

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL TRABAJO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PERSONA CON ALTERACIÓN  
DE LA OXIGENACIÓN, CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

NOMBRE DE LA ALUMNA

**JAEL ALEJANDRA GUTIÉRREZ JIMÉNEZ**

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

**M.E. MARÍA AURORA GARCÍA PIÑA**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



SECRETARÍA DE SALUD  
 Dirección de Educación e Investigación  
 Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud  
 Escuela de Enfermería

"2013; AÑO DE BELISARIO DOMÍNGUEZ"

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN  
 ANEXO 13

**AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO**

**M.C. RAMIRO JESÚS SANDOVAL**  
**DIRECTOR GENERAL DE INCORPORACIÓN**  
**Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM**  
**PRESENTE.**

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Proceso Atención de Enfermería aplicado a una Persona con Alteración de la Oxigenación, con base en el Modelo de Virginia Henderson

Elaborado por:

1. Jael Alejandra Gutiérrez Jiménez Núm. de expediente: 408511537
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

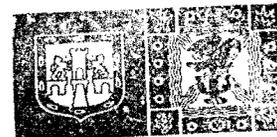
Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta
------------------	---------	--------	----------------

Alumno (s) de la carrera de: Licenciada en Enfermería y Obstetricia  
 Reúne (n) los requisitos para su impresión.

México D. F., a 10 de septiembre de 2013

M.E. María Aurora García Piña  
 Nombre y firma del Asesora

Lic. Enf. Silvia Vega Hernández  
 Nombre y firma del  
 Directora Técnica de la carrera



Secretaría de Salud del Distrito Federal  
 Escuela de Enfermería  
**DIRECCION**  
**CLAVE 3095**  
 Sello  
 de la Institución



## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias primero a Dios por darme la vida y después el amor de esta mi familia que me han apoyado en momentos difíciles y han sonreído conmigo en los felices momentos.

Te doy gracias Dios por dejarme vivir y a ustedes padres por enseñarme a llorar y reír Papá, Mamá nombres tan sencillos de pronunciar pero que siempre enaltecen de orgullo mi hablar, por la fortuna de ser hija suya y con su ayuda mi meta alcanzar.

Hoy es un gran día porque hoy termina una larga jornada de sacrificios y desvelos, hoy quiero que sepan que mi principal motivación a lo largo de todo este tiempo han sido ustedes que confiaron en mí y me alentaron a seguir adelante para lograr esta hermosa realidad mi Formación Profesional.

¡Gracias!

# INDICE

I INTRODUCCION.....	4
II JUSTIFICACION.....	6
III OBJETIVOS.....	7
3.1 General	
3.2 Específico	
IV METODOLOGIA.....	8
V MARCO TEÒRICO	
5.1 Antecedentes y perspectivas del cuidado de enfermería .....	9
5.2 Antecedentes históricos del cuidado de enfermería .....	10
5.3 Definición de enfermería.....	15
5.4. Definición del proceso de enfermería y sus etapas.....	16
5.5 Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson .....	25
VI DESARROLLO DEL PROCESO	
6.1 Presentación del caso clínico.....	32
6.2 Valoración de necesidades.....	35
6.3 Conclusión diagnóstica .....	42
6.4 Jerarquización de necesidades.....	45
6.5 Plan de cuidados .....	47
VII CONCLUSIONES.....	76
VIII SUGERENCIAS.....	77
IX GLOSARIO.....	78
X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	80

## XI ANEXOS

11.1 Instrumento de Valoración.....	85
11.2 Pre eclampsia.....	93
11.3 Puerperio quirúrgico.....	98

## I INTRODUCCION

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es el método sistemático y organizado que nos permite prestar los cuidados individualizados necesarios para la persona de forma prioritaria y lógica según sus necesidades. La realización de dicho proceso requiere de un conocimiento previo de su padecimiento; a su vez de los signos y síntomas específicos de esta.

La función asistencial del personal de enfermería, contempla una atención humanizada, sistemática y de alta calidad, para promover la salud, proteger de enfermedades y participar en la terapéutica requerida a través de la aplicación de cuidados, técnicas y procedimientos generales o específicos de enfermería.

Por lo tanto, el personal de enfermería tiene el compromiso de ser un profesional competente, dotado de sentido social y conciencia nacional para atender las necesidades y problemas de salud que enfrente el individuo, familia o comunidad. Las acciones del personal de enfermería en el campo asistencial, requieren de cuidados específicos basados en elementos teóricos, metodológicos y técnicos.

Las acciones en materia materna infantil, realizadas en los últimos años han contribuido a la reducción en las tasas de morbi- mortalidad materna perinatal. La mayoría de los datos obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser salvados, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de los procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades preventivas las cuales nos ayudaran a combatir la pre eclampsia o por lo menos minimizar el daño llevando una educación primaria adecuada.

El presente trabajo que se realizó con el modelo y la teoría de Virginia Henderson y sus 15 necesidades propuestas con el fin de asegurar que la persona necesita de cuidados para restablecer su salud reciba las intervenciones indicadas e

individualizadas para lograr una homeostasis en sus cuatros esferas Bio-Psico-Social y espiritual.

Gracias a este modelo se priorizaron las necesidades con dependencia para realizar las intervenciones pertinentes y lograr la independencia en la persona.

De aquí radica la importancia de realizar un plan de cuidados para una paciente que permanecía en su domicilio con antecedente de pre eclampsia durante su embarazo actualmente cursando sus primeros días de un puerperio quirúrgico, la cual se valoro con el modelo de Virginia Henderson logrando recolectar los datos para formular una conclusión diagnóstica y un plan de cuidados para todas aquellas necesidades alteradas logrando una mejor recuperación en su salud.

Este trabajo está organizado de acuerdo con las cinco etapas del proceso atención enfermería también se hace mención finalmente los logros que se obtuvieron al llevar este plan de cuidados, se agregó el instrumento que se utilizo para llevar a cabo este proceso así como la historia natural del padecimiento.

## II JUSTIFICACION

La pre eclampsia es un síndrome idiopático heterogéneo multisistémico que se presenta después de la semana 20 de gestación, se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria. Constituye una causa importante de morbilidad materna y perinatal. Se presenta 50,000 muertes maternas a nivel mundial por este síndrome y en países en vías de desarrollo como México y América Latina y el Caribe constituye la principal causa de muerte siendo responsable de una cuarta parte de las muertes maternas.

Es la principal causa de nacimiento pretérmino por indicación médica y cuando se asocia a desprendimiento prematuro de placenta, normo inserta y restricción del crecimiento intrauterino (RCIO) se asocia a elevada morbimortalidad perinatal y secuelas a largo plazo. Se caracteriza por la hipo perfusión tisular generalizada relacionada con una respuesta vascular anormal placentaria que se asocia con un aumento en las resistencias vasculares sistémicas, daño endotelial, cambios metabólicos, consumo plaquetario, aumento en la respuesta inflamatoria y activación del sistema de coagulación.

A pesar de los avances en la medicina, la frecuencia de este síndrome no se ha modificado, ocurriendo del 2 al 10% de las gestaciones Sibai MB et al., (2005); Chandiramani M et al, (2008). La pre eclampsia es una causa principal de morbimortalidad materna y perinatal a nivel mundial, constituyendo una de las primeras causas de muerte materna en nuestro país.

Con base a todo lo anterior me causo una gran inquietud el saber cómo actuar ante la salud de las mujeres o binomio madre-hijo saber valorar, identificar sus necesidades dependientes para así planear y llevar a cabo un plan de cuidados con el objetivo de preservar su salud ante esta enfermedad.

