguro Social del Seguro Social. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 105-110.

http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/622/605

Moorhead, S. (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud* (5.^a ed.). Barcelona. Elsevier.

NANDA I. (2010). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009–2011*. Barcelona. Elsevier.

Oguisso, T. (2012). *La incidencia del Consejo Internacional de Enfermeras en la historia y socialización de la Enfermería*. Cultura de los cuidados. (Edición digital) 16,32.

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/22303/3/CC_32_04.pdf

Peralta Peña, S. L., Favela Ocaño, M. A., García Valdez, M. G., & Lima Peralta, R. (2019). *Guía de Valoración de enfermería según patrones funcionales de salud de M. Gordon para la usuaria obstétrica y ginecológica*. Enfermería.unison.mx.

<https://enfermeria.unison.mx/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-DE-VALORACION-DE-ENFERMERIA-USUARIA-OBSTETRICA-Y-GINECOLOGICA.pdf>

Rodríguez Puerta, A. (2023). *Marjory Gordon y los Patrones Funcionales (Enfermería)*.

Lifeder. <https://www.lifeder.com/marjory-gordon/>

Ruiz Flores, N., & Martínez Fuentes, J. A. (2016). La enfermera en la baja edad media.

Egle. Revista de Historia de los Cuidadores Profesionales y de las Ciencias de la Salud,

3(4), 27. <https://revistaegle.com/index.php/eglerev/article/view/42/70>

Shamian, J. [Judith S. (2014). El papel de la enfermería en la atención sanitaria. *Revista*

Brasileira De Enfermagem, 67(6), 867-868.

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0867.pdf>

Torres Barrera, S. & Zambrano Lizárraga, E. (2010). Breve historia de la educación de la

enfermería en México. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social,*

18(2), 105-110.

<https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=29756&id2=>

Vega Vargas, A. E. (2015). *Desarrollo socio-histórico y epistemológico de la enfermería.*

Portafolio de Enfermería UCR.

<https://sites.google.com/site/portafolioenfermeriaucr/home>

Wesley, R. L. (1997). *Teorías y modelos de enfermería.* México. McGraw-Hill interamericana.

Young, P., Hortis De Smith, V., Chambi, M. C., & Finn, B. C. (2011). *Florence Nightingale*

(1820–1910), a 101 años de su fallecimiento. scielo.cl.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017

X. ANEXOS

Anexo 1 Carta de consentimiento informado

Carta de Consentimiento Informado

Proceso Atención de Enfermería a una mujer en trabajo de parto

Pasante de LE. Enf. Luz María Hernández Ramírez

Objetivo: (El objetivo general del PAE)

A través del presente documento que se realizó con base a los artículos 20 y 21 del Reglamento de la Ley General de Salud, me permito solicitar de su participación en forma voluntaria para el desarrollo de la práctica de este trabajo académico, solicitando permita la publicación de su situación clínica, así como la toma de fotografías durante la práctica, cuidando el anonimato de su identidad, cabe mencionar que se mantendrá la confidencialidad de la información y que será utilizada sólo con fines de enseñanza aprendizaje.

La práctica se realizará durante su estancia en el área de toco cirugía en el H.G.E. "Dr. José María Rodríguez" en el que se llevará a cabo la realización del Proceso Atención de Enfermería, que inicia con la valoración integral de la persona, hasta la evaluación del cuidado otorgado, teniendo como base el enfoque de parto humanizado.

De igual manera se le brinda la garantía de recibir una respuesta a cualquier duda que se le genere durante la atención en dicha práctica y dando a conocer que tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que esto le genere algún inconveniente para continuar con su cuidado y su tratamiento. También es importante mencionar que su participación no generara ningún costo extra, así como, ningún tipo de

remuneración económica hacia el participante, solo en caso de que se requiriera algún gasto adicional para llevar a cabo la práctica, este será cubierto por el pasante.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

(Fecha)

Yo, Citlalli Dange Cuevas Rosas, manifiesto en pleno uso de mis facultades, que es mi voluntad participar en esta práctica titulada: "Proceso Atención de Enfermería a una paciente en trabajo de parto". Ya que he sido informado de forma clara, de los procedimientos y técnicas que se llevaran a cabo, así como los riesgos que se tienen.