## **III OBJETIVOS**

### **GENERAL**

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una persona con el diagnóstico de puerperio quirúrgico con antecedente de pre eclampsia , en su domicilio durante los meses de Abril , Mayo y Junio identificando las necesidades dependientes con el fin de restablecer su salud hasta un estado de funcionamiento óptimo.

### **Específicos**

- Identificar las necesidades dependientes de la persona de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.
- Realizar un plan de cuidado para cada una de las necesidades alteradas.
- Evaluar cada una de las necesidades afectadas para saber su evolución.

## IV METODOLOGIA

Para llevar a cabo este presente trabajo se tomo la decisión de cursar un seminario de proceso atención de enfermería para la titulación, el cual consto de 14 asesorías en una de las aulas de la Escuela de Enfermería de la Secretaria de Salud del Distrito Federal cada asesoría tenía una duración de 5 horas dando un total del 70 horas totales en las cuales se inicio con la búsqueda de bibliografías (libros, manuales, artículos y revistas) que nos ayudaron a la elaboración de un marco teórico, en segundo lugar se eligió a la persona para la elaboración de este plan de cuidados.

La primera etapa de la valoración se recabó toda la información acerca de la persona esta fue tomada por medio de una entrevista en su domicilio utilizando el formato de la Valoración de Virginia Henderson, donde se describen cada una de las necesidades de la persona, esta etapa se llevo a cabo en varias revaloraciones con una duración de aproximadamente 2 horas cada una de ellas.

Se estructuraron los diagnósticos de enfermería posteriormente se planeó cada una de las actividades encaminadas al mejoramiento de la persona esta etapa se llevo a cabo con la ayuda de los libros de NIC y NOC en donde busca cada intervención de acuerdo a la etiqueta de nuestro diagnostico, se registra cada actividad en el formato posteriormente se realizaron las intervenciones y actividades propuestas en el plan las cuales en su mayoría si favorecieron en su estado de salud pues esta persona tuvo mucha voluntad para lograr en conjunto con su familia un avance.

Todo este proceso se realizo en un borrador utilizando hojas, formatos y libretas; finalmente se transcribió toda la información en la computadora caon las características solicitadas.

## V MARCO TEÓRICO

### 5.1 Antecedentes y perspectivas del cuidado en Enfermería

Diferentes teóricas dan su concepto del cuidado y este nos dice que el cuidar no es solo dar cuidados o el cumplir por hacer si no familiarizarnos con un individuo saber sus valores, sus creencias, sus pensamientos y su religión para saber cómo acercarnos y poder ayudarlo brindando cuidado profesional como enfermeras logrando así su completo bienestar físico, biológico y social. Es por ello que la enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio real y educativo de la enfermería Carpetino, (1988).

El primer intento de sistematización de la noción de cuidado se ubica en el Siglo XIX, con el trabajo de Florence Nightingale (1969), en su libro Notas sobre Enfermería, donde se refiere a las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos. Para Nightingale “cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”

Vale la pena mencionar que el siglo XIX se caracterizó en el área de salud por la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas lo que ayuda a comprender la importancia en el medio ambiente y la influencia de la naturaleza expresada por Nightingale.

Durante las décadas del Treinta y Cuarenta del Siglo XX, Virginia Henderson desarrolló una propuesta con el objetivo de definir la función de la enfermera. Esta autora en un análisis histórico que publica sobre el plan de cuidado de enfermería, reconoce que desde los años Veinte algunas enfermeras elaboraban proyectos referentes al diseño de planes de cuidado. La salud hacia principios del siglo XX

era definida como ausencia de enfermedad. El cuidado por lo tanto se orientó hacia la resolución de problemas, deficiencias.

En la segunda mitad del siglo, el concepto se amplía considerando el contexto para comprender y explicar la situación de salud individual o colectiva y el cuidado se lleva a cabo para contribuir a recuperar la salud, prevenir la enfermedad, fomentar el mantenimiento de la salud. El cuidado se da a partir de la identificación de la necesidad de ayuda considerando las percepciones e integralidad de la persona.

## **5.2 Antecedentes Históricos del Cuidado en Enfermería**

El siguiente apartado se van a encontrar las definiciones y conceptos que definirán el Proceso Atención de Enfermería es decir conocer sus antecedentes históricos hasta lo que es enfermería como disciplina actualmente.

Hernández C. (1995) , refiere las siguientes etapas para conocer los hallazgos más sobresalientes de la historia de enfermería:

**La Sociedad Primitiva** es la primera etapa donde se delega a la mujer los cuidados de supervivencia, es decir en esta etapa se trata de dar el cuidado ayudándonos unos a otros, aquí las mujeres jugaban el papel principal en la historia ya que estas se encargaban de brindar los cuidados paulatinamente a los enfermos mientras que los hombres se mantenían al tanto de llevar la comida a sus hogares pues estos se dedicaban al campo, la pesca y la caza de animales para poder sostener a toda la comunidad.

En esta etapa la mujer primitiva era la gran líder pues transmitía todos sus conocimientos empíricos de generación en generación, utilizando elementos mágico-religiosos plantas y hierbas para así curar a las personas enfermas denominando esto como cuidados domésticos institucionales.

Hernández C.( 1995) menciona que durante el **Periodo Clásico** que es la segunda etapa se brinda el cuidado dentro del entorno familiar y en templos, aquí la mujer hechicera madre de familia quien era la encargada de socializar con las otras mujeres de la comunidad ampliando el conocimiento intuitivo e institucionalizado. Alrededor de cada mujer de la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y los aceites para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal para así transmitir el bienestar.

La tercera etapa es el **cristianismo** que este toma su auge en el siglo I, donde las prácticas sociales dan origen a las matronas (mujer partera). Con la aparición del cristianismo la salud adquirió una nueva interpretación. Velázquez (2001), menciona que la sociedad cristiana atribuyo la salud y la enfermedad a los designios de Dios. El valor religioso de la salud que impero se denominó por la convicción del pensamiento de que la enfermedad era una gracia del todo poderoso: el que sufre es un elegido de Dios.

Aquí aparece la figura de una mujer cuidadora a la que se le hace llamar “mujer consagrada”, quien era la encargada de brindar el cuidado a los enfermos de los hospitales porque ya no eran casas; se brinda el cuidado de manera caritativa es decir las mujeres más ricas del pueblo o ciudad ayudaban a la población dando dinero o propiedades para establecer hospederías donde se pudieran realizar los cuidados a los enfermos.

La enfermería de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia; y al transcurrir el tiempo se le da el nombre de las matronas quienes se encargaban de llevar el cuidado de una mujer embarazada hasta su alumbramiento dentro del hogar de las embarazadas.

Para el siglo XVII en la etapa de la **Concepción Nightingale**, según Hernández (2001), menciona que el enfoque de salud antes era la ausencia de la enfermedad, se ha pasado a un concepto más completo entendiendo la salud como un proceso integral y no como un estado. Desde esta perspectiva la atención a la salud supone la intervención de diferentes profesionales que, integrados en un equipo multidisciplinario atiendan de forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva.

Se profesionaliza la enfermería por que existe un grado académico para poder ejercer la profesión., así la explosión demográfica aumenta y por ende crecen los hospitales bajo las necesidades de los enfermos.

Arriata C. (2003) refiere que en 1864 las enfermeras estudiaban 3 años adiestrándolas como estudiantes y se centraban en el cuidado de los enfermos, el hospital – escuela es la mejor forma para una preparación ya que era de 3 años la formación académica, se trabajaba en el primer nivel y había adquisición de fármacos y aquí las enfermeras cumplían solo órdenes de médicos de guardia.

En esta etapa se consideran aspectos biológicos, psicológicos y ambientales en donde la orientación de los hechos y centrada en la investigación para buscar la naturaleza de sus hechos, orientación centrada en que las enfermeras formen otras enfermeras y que esta misma administre sus actividades. La visión social de la enfermera debe de ser: investigadora, profesional, educadora y cuidadora.

En el siglo V y VII en la enfermería hubo un retroceso sin embargo a nivel social hubo un gran avance pues se da el comienzo de la revolución industrial se caracterizó por la expansión de las industrias textiles y bienes de equipo que contribuyeron de forma importante a mejorar las condiciones de vida como la creación de servicios fuera de las viviendas: agua, alcantarillado y suministro de gas y alumbrado. Por otra parte, la revolución en los medios de transporte confirió un aumento en la intensidad y velocidad de las comunicaciones y disminución de las tasas de analfabetismo.

Aunque la mejora de las condiciones laborales y salariales contribuyeron notablemente al bienestar y salud general de la amplia clase obrera; esta población se concentro alrededor de las fabricas y de las ciudades, construyéndose las casas apiñadas y sin tener en cuenta los mínimos aspectos de salubridad. Esta fue una de las consecuencias más visibles de la industrialización.

En este entorno los hábitos higiénicos constituyeron uno de los grandes retos del siglo para la salud, no es de extrañar que en su obra Nightingale señalara los puntos que consideraba necesario para la salubridad de las viviendas.

En cuanto a la situación de la mujer se daban dos tendencias aparentemente contradictorias, por un lado la sociedad esperaba que la mujer mantuviera su rol pasivo y dependiente y por otro la creciente demanda femenina de emancipación.

En este contexto fue en el que creció y se desarrolló Florence Nightingale (1820-1910 A.C), una mujer de mentalidad científica, con un valor y empuje extraordinario que cambiaron la concepción de la Enfermería. Nightingale dice que La Enfermería se había basado en una idea de arte y no de ciencia, pero la impotencia de los cuidados la llevo a rechazar las orientaciones que, durante siglos, habían paralizado la disciplina, y a desear y propugnar su integración en un sistema interdependiente, que le permitiese elaborar, en el futuro y dentro de los límites de la ciencia, una síntesis doctrinal.

La escuela Nightingale pretendía preparar enfermeras de hospital, enfermeras visitadoras y enfermeras docentes, en ella se cursaban tres años de formación y sirvieron de modelo para otras. De esta escuela surgieron líderes de la Enfermería que se dispersaron por países extranjeros, difundiendo de esta forma la nueva enfermería.

Hay que destacar que el progreso en los estudios de Enfermería en Estados Unidos, se debió en gran parte a la sólida formación de las mujeres que

participaron como enfermeras voluntarias en la guerra de Secesión, lo que propició la buena acogida de la concepción Nightingale.

Esta escuela supone la consideración de la enfermería como una opción profesional, con un contenido específico por investigar.

Aglutinó el contenido de los cuidados derivados de las órdenes religiosas, del voluntariado y de las incipientes escuelas de adiestramiento, e incorporo connotaciones militares y religiosas. es suya la idea de una formación programada y sistémica, impartida por enfermeras de formación superior, alejadas de la ignorancia y desidia en que se habían instalado los cuidados en los siglos precedentes y el contexto protestante, en el que la desigualdad de sexo, junto a una articulación social basada en la dualidad esfera-pública/esfera-privada, polarizaban la realidad histórica del momento, tanto para las mujeres como para la enfermería.

Por último la etapa del **Modernismo**, comienza en el siglo XX, donde la salud se considera como un fenómeno de tipo psico-biológico-social de equilibrio de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social. En este concepto de salud hay tres aspectos a considerar un componente subjetivo (bienestar), otro objetivo (capacidad para la función) y un tercero de psicosocial (adaptación social del individuo). Aquí las enfermeras han tenido que ampliar el campo de la actuación que les era propio de estar a lado de la cama del enfermo. En la actualidad el cuidado enfermero integra un conjunto de actividades para propiciar cualquier bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno.

Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos y las enseñanzas se incluyen en la universidad y la licenciatura; las máquinas has suplido nuestras funciones, también aparecen teorías y modelos de enfermería americanos, el de la enfermera

debe ser competente, actualizados y certificados para poder participar en organizaciones NANDA (North American Nursing Diagnosis Association Internacional).

### **5.3 Definición de enfermería**

Es una profesión, una vocación, inclinación o disposición a ejercer una disciplina o carrera. Por lo general la profesión recurre a la ciencia y a otras fuentes del conocimiento, pero tiene bien definidos y clasificados los conocimientos propios. Pertenece a un grupo homogéneo organizado, cuyos miembros obedecen ciertas normas de conducta impuestas por la autoridad de un grupo profesional, utilizan un lenguaje común y desempeñan un servicio a la sociedad.

Los criterios para identificar una profesión: según Ledesma, P. (2002) son:

1. Es intelectual: se basa en conocimientos
2. Es práctica y dinámica; conlleva a la responsabilidad personal.
3. Es académica: requiere de un periodo relativamente extenso de formación.
4. Tiene habilidad técnica basada en principios generales.
5. Tiene bases éticas que norman la práctica.
6. Tiene organización interna: pugna por mejorar el servicio-
7. Tiene autonomía: el control se genera con elementos propios de regulación.
8. Es eminentemente social: por la calidad del servicio.

Ledesma. P. (2002) refiere que la enfermería es una profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas.

Se ha considerado como arte, ciencia y profesión. Como arte porque requiere y cuenta con un conjunto de habilidades, que depende del sello personal de quien las realice. Como ciencia, porque requiere de los conocimientos de la propia disciplina. Mucho se ha discutido al respecto, y que puede aseverarse que la enfermería ya posee un cuerpo cognoscitivo uniforme y sistemático relativo a hechos o verdades; su desarrollo teórico conceptual se lleva a la práctica, pero

aun se tiene que trabajar en forma sistemática, ordenada y consensual para buscar, confirmar y clarificar nuevos conocimientos. Como profesión, la enfermería requiere del conocimiento y apoyo de las ciencias físicas, biológicas, sociales y médicas; no obstante debe demostrar su capacidad de grupo, para reafirmar sus principios de solidaridad, que la caracterizan como identidad profesional independiente.

La enfermería como profesión requiere de un trabajo especializado, mediante la aplicación de conocimientos específicos, debe ser práctica, académica, debe incluir procedimientos uniformes basados en principios generales, debe tener bases éticas, organización interna y autonomía, de igual forma debe ser social bajo los principios establecidos por una autoridad reconocida; y como profesión, requiere una guía moral para cumplir con el fin primordial de servir al bien común, mejorar la salud de nuestro pueblo y prolongar la vida del hombre.

La finalidad de enfermería es el cuidado de la salud individual, familiar y colectiva, por lo que enfocara sus acciones a investigar y analizar las causas reales que provocan enfermedades, sobre todo en las clases trabajadoras y las menos protegidas, que forman la mayoría de los habitantes: lograr la participación de la comunidad en la detección de sus necesidades y problemas en la selección de alternativas para solucionarlas; asimismo, ayudar al grupo familiar a reconocer su responsabilidad, como unidad social, de contribuir al bienestar de su propia familia y de los demás; refrendar su papel en la atención del usuario, respetarlo como ser humano, biológico, pensante y capaz de sentir y participar a través de sus funciones específicas, en la dinámica que facilite el progreso individual, familiar y comunitario.

#### **5.4 Definición del proceso de enfermería y sus etapas**

Alfaro R. (1999); señala que el proceso es un método sistemático y organizado de administración de cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del persona a las alteraciones de

salud reales o potenciales. En la década de 1960 se pensó que el proceso enfermero constaba de cuatro etapas: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Sin embargo poco después de la primera descripción del proceso enfermero, las líderes en enfermería reconocieron que los datos de la valoración debían ser agrupados e interpretados antes de que las enfermeras pudieran planificar, implementar o evaluar un plan para ayudar a las personas.