He leído y comprendido la información anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas de manera clara por parte de la pasante de Lic. en Enf. Luz María Hernández Ramírez.

Citlalli Dange Cuevas

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

Luz María Hernández Ramírez

NOMBRE Y FIRMA DE LA PASANTE DE LEO

TESTIGOS

madre María de Lourdes

NOMBRE, FIRMA Y PARENTESCO

Lucía Ojeda Díaz
personal de enfermería

NOMBRE, FIRMA Y PARENTESCO

Anexo 2 Índice de Barthel. Actividades Básicas de la Vida Diaria

Parámetro	Situación del paciente		Puntuación
Alimentación	- Totalmente independiente		10
	- Necesita ayuda para cortar pan, carne, etc.		5
	- Dependiente		0
Lavarse (baño)	- Independiente (entra y sale del baño solo)		5
	- Dependiente		0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse y amarrarse los zapatos.		10
	- Necesita ayuda		5
	- Dependiente		0
Aseo (arreglarse)	- Independiente para lavarse cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.		5
	- Dependiente		0
Deposiciones	- Continencia normal		10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas		5
	- Incontinencia		0
Micción	- Continencia normal o es capaz de cuidarse la sonda en caso de tenerla		10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidarse del a sonda		5
	- Incontinencia		0
Usa el retrete	- Independiente para ir al cuan to e aseo, quitarse y ponerse la ropa		10
	- Necesita ayuda para ir al retrete , se limpia solo		5
	- Dependiente		0
Traslado Sillón - cama	- Independiente para ir del sillón a la cama		15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo		10
	- Necesita gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado solo		5
	- Dependiente		0
Deambulación	- Independiente camina solo 50 metros		15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros		10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda		5
	- Dependiente		0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escalones		10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo		5
	- Dependiente		0
Interpretación	Resultado	Grado de dependencia	Total 100
	Menor a 20	Dependencia total	
	20-35	Dependencia grave	
	40-55	Dependencia moderada	
	60 o mas	Dependencia leve	
100	Independiente		

Nota: Adaptado de *Índice de Barthel. Actividades Básicas de la Vida Diaria.* (2019). [Ilustración]. Guía de valoración de enfermería-usuaria obstétrica y ginecológica. <https://enfermeria.unison.mx/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-DE-VALORACION-DE-ENFERMERIA-USUARIA-OBSTETRICA-Y-GINECOLOGICA.pdf>

Anexo 3 *Evaluación del Estado de Nutrición*

Medición del Índice de Masa de Peso Corporal (IMC Pregestacional).

El IMC es el cociente del peso corporal en kg dividido entre el cuadrado de la estatura medida en m.

Si lo que interesa es el IMC pregestacional, se necesita conocer, con seguridad, el peso pregestacional y la talla.

El IMC se interpreta como sigue:

menos de 18.5 kg/m ²	bajo peso
18.5 a 24.9	peso ideal
25 a 29.9	sobrepeso
30 a 34.9	obesidad leve
35 a 39.9	obesidad media
Más de 40	obesidad mórbida

El IMC no está validado en púberes ni en mujeres con estatura menor de 1.50m y no debe usarse en estos casos.

Un IMC bajo (<18.5) sugiere desnutrición, un IMC alto (25 a <30) revela sobrepeso y un IMC muy alto (30 o más) indica obesidad. Estos valores son indicativos y ameritan estudios más detallados.

La ganancia deseable de peso, durante el embarazo, es:	
Mujeres con IMC bajo	12.5 a 18.0 kg
Mujeres con IMC normal	11.35 a 15.89 kg
Mujeres con IMC alto	6.81 a 11.35 kg
Mujeres con IMC muy alto	4.00 a 9.0 kg

NOTA:

- En adolescentes, se recomienda el límite superior de la ganancia deseable.
- En mujeres pequeñas (<1.50m) se recomienda el límite inferior de la ganancia deseable.