Es por ello que poco después, En los años 70's se consideraron cinco etapas para llevar a cabo el proceso de enfermería.

La primer etapa y la más importante es la **Valoración** según Carpenito L., (1988), refiere que esta etapa fundamental para llevar un buen proceso enfermero ya que de ella depende que nuestro trabajo este bien; esta consiste en la recopilación y organización de datos que conciernen a la persona, familia y entorno.

Los objetivos de la valoración enfermera son:

- ❖ Centrarse en los datos necesarios para identificar las respuestas y experiencias humanas.
- ❖ Realizar en colaboración con la persona, familia o la comunidad siempre que sea posible.
- ❖ Los hallazgos estén basados en la investigación y otras evidencias.
- ❖ Establecer planes de cuidados y actuar para prevenir o minorar la enfermedad.

Weber y Nelly, (2007), comentan que la valoración de los individuos consta de una historia de salud (datos subjetivos) y un examen físico (datos objetivos).La valoración de las familias consiste en la obtención de información específica de la familia y la observación de las interacciones familiares. La valoración de las comunidades consiste en obtener información de informantes clave dentro de la comunidad y los estadísticos Anderson y McFarland,( 2006).

Hay dos valoraciones que se hacen para generar diagnósticos enfermeros precisos: globales y focalizadas. **Las valoraciones globales** cubren todos los aspectos de un marco de valoración enfermera, como las 14 necesidades de Virginia Henderson de salud para determinar los estados de salud de la persona, la familia o la comunidad.

**La valoración focalizada** se centra en puntos o cuestiones concretas, como el dolor el sueño o el estado respiratorio; esta se realiza cuando es preciso explorar más profundamente síntomas específicos o algo provoca un aumento del riesgo de aparición de un problema concreto.

Los marcos para la valoración necesitan ser suficientemente amplios para obtener datos que guíen los cuidados enfermeros para la promoción, prevención y la recuperación de la salud. Un marco de valoración enfermera ampliamente usado para generar diagnósticos enfermeros precisos son los patrones funcionales de salud (Gordon, 2007). Este marco incluye las 14 necesidades de Virginia Henderson de las personas, familias o comunidades.

Los principios deberían incluir:

- ❖ La hipótesis diagnósticas son consideradas a lo largo de todo el proceso de valoración y se usan junto con la guía formal de valoración para generar los datos necesarios para los diagnósticos.
- ❖ Es una valoración global, los diagnósticos no se dan por finalizados hasta haber completado la valoración.
- ❖ Cuando sea posible, la persona, la familia o la comunidad deben estar implicadas desde el principio hasta el final en los procesos de valoración y diagnóstico.

Para confirmar o excluir los diagnósticos sometidos a consideración, pueden obtenerse claves adicionales focalizando las preguntas con el fin de obtener datos

para uno o más diagnósticos. La recogida focalizada de datos concluye cuando la enfermera sintetiza los datos disponibles y selecciona uno o más de los diagnósticos que están siendo considerados, excluye todos los diagnósticos considerados o los revisa para incorporar otros nuevos. Esta recogida continua hasta que el grupo de diagnósticos revisados es confirmado o excluido mediante las evidencias de apoyo.

**Diagnostico** es la segunda etapa del proceso de acuerdo con la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association Internacional) 2009-2011, nos refiere que es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud, reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros se obtienen al valorar cada una de las necesidades del individuo y según Carpenito (1995) los clasifica como:

- a) Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Consta de tres partes: Formato PES: Problema (P) + Etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S).
- b) Salud: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz.
- c) Alto riesgo o potencial: Es un juicio clínico de un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Esta etapa se lleva a cabo mediante el procesamiento de datos que se han obtenido en la valoración donde las enfermeras deberán de desarrollar habilidades y actitudes para llegar a construir un buen diagnóstico de enfermería. Para la

elaboración de diagnósticos, la enfermera debe tener un conocimiento teórico, experiencias, habilidades, intuición, capacidad y aptitud para reunir todos los datos.

Componentes aceptadas por la NANDA, para estructurar los diagnósticos de enfermería:

- Etiqueta descriptiva o título.
- Definición
- Características definatorias.
- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo.

Según la taxonomía NANDA, para la formulación de los diagnósticos es unificar un lenguaje, definir un plan de cuidados, un resultado esperado y las intervenciones. La nueva taxonomía se divide en tres niveles: dominios, clases y etiquetas diagnósticas. Un dominio es una esfera de actividad, estudio o interés (Roget, 1980), una clase es una subdivisión de un grupo mayor, una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado, Roget, (1980). Esta taxonomía, es un lenguaje enfermero puesto que indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología propia a la profesión.

En la tercera etapa del proceso enfermero que es la **Planeación** se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como la promoción para la salud.

Dentro de esta fase se tienen como objetivos: promover la comunicación entre el quipo multidisciplinario, dirigir los cuidados y documentarla, crear registros para utilizarlos en la evaluación, investigación y propósitos legales.

Los componentes del plan de cuidados que deben considerarse como mínimo son: Objetivos, Diagnósticos de enfermería, Intervenciones de enfermería y la Evaluación.

El plan de cuidados de enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del persona/ cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, intervenciones y la evaluación. Este consta de cuatro partes: determinación de prioridades, establecer los objetivos esperados, determinar las intervenciones de enfermería y finalmente el registro del plan.

Tipos de planes de cuidados:

**Individualizado:** permiten documentar los problemas del persona, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un persona concreto, este se tarda más tiempo en su elaboración.

**Estandarizado:** es un protocolo específico de cuidados, este está apropiados para aquellos personas que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnostico concreto o una enfermedad.

**Computarizado:** estos requieren la información previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados y nos permiten la individualización a un persona concreto.

Dentro de la planeación las actividades de enfermería son las acciones o intervenciones específicas que van a ayudar a la persona a lograr los resultados esperados y pueden agruparse en dos categorías:

- Interdependientes: son aquellas actividades que realizamos con ayuda de otro personal profesional como médicos, especialistas, laboratorio, equipo de gabinete, rayos entre otras.
- Dependientes: aquellas actividades que le brindamos individualmente a nuestra persona.

**Ejecución** es la cuarta etapa del proceso enfermero donde se establecen prioridades, se ejecutan las intervenciones y se valora si es necesario finalizando con los registros de enfermería con base a un marco legal. El objetivo de esta

etapa es realizar las intervenciones a la persona de forma holística, considerando los aspectos ético legales durante el proceso.

Para llevar a cabo esta etapa se recomienda realizar cinco preguntas generadoras las cuales nos llevaran a la obtención de nuestro objetivo.

**La elección de intervención de cuidados**, se realiza una vez que se ha planeado e iniciado las intervenciones, existe un informe de quien lo planeó o ejecutó, y se realiza leyendo los registros; el informe debe ser objetivo, relevante tener escritos en donde se anote información organizada, de antemano esto permite fijar las prioridades.

Alfaro L. (2003), refiere que para poder fijar prioridades se deben llevar los siguientes pasos ver figura 1.