Nota: Adaptado de *Evaluación del estado de nutrición.* (2016). [Ilustración]. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

Anexo 4 *Escala de Bristol*

Escala de Bristol

Tipo 1		Pedazos duros separados. Como nueces (difícil excreción)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa (compuesta de fragmentos)
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas en la superficie
Tipo 4		Con forma de salchicha (o serpiente) pero lisa y suave
Tipo 5		Trozos pastosos con bordes bien definidos
Tipo 6		Pedazos blandos y esponjosos con bordes irregulares
Tipo 7		Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida

Nota: Adaptado de *Escala de Bristol*, de Ultralevura, 2020, <https://www.ultralevura.com/blog/la-escala-de-bristol-que-es-y-cuando-llega-a-ser-diarrea/>

Anexo 5 *Escala de Norton modificada*

Puntos	1	2	3	4
Estado físico general	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
Incontinencia	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna
Estado mental	Estuporoso y/o comatoso	Confuso	Apático	Alerta
Actividad	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total

Puntuación: 20

Interpretación: La puntuación oscila de 1 a 4 para cada uno, con un rango total de la escala de 1 – 20. Un total de 14 puntos o más bajo indica que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas (cuanto más bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor).

Nota: Adaptado de *Escala de Norton modificada*. (2019). [Ilustración]. Guía de valoración de enfermería-usuaria obstétrica y ginecológica. <https://enfermeria.unison.mx/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-DE-VALORACION-DE-ENFERMERIA-USUARIA-OBSTETRICA-Y-GINECOLOGICA.pdf>

Anexo 6 Escala de Crichton

Valoración de riesgo			Puntaje			
Limitación física			0	1	2	-
Estado mental alterado			0	1	2	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo			0	1	2	-
Problema sociocultural			0	1	2	-
Incontinencia urinaria o fecal			0	1	-	-
Déficit sensorial			0	1	2	-
Desarrollo psicomotriz (0-5 años o 65 años)			0	1	2	-
Pacientes sin factores de riesgo aparente				1	-	-
Interpretación	Resultado	Riesgo de caída	Total			
	0-2	Riesgo bajo: cuidados básicos de enfermería	1			
	3-7	Riesgo medio: implementar plan de prevención de caídas estándar				
	8-14	Alto riesgo: implementar medidas específicas				

Nota: Adaptado de *Escala de Crichton*. (2019). [Ilustración]. Guía de valoración de enfermería-usuaria obstétrica y ginecológica. <https://enfermeria.unison.mx/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-DE-VALORACION-DE-ENFERMERIA-USUARIA-OBSTETRICA-Y-GINECOLOGICA.pdf>

Anexo 7 Escala Visual del Dolor



Figura 1: Escala visual numérica para la evaluación del dolor

Interpretación: Se le pide al paciente que marque sobre la línea el punto que indique la intensidad de dolor percibido en ese momento, la intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Nota: Adaptado de *Evaluación del dolor: Escala numérica*, scielo, 2004, https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022004000300004

Anexo 8 Escala de coma de Glasgow

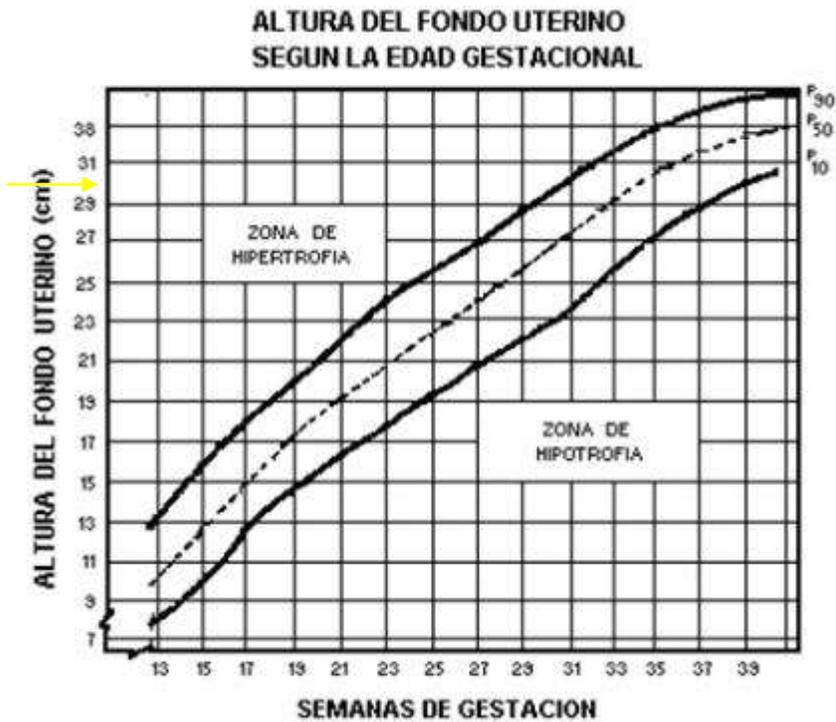
Adultos	
Apertura ocular	Puntuación
Espontanea	4
A la voz	3
Al dolor	2
No hay dolor	1
Respuesta verbal	Puntuación
Orientada	5
Confusa	4
Inapropiada	3
Incomprensible	2
Ninguna	1
Respuesta motora	Puntuación
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retira a dolor	4
Respuesta en flexión	3
Respuesta en extensión	2
Ninguna	1

Interpretación: 13-15 leve
 9-12 moderado
 <9 grave

Anexo 9 Altura de fondo uterino

La altura del fondo uterino, según la edad gestacional, se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino. De acuerdo con los hallazgos encontrados, se clasificará de la siguiente manera:

- **Normal:** Cuando está entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura del fondo uterino, según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.
- **Anormal:** Cuando se encuentra por debajo del percentil 10 o por encima del 90 de la curva. Amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes. En estos casos citar cada 8 días y consultar en forma inmediata con el especialista.



FUENTE: FESCINA, R.N. y COLS ; CLAP ; 1990

Nota: Adaptado de *Altura de fondo uterino*. (2016). [Ilustración]. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

Anexo 10. Técnicas para el manejo del dolor en el trabajo de parto (tríptico)

Masajes

Los masajes pueden ser particularmente útiles para aliviar el dolor durante el trabajo de parto. Usted misma puede frotándose suavemente la espalda baja, justo en la zona lumbar.



Pruebe estos consejos útiles mientras usted y su pareja aprenden a usar los masajes:

1. Calentar el músculo con una toalla muy caliente o con una almohadilla térmica puede ayudar a relajar la tensión
2. Usar aceite o loción puede ayudar a que las manos se deslicen con mayor facilidad por la piel
3. Mantener una mano en el área mientras alcanza el aceite o loción puede mantener su estado de relajación y no perder con-



Técnicas de pujo

**Pujos durante el parto
3 consejos básicos**

1. La madre debe hacer fuerza contrayendo la pared del abdomen y empujando hacia abajo
2. La madre debe empujar al bebé acompañando las contracciones, siempre que sea posible
3. La madre debe tener control de su respiración, inspirando y espirando durante los pujos. Los pujos deben ser realizados al soltar el aire lentamente por la boca.



HP INC.

H.G.E. Dr. José María Rodríguez
Unidad Toco-quirúrgica

**TÉCNICAS PARA
EL MANEJO DEL
DOLOR EN
TRABAJO DE
PARTO**

*Pasante de Lic. En Enf. Luz
María Hernández Ramírez*



¿Qué es el dolor de parto?

El dolor de parto es ocasionado por las contracciones del útero, la presión de sobre el cuello uterino y el estiramiento del canal de parto y la vagina.