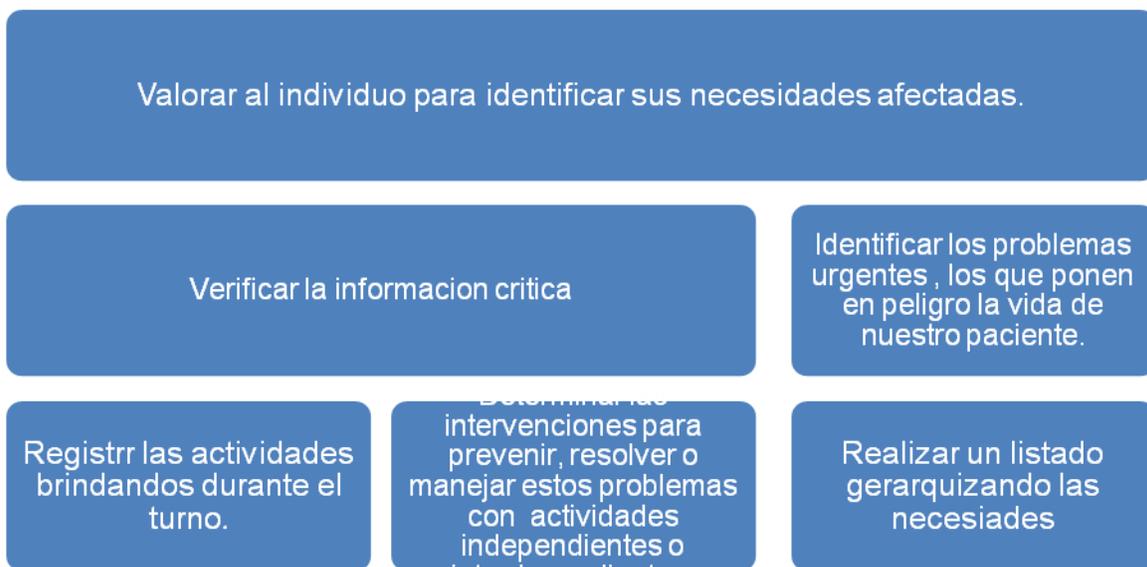


Figura 1.

Esta serie de pasos nos van a permitir organizar, priorizar las tareas y darle seguimiento a los cuidados planeados o bien revalorar y direccionar las intervenciones.

Kozier, Erb (2008), menciona que la realización de las intervenciones significa estar preparada para ejecutar las intervenciones, determinar las respuestas y así poder hacer los cambios necesarios en el plan de cuidados.

En la realización de las intervenciones dependientes es importante asegurar la intimidad de la persona y en las intervenciones interdependientes el personal de enfermería deberá acompañarle y explicarle a la persona el procedimiento.

Durante este paso debemos considerar:

- Basar las intervenciones con conocimiento científico, investigación, modelos, así como efectos adversos y complicaciones que puedan surgir a su realización.
- Adaptar las actividades según sea la persona.
- Actuar con seguridad en las actividades a realizar.
- Proporcionar apoyo, educación y bienestar.
- Respetar la dignidad brindar ánimo a las personas y familia.

**Las consideraciones ético legales al brindar el cuidado** se debe de ser responsables legalmente, es decir proteger los derechos de nuestra persona. Derechos como: integridad, autonomía, privacidad y fidelidad estos derechos se van a lograr si el personal de enfermería es responsable, solidario, honesto, entabla un dialogo pero sobre todo establece una empatía con el usuario.

Respecto al registro de datos en la etapa de ejecución, Alfaro (2003) refiere que debemos de anotar en nuestros registros de enfermería las valoraciones, intervenciones y las respuestas del usuario considerando los datos objetivos así como los subjetivos,

Las formas para registrar estos datos van hacer utilizando tecnicismos para llevar a cabo registros computarizados; para llevar a cabo estos registros debemos de tomar en cuenta el estado de la persona que intervenciones se le van a realizar la

respuesta o resultados observados y por último la capacidad para llevar a cabo cuidados domiciliarios.

Algunas reglas para llevar a cabo los registros, según Alfaro (2003), son el uso nemotécnico para el registro de enfermería:

VIRA donde:

V	Valoración
I	Interpretación
R	Respuesta
A	Acción

Y DAR donde:

D	Dato
A	Acción
R	Respuesta

Por último cuál considera usted que sea la información como enfermera debe de dar al brindar al cuidado de forma holística, al brindar información a los personas es hacerlos participar en sus cuidados, así como también a los familiares hay que hacerlos participes del cuidados según como lo dice el modelo Henderson y con esto podemos observar el rol del equipo multidisciplinario y de la familia.

La NANDA (2009- 2011), refiere que el propósito de la quinta etapa que es la **Evaluación** considera evaluar el progreso hacia las metas identificadas en el proceso enfermero. Evaluación es una actividad planificada, continua y con el fin de que las personas y los profesionales sanitarios determinen el progreso del mismo hacia los objetivos esperados y la eficacia del plan.

El objetivo principal de la evaluación dentro del proceso enfermero es realizar la evaluación de los cuidados de enfermería brindados a la persona conociendo el logro de los objetivos planteados, las etapas del proceso y satisfacción de las necesidades.

Esta etapa se retroalimenta a otra etapa o bien se inicia desde la valoración ya que si nuestra valoración está mal empleada las siguientes etapas estarán por consiguiente mal y de nuevo se tiene que retroceder a la primera etapa que es valoración en donde debemos de determinar si hay cambios en el estado de salud y asegurarse de que todos los datos son exactos.

En conclusión el proceso de enfermería es cíclico y por tanto permite como metodología brindar el cuidado al individuo, familia o comunidad.

### **5. 5 Conceptos básicos del Modelo de Virginia Henderson**

Lluch C. (2004), menciona que las teorías y los modelos de enfermería, describen, explican y predicen como los cuidados de enfermería son susceptibles a afectar al individuo o de entrar en interrelación con él o con su entorno, para conseguir objetivos precisos relacionados con su estado de salud. Sin embargo Wesley (1997); refiere que los modelos y la teorías proporcionan información sobre: las definiciones de enfermería y de la misma práctica; los principios que forman la base para la práctica y las metas y funciones de la enfermería. Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Ann Marriner; (1989), refiere que los modelos permiten la manipulación de los conceptos sobre el papel, antes de someterlos a la verificación del mundo real. Pero para enfermería que significa contar con un modelo: García (2002), menciona que un modelo de enfermería es el conjunto de conceptos, ideas,

enunciados y supuestos que se han generado en enfermería para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

## **5.6 Conceptos y definiciones de Virginia Henderson**

Navarro M. (2003), menciona que Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri. Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

Durante su estancia entre el profesorado del Teacher College revisó la cuarta edición del libro of Principles and Practice of Nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

Fernández M., (2003), refiere que el modelo conceptual de Virginia Henderson nos da una visión clara de los cuidados de enfermería ya que esta se sustenta en las necesidades básicas del ser humano y estas necesidades son requisito para enriquecer el desarrollo del individuo.

En su modelo Henderson hace mención a **principales supuestos** los cuales son:

- La persona es un todo complejo con sus 14 necesidades.
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo, no es independencia.

- Cada individuo es una totalidad compleja, un ser biopsicosocial que requiere satisfacer necesidades fundamentales.
- La salud es la calidad de vida.
- Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud.
- Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente, como menciona García González, (2007), que el termino independiente significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud.
- La enfermera tiene una función propia aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales; esto quiere decir que la enfermera se orienta a su práctica según el modelo y tendrá una identidad profesional en concreto.

Así como también Henderson menciona sus **afirmaciones:**

- Relación enfermera-persona

La cual nos menciona que la enfermera ante el persona realiza funciones como sustituta, ayudante y compañera.

La enfermera no solo debe valorar las necesidades del persona; también debe conocer las características y los estados patológicos que las modifican. Henderson señalo que debe ponerse en el lugar de todos sus personas para saber cuáles son sus necesidades y saber cómo se sienten ellos ante esa situación por lo que define que los cuidados básicos son el conjunto de intervenciones, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional, dirigidas a satisfacer las necesidades de la persona. Hay que mencionar que una necesidad no significa carencia si no un requisito.

Independencia: nivel óptimo de desarrollo potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

Dependencia: desarrollo insuficiente del potencial de la persona, por falta de fuerza conocimientos o voluntad que dificulta o impide la realización de las actividades para satisfacer necesidades básicas.