El dolor resulta, además, en una respuesta psíquica y se refleja en acciones físicas. El dolor que la mujer siente durante el trabajo de parto es único para cada mujer y es influenciado por varios factores.



Deambulación

Con la deambulación, la satisfacción de la madre respecto al parto aumenta. Su percepción, por ejemplo, de la duración del proceso será menor y por otro lado, le ayudará a implicarse más en su propio parto dándole seguridad y confianza.



Relajación

Respiración abdominal

Al comienzo del trabajo de parto, pruebe la respiración abdominal.

1. Póngase una mano sobre el abdomen justo debajo de las costillas y la otra mano sobre el pecho.
2. Respire hondo por la nariz y deje que el abdomen le empuje la mano. El pecho no debería moverse.
3. Exhale a través de los labios fruncidos como si estuviese silbando. Sienta cómo se hunde la mano sobre su abdomen y utilícela para expulsar todo el aire hacia afuera.
4. Respire de esta manera entre las contracciones o durante ellas. Tómese su tiempo con cada respiración.



Respiración jadeante

1. En cuanto comience una contracción, inspire profundamente por la nariz.
2. Exhale con 2 jadeos cortos seguidos por un soplo más largo. Este tipo de respiración puede describirse como "ji-ji-hoo".
3. Esta respiración en la que se inhala y se exhala jadeando debería durar unos 10 segundos.
4. Repita este tipo de respiración hasta que la contracción se detenga.

Distracción

Usted ha oído la frase "mente sobre la materia". El proceso del parto sin duda demuestra que la mente es una de las herramientas más eficaces para luchando el dolor disponibles.



Las siguientes son algunas maneras que usted puede utilizar su energía mental para centrarse en llevar a su bebé en el mundo:

- ⇒ Escaneo de cuerpo
- ⇒ Relajación progresiva
- ⇒ Imágenes visuales



Anexo 11. *Lactancia materna (tríptico)*

SIGNOS DE ALIMENTACIÓN ADECUADA DEL LACTANTE

- Incrementa su peso de forma adecuada.
- Orina más de 6 veces al día.
- No presenta coloración amarilla ni signos de deshidratación.
- No pierde el 7% o más de su peso al quinto día de nacido (a los 15 días el bebé debe haber recuperado el peso perdido y haber alcanzado el del nacimiento).
- Las mamas de la madre no están rojas o calientes (ingurgitación mamaria).

¿CÓMO HACER ERUCTAR AL BEBE?



The illustrations show a mother holding a baby in three different ways to burp them: 1) holding the baby against her chest, 2) holding the baby against her back, and 3) holding the baby against her stomach. Yellow arrows indicate the direction of the burping motion.



H.G.E. "DR JOSE MARIA RODRIGUEZ"

Pasante de Lic. Enf.
Luz María Hernández
Ramírez

Lactancia Materna



A circular illustration of a woman with long dark hair, wearing a pink top, breastfeeding her baby. The background of the circle is blue and white, suggesting water or a soft environment.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los bebés los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.

Reduce el peso aumentado durante el embarazo.

Fortalece el vínculo afectivo con el bebé.

Reduce el riesgo de depresión post-parto.

Aumenta la autoconfianza.

Disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama y ovario.

No tiene costo.



Para el bebé.



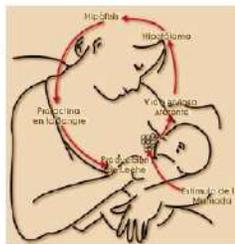
- Fortalece el vínculo afectivo con la madre.
- Aporta los nutrientes para su desarrollo.
- Se digiere con facilidad.
- Fortalece el sistema inmunológico.

Evita cólicos y estreñimiento.

Disminuye el riesgo de padecer obesidad.

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

El rol del bebé es succionar las mamas para inducir la secreción de prolactina y oxitocina.



SEÑALES DE HAMBRE DEL RECIÉN NACIDO

Señales tempranas

- Inquieto
- Abre la boca

Señales intermedias

- Se estira
- Incrementa su movimiento
- Se lleva la mano a la boca

Señales tardías

- Llora
- Movimientos agitados



LACTANCIA MATERNA EXITOSA

- Debe ser a libre demanda: cuando el bebé quiera.
- Vacía los pechos en cada toma.
- Aliméntate según tus necesidades.
- Puedes lactar sentada, acostada o de pie.
- Mientras más se dé el pecho, la producción de leche materna será mayor.

Posiciones para amamantar



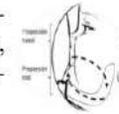
SUCCIÓN EFECTIVA

Se logra con un agarre correcto del bebé al pecho de la mamá, permitiendo alimentar al bebé de forma eficaz sin dañar el pecho ni causarle molestias a la madre.



DEGLUCIÓN DEL LACTANTE

Es el traslado del alimento desde la boca hasta el estómago, con interrupción de la respiración.



La succión y deglución deben ser coordinadas para que la lactancia materna sea exitosa, y la anatomía del bebé está diseñada para ello.

¿CÓMO FINALIZAR LA SUCCIÓN DEL LACTANTE?



La madre sostiene su pecho con una mano, el pulgar de un lado y los cuatro dedos restantes del otro lado del pecho en forma de C. Luego junta su pulgar y cuatros dedos, comprimiendo el pecho.

Anexo 12. Cuidados del Recién Nacido (tríptico)

Aseo del cordón umbilical

- En cada cambio de pañal debe limpiar con un algodón empapado en alcohol puro 70° desde la base del cordón hacia arriba, no le arderá.
- El cordón cae entre los 7 y los 14 días de vida.
- El mal olor y enrojecimiento de esa zona son síntomas de infección.
- Una vez que el cordón se cae y el ombligo ya no sangra, el bebé puede ser bañado sin problema.



Cicatrización del cordón umbilical

ADAM



H.G.E. Dr. José María Rodríguez
Unidad Toco-quirúrgica



CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

▶ Pasante de Lic. Enf. Luz María Hernández Ramírez

Cuidados del recién nacido

Al bebé recién nacido durante su estancia en el hospital, el personal de enfermería ayuda a la madre a su cuidado:



- ♦ Lo mantienen en observación.
- ♦ Lo cambian de pañal.
- ♦ Lo bañan
- ♦ Organizan su horario de alimentación.
- ♦ En ocasiones lo alimentan y hasta lo miman.

Hasta el día del alta, después los padres serán los responsables de los cuidados que requiere.

¿Cómo sostener a un recién nacido?

Un recién nacido se ve muy delicado y pequeño, es por eso que siempre existe cierto reparo sobre cómo sujetar al bebé en brazos.



1. Apoyado sobre tu antebrazo boca abajo
2. Apoyado sobre tu antebrazo boca arriba
3. En posición vertical apoyado sobre tu pecho



Alimentación del RN

La alimentación es a libre demanda, y por lo general, toman de 6—8 veces al día.

El volumen de leche secretada es de 600-800 ml/24hr.

Sentada



Acostada



Invertida



Signos de deshidratación en RN

Signos leves

LABIOS SECOS



POCA ORINA Y OSCURA



PAÑAL SECO



LLANTO EXCESIVO



Signos graves

OJOS HUNDIDOS



LETARGIA



PÉRDIDA DE PESO



CONTRACCIONES MUSCULARES

ICTERICIA



Su piel y mucosas se tornan de color amarillento debido al alto nivel de bilirubina en la sangre, ya que a falta de agua es difícil que la misma se transporte al hígado para su descomposición.

Baño del lactante

- Frecuencia— 2 o 3 veces por semana
- La mejor hora es antes de su comida de la mañana.
- Habitación- procurar que la habitación no sea fría y que no tenga corrientes de aire.
- Lávese bien las manos y límpiese las uñas antes de comenzar.
- Pruebe la temperatura del agua con el codo o termómetro, debe estar tibia.
- Baño debe ser corto, no más de 5 minutos.
- Nunca dejarlo solo.