Autonomía: es la capacidad física e intelectual de la persona que le va a permitir satisfacer las necesidades básicas mediante acciones que realiza por sí misma.

- Relación enfermera- médico

Para V. Henderson, el plan de cuidados no solo es llevado por enfermería si no que también forma parte del equipo médico, el cual nos debe hacer un plan terapéutico escrito para que este se lleve a cabo y así cubrir las necesidades del individuo.

- La enfermería como parte del equipo sanitario.

La enfermera trabaja en coordinación con otros profesionales de la salud. Todos los miembros del equipo colaboran unos con los otros para llevar a cabo el programa completo de cuidados. Henderson afirmó: ningún miembro del equipo deberá hacerle una petición demasiado exigente a otro miembro, de modo que este no pueda realizar sus propias tareas.

En segundo lugar también se sintió impulsada por su implicación como miembro de una comisión en una conferencia regional de National Nursing Council estadounidense en 1946. El trabajo de su comisión se incorporó en el informe de Esther Lucile Brown de 1948. Nursing for the Future. Henderson afirmó que este informe representaba su punto de vista modificado por las ideas de los demás miembros del grupo. Finalmente la investigación de 5 años de la ANA sobre la función de las enfermeras acabó de despertar el interés de Henderson por

elaborar una definición ya que no estaba totalmente satisfecha con la que la ANA adopto en 1955.

Henderson califico su trabajo como una definición más que una teoría ya que en esta época las teorías no estaban de moda. Describió su interpretación como la síntesis de múltiples influencias, algunas positivas y otras negativas. En *The Nature of Nursing*, mencionó a las siguientes personas que habían influido durante sus primeros años como enfermera.

Masson (1998), refiere que Henderson define los siguientes conceptos:

### **Enfermería**

Definió la Enfermería en términos funcionales afirmo; “La función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación y que este podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. Así mismo es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

### **Salud**

Henderson estableció una definición propia de salud pero en otras obras utilizaba salud como sinónimo de independencia. En la sexta *The Principles and Practice of Nursing* menciona muchas definiciones de salud procedentes de varias fuentes entre ellas la de la Organización Mundial de la Salud consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por si misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida.

## **Entorno**

De nuevo Henderson no realizó una definición de entorno por el contrario utilizó la definición de Webster's New Collegiate Dictionary. 1961 que definía el entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

## **Persona**

Henderson decía que el persona era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila.

La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma el persona y su familia son una unidad.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la teórica identifica 14 necesidades fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.

En 1956 Henderson propone 14 necesidades básicas del individuo y las clasifica como: Fisiológicas, Aspecto y pertenencia, Seguridad y Autorrealización.

Y estas necesidades comunes a toda persona, enferma o sana, son:

1. Oxigenación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación
4. Moverse y mantener buena postura
5. Sueño y descanso.
6. Prendas de vestir
7. Termorregulación.
8. Mantener la higiene.
9. Evitar los peligros
10. Comunicarse
11. Vivir según sus valores y creencias.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprendizaje
15. Sexualidad

## VI DESARROLLO DEL PROCESO

### 6.1 Presentación del caso clínico

Nombre: R.M.Y.B	Edad: 21 años	Talla: 1.68cm
Fecha de nacimiento: 21 de Marzo 1992		Sexo: Femenino
Ocupación: Hogar	Escolaridad: Preparatoria trunca	Fecha de admisión: 22 de Marzo 2013
Hora: 18:00 horas	Procedencia: Domicilio	Fuente de información: Directa
Fiabilidad: (1-4): 3	Miembro de la familia/ persona significativa: Hija, Madre y Esposa.	

Se trata de una femenina de 21 años de edad vive en unión libre, nació el día 21 de Marzo de 1992; ella se dedica al hogar jugando el papel de esposa e hija, contando con una escolaridad de bachillerato trunca. La fecha en que se realizó la primera valoración fue el día 22 de Marzo del presente año a las 21 horas aproximadamente, donde la fuente de información fue directa con un interrogatorio verbal así como también se tomaron algunos datos del expediente clínico.

Recabando los datos se notó una fiabilidad de 4 puntos pues la información fue directa y observada. Se le realizó una valoración general de enfermería en su domicilio encontrándose con los siguientes signos vitales T/A 140/90 mg/Hg, 86 pulsaciones por minuto y 23 respiraciones por minuto contando con un peso de 80 kilogramos y una estatura de 1.65cm.

A la valoración la necesidad de oxigenación se encontró afectada ya que su estado circulatorio tiene un riesgo de perjudicar el sistema renal debido a que si existiera alguna complicación con la pre eclampsia, también se localizó dolor en extremidades inferiores debido a la formación de varices tortuosas.

La siguiente necesidad afectada fue la eliminación en donde se encontró un aumento de volumen de líquidos, lo que originó anasarca en la paciente así como también provocó que la presión sanguínea se mantuviera en cifras elevadas.

En la necesidad de descanso y sueño se vio alterada pues la persona juega un papel muy importante por el momento, que es el cuidar de su recién nacido día y noche, lo que le origina un descontrol total en su horas de sueño, lo que por consecuencia también influye en que su nivel de estrés sea más alto ocasionado que la hipertensión persista.

Una de las necesidades alterada que ocasiona desequilibrio en su salud es su estado nutricional ya que el peso corporal que se encuentra por arriba de los parámetros normales. En cuanto a su higiene y protección de la piel tiene dependencia por el momento la persona se encuentra con herida quirúrgica.

En la necesidad de moverse y mantener una buena postura, el dolor de la herida quirúrgica le causa una gran incomodidad, así como una discapacidad para lograr realizar sus actividades diarias, otra de las necesidades afectadas es el trabajar ya que la persona se muestra tranquila en todo momento de la exploración pero refiere sentir inquietud y ansiedad por querer contribuir económicamente en su hogar pero la imposibilita su estado de salud.

Respecto a la necesidad de participar en actividades recreativas, se observo que la persona no tiene una distracción como tal, ocasionando en ella un aburrimiento; en cuanto a su entorno familiar se muestra un déficit de comunicación con los miembros de su familia.

Por último, al respecto su sexualidad y reproducción, se notó afectada debido a una lactancia materna ineficaz, debido a la prematurez de su recién nacido.

En el plan de cuidados se trabajo principalmente en la necesidad de oxigenación pues esta causo mas dependencia y esta necesidad desencadenaba más

problemas en las siguientes necesidades, a la ejecución de los cuidados se logró tener una gran mejoría en todas sus necesidades dependientes.

## **6.2 VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES**

### **1.- OXIGENACION**

A la exploración física, se obtienen signos vitales de tensión arterial de 140/90mm/Hg, pulso de 86 por minuto, respiración superficial de 23 por minuto, palidez de tegumentos, con un llenado capilar de 2 a 3 segundos. Presenta edema de miembros superiores (+) refiriendo parestesia en mismas, también presenta edema en miembros inferiores (++).

Los resultados de laboratorio muestran triglicéridos de 283mg/dl, urea, creatinina y glucosa se encuentran dentro de los parámetros normales.

Refiere agitación al realizar sus actividades domésticas; presenta varices tortuosas con presencia de dolor y ardor en miembros inferiores; hace 15 días presentó tos seca sin evolución, sin embargo este síntoma lo presento a la salida de quirófano, también dice llevar un estilo de vida sedentario.

### **2.- NUTRICION E HIDRATAACION**

A la exploración física se muestra una mujer obesa, que refiere haber ganado 14 kilos durante su embarazo ( antes del embarazo 70 kilos después del nacimiento 80 kilos ), ella dice realizar 3 comidas al día con un horario establecido, ingiere más de 1000 ml de líquidos entre agua, jugos y café; menciona que sus alimentos de preferencia son las carnes rojas, pollo, sopa, arroz y huanzontles, le desagradan los mariscos y el hígado de res; durante su embarazo siempre presento acidez y pirosis lo cual persiste y disminuye con medicamento, persiste el aumento de apetito y a veces realiza colaciones, también menciona que los noches presenta flatulencias y sialorrea al dormir.

La cavidad oral se muestra hidratada, contando con su dentadura completa; abdomen blando y flácido con ruidos peristálticos presentes y meteorismo.

### **3.- ELIMINACION**

La persona refiere evacuar en 24hrs de una a dos veces, con heces de aspecto formado pastosa y de color café la mayoría de las veces el olor es fétido, en ocasiones presenta tenesmo; también menciona miccionar de cuatro a cinco veces al día en una cantidad aproximada de 300ml en cada micción dice que la orina es color amarillo paja con un olor penetrante.

Menciona que cuando se estriñe utiliza como alternativa ingerir líquidos y algunos alimentos ricos en fibra como papaya, galletas con linaza y pasas; pero es rara la vez de le pasa esto. En cuanto a su menstruación refiere ser irregular desde que inicio su vida sexual activa después de su primer embarazo, se colocó el implante sub dérmico el cual le siguió ocasionando trastornos menstruales ya que su regla se presentó solo 3 o 4 veces durante el periodo que lo usó que fueron tres años; ella recurrió al médico pero este le dijo que era normal por la descarga hormonal del implante.

En el examen general de orina (EGO), se observaron bacterias (+) y a la exploración un Geordano negativo, loquios hemáticos en cantidad moderada con olor normal.

### **4.- MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA**

La persona se encuentra cursando los primeros días de un puerperio quirúrgico por lo que se encuentra en reposo relativo en cama y no realiza ninguna actividad física, aunque sabe la importancia de hacerlo pues así ella bajaría de peso, refiere presentar parestesias en manos por las tardes así como también menciona dolor y ardor en miembros inferiores por la presencia de varices tortuosas.

A la exploración física se observó disminución de fuerza por dolor en herida quirúrgica lo cual también le limita realizar algunos movimientos y presenta dolor y presencia de signos de Godett en miembros inferiores de (++)

## **5.- DESCANSO Y SUEÑO**

A la exploración física la persona se observa somnolienta, cansada y ojerosa debido a que refiere tener de 4 a 5 horas de sueño fisiológico y menciona roncar, tener sialorrea mientras duerme, ella toma una siesta por las tardes de 30 minutos a 1 hora después de bañarse ya que dice que así se siente más relajada, mientras que en las noches refiere no conciliar el sueño debido a que está pendiente de su bebé y tiene que alimentarlo casi cada dos horas que es cuando él se despierta.

## **6.- USO DE PRENDA DE VESTIR**

La persona refiere hacer cambio diariamente de ropa interior y exterior usando prendas de algodón en ropa interior, a la exploración se observa que usa ropa holgada de acuerdo a su edad para sentirse más cómoda, en abdomen utiliza aun el vendaje compresivo seguido de una faja calzón que ella refiere sentirse más segura, también menciona que algunas veces principalmente para colocarse el pantalón y calcetines pidiendo ayuda ya que no se puede agachar.

## **7.- TERMORREGULACION**

A la exploración se obtiene una temperatura axilar de 36.7 grados centígrados refiere haberse terminado de bañar, durante su embarazo ella refiere sudar cada que realizaba sus quehaceres domésticos que es por las mañanas (solo barre y trapea cuatro cuartos).

En tiempo de fríos o cambios de temperaturas ella refiere cuidarse o protegerse usando ropa adecuada para la temporada como pants, suéter o chamarras.

## **8.- HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL**

A la exploración física la persona se observa con palidez de tegumentos, piel caliente en cara con un aspecto general limpia y perfumada; ella refiere que a partir del 3er o 4to mes de embarazo empezó a caérsele el cabello fácilmente al

cepillarse o bañarse, menciona lavarse los dientes dos veces al día y lavarse las manos más de seis veces regularmente al comer, antes y después de ir al baño y principalmente al darle de comer a su bebe. En manos se observa edema (+) con manchas marmóreas con un llenado capilar de 2 a 3 segundos , uñas blancas pero quebradizas, mamas turgentes y congestionadas de leche, abdomen blando flácido y estrías de color blanco con herida quirúrgica en proceso de cicatrización presentando eritema alrededor de la misma sin salida de secreciones., en genitales se muestra irritación por el crecimiento del vello púbico ya que le realizaron la tricotomía; en miembros inferiores se observa edema (++) padecimiento que comenzó desde el 5to mes de su embarazo que empeoraba por las tardes.

Refiere bañarse diariamente por las tardes y lubricar su piel con cremas humectantes, en abdomen, piernas y glúteos usa crema reafirmante.

## **9.- EVITAR PELIGROS**

A la exploración la persona se observa orientada en tiempo, lugar y espacio, vive en casa prestada, cuenta con todos los servicios públicos habita con más de siete miembros de su familia (padres, hermanos, tíos, abuela, hijos y pareja) zoonosis positiva (perros y aves) la casa cuenta con más de cuatro habitaciones y la construcción es de concreto, tiene pisos y techos del mismo material.

Refiere contar con esquema de vacunación completo en infancia, durante el embarazo se aplicó SR, Influenza y TT, acudió a consultas obstétricas cada mes a partir del 3er mes; su primer revisión post cesárea fue el día 3 de Mayo, ella menciona tener dolor en herida quirúrgica tipo cólico, punzante el cual se intensifica al realizar esfuerzos y disminuye su intensidad con medicamentos y al tener reposo.

Refiere saber actuar ante una situación de emergencia pero siente que el pánico no la dejaría actuar, ella menciona no realizarse nunca exámenes de rutina de mamas y cervicouterino porque tiene temor a que tenga alguna enfermedad.

#### **10.- COMUNICARSE**

A la exploración la persona muestra un habla oral, clara y normal, ella me refiere no pertenecer a ningún grupo social se observa que siempre está en su casa dedicándose a sus actividades domésticas y a sus hijos , menciona vivir en unión libre desde hace siete años pero siempre ha tenido problemas con su esposo porque él es muy celoso ella nunca puede salir si no es con él o con su familia, este es el principal motivo de discusiones además de que siente que al convivir con tantos miembros de la familia principalmente padres de ella influyen mucho en los conflictos en ellos y ella no es capaz de resolver algunos problemas.

#### **11.- VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES**

La persona refiere ser de religión católica pero acude a misa cada mes con su pareja e hija, los valores que ella considera importantes para su vida es el amor, respeto y honestidad; menciona que no ha perdido ningún valor solo que le gustaría ir más frecuentemente a misa, cuando se presenta algún problema económico de salud o con su pareja se refugia en Dios y en la Virgen rogándoles que todo se solucione además de que también acude frecuentemente a terapia alternativa con una curandera con la que se siente muy bien y que la mayoría de las veces le ayuda a solucionar sus problemas.

#### **12.- TRABAJAR Y REALIZARSE**

Mujer que refiere no trabajar actualmente de manera formal y nunca haberlo hecho ella refiere que ahora si le gustaría trabajar para portar dinero en su casa y darle una mejor calidad de vida a sus hijos pero su esposo lo la deja trabajar, al presentar esta enfermedad menciona que le ha traído problemas económicos además de causarle a ella inquietud, desesperación, angustia e incertidumbre ya

que ella sigue al pie de la letra su tratamiento y no ve mejoría además que se preocupa por sus hijos más por el recién nacido pues fue prematuro y tiene miedo a que se enferme de algo.

### **13.- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

A la exploración se observa mujer que permanece en cama en reposo relativo debido a que no puede realizar esfuerzos por la herida sin embargo ella trata de hacer sus actividades domesticas para ayudarle a su mama, ella no realiza ninguna actividad recreativa desde hace cinco años por no disponer de recursos para realizarlos, menciona que en su tiempo libre le gusta ver televisión y escuchar música.

Se muestra aburrída ya que todo el día se la pasa en su casa y el día que descansa su pareja también se la pasa en su casa pues a veces no tienen dinero aparte de que a su pareja no le gusta salir prefiere descansar en casa, lo que a ella le causa desesperación porque ella quisiera distraerse un poco con su familia.

### **14.- APRENDIZAJE**

La persona refiere haber estudiado hasta el primer año de preparatoria ya que tenía un desempeño escolar malo lo que le ocasiono tener diferentes problemas con maestros lo que origino desertar de la escuela, aunque refiere que siempre le ha gustado mucho el idioma inglés lo entiende y sabe escribir bien.

A la interrogación ella conoce perfectamente el proceso de su enfermedad ya que ha recibido la información de manera clara y completa por parte de médicos pero le inquieta el ver porque a pesar de que toma sus anti hipertensivos, la presión sigue elevada y el edema de miembros superiores e inferiores persiste; durante la interrogación se muestra tranquila y demuestra tener interés sobre su tratamiento y los cuidados de su padecimiento.

## **15.- SALUD Y REPRODUCCION**

Refiere menarca a los 11 años con ritmo irregular presentando metrorragias en cada menstruación, una pareja sexual iniciando su vida sexual activa a los 13 años, utilizo el implante del 2008 al 2011, durante su embarazo ella presento secreción blanquecina lo cual fue tratado con óvulos de nistatina durante un periodo de siete días obteniendo un buen mejoramiento; también menciona que ella nunca se ha realizado el Papanicolaou ni el examen de mamas debido a que le da miedo saberse de alguna enfermedad.

A la exploración se muestran mamas turgentes simétricas, con galactorrea, pezón formado refiriendo dolor al tacto por la congestión; su bebe no tolero el seno materno pero ella se extrae la leche y lo alimenta con biberón, loquios hemáticos en cantidad moderada. Es una mujer actualmente cursando un puerperio quirúrgico gesta: II cesárea II, al presentar durante su embarazo pre eclampsia se interrumpe a la semana de gestación 34 y se realiza oclusión tubárica bilateral (OTB).

### 6.3 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

#### III CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad		Grado de dependencia*		Causas de dificultad**		Diagnóstico de enfermería.
1	Oxigenación	I		F		<p>Perfusión tisular periférica ineficaz relacionada con hipertensión manifestada por anasarca, parestesia y taquicardia.</p> <p>Dolor agudo relacionado con la presencia de varices manifestado por quemazón y ardor.</p> <p>Alto riesgo de perfusión renal relacionado con hipertensión.</p>
		PD		V	X	
		D	X	C		
2	Nutrición Hidratación	I		F		<p>Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas manifestado por aumento de peso corporal superior en un 20% al ideal a su talla y constitución corporal.</p>
		PD		V		
		D	X	C	X	
3	Eliminación	I		F		<p>Exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos reguladores manifestado por hipertensión, anasarca, disnea y aumento de peso.</p>
		PD		V		
		D	X	C	X	

4	Moverse y mantener una buena postura	I		F		Dolor agudo relacionado con herida quirúrgica en abdomen manifestado por informe verbal, mascara facial y conducta expresiva.
		PD		V	X	
		D	X	C		
5	Descanso y sueño	I		F	X	Trastorno del patrón del sueño relacionado con el rol de cuidador manifestado por cansancio, somnolencia, desesperación y ojeras.
		PD		V		
		D	X	C		
6	Usar prendas de vestir adecuadas	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		
7	Termorregulación	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		
8	Higiene y protección de la piel	I		F	X	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con factores mecánicos manifestado por herida quirúrgica en abdomen y eritema circundante.  Alto riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica en abdomen.
		PD		V		
		D	X	C		
9	Evitar peligros	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		
10	Comunicarse	I		F	X	Alto Riesgo de proceso familiar disfuncional relacionado con falta de habilidad para la solución de problemas.
		PD	X	V		
		D		C		
11	Vivir según sus creencias y valores	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		

12	Trabajar y realizarse	I		F	X	Ansiedad relacionada con cambios en la situación económica y el estado de salud manifestado por preocupación, incertidumbre y angustia.
		PD		V		
		D	X	C		
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I		F		Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto manifestado por afirmaciones de sentirse aburrida.
		PD	X	V	X	
		D		C		
14	Aprendizaje	I		F	X	Disposición para mejorar los conocimientos relacionado con su padecimiento.
		PD	X	V		
		D		C		
15	<b>Sexualidad</b> <b>Y</b> <b>Reproducción</b>	I		F		Lactancia materna ineficaz relacionado con prematuridad del recién nacido manifestado por no succionar correctamente el seno materno.
		PD		V	X	
		D	X	C		
*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente						
** (F) Fuerza (V) Voluntad (C) Conocimiento						

## 6.4 JERARQUIZACION DE NECESIDADES

- 1) Oxigenación
- 2) Eliminación
- 3) Descanso y sueño
- 4) Nutrición e Hidratación
- 5) Moverse y mantener una buena postura
- 6) Higiene y protección de la piel
- 7) Trabajar y realizarse
- 8) Jugar, participar en actividades recreativas
- 9) Sexualidad y reproducción
- 10) Comunicarse
- 11) Aprendizaje

## 6.5 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### NECESIDAD: OXIGENACION

<b>DOMINIO: 4</b> Actividad / reposo	<b>CLASE:4</b> Respuesta cardiovascular /pulmonar	<b>NOC</b> <b>(RESULTADO)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA:</b>	<b>PUNTUACIÓN</b> <b>DIANA</b>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b>  <b>ETIQUETA: PERFUSION TISULAR PERIFERICA INEFICAZ (00204)</b>  <b>FACTORES RELACIONADOS:</b> hipertensión  <b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> anasarca, parestesia y taquicardia.		Severidad de la sobrecarga de líquidos. (0603)	Edema de cara	Grave (1)  hasta  ninguno(5)	2 hasta 5
			Edema de manos		1 hasta 4
			Edema de tobillos		1 hasta 4
			Aumento de la presión sanguínea		1 hasta 3
			Aumento de peso		1 hasta 3
<b>NIC (Intervenciones)</b>		<b>Actividades</b>			
<b>MONITORIZACION DE SIGNOS VITALES (6680)</b>		Controlar presión sanguínea y pulso.			
		Monitorizar presión sanguínea después de que la persona tome su medicamento.			
		Auscultar presión sanguínea de ambos brazos y comparar.			
		Observar si hay cianosis distal o periférica.			

<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>Actividades</b>
<p data-bbox="279 302 814 375"><b>MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS (2380)</b></p>	<p data-bbox="894 285 1917 375">Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo a la prescripción médica.</p> <p data-bbox="894 396 1640 428">Verificar la eficacia de la modalidad de los fármacos.</p> <p data-bbox="894 449 1612 482">Facilitar los cambios de medicación con el médico.</p> <p data-bbox="894 503 1787 535">Determinar el conocimiento de la persona sobre la medicación.</p> <p data-bbox="894 557 1902 646">Revisar periódicamente con la persona y familia los tipos y dosis de los medicamentos tomados.</p>

## 6.6 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### NECESIDAD: OXIGENACIÓN

DOMINIO: 4 Actividad / reposo	CLASE: 4 Respuesta cardio pulmonar	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b>  <b>ETIQUETA: RIESGO DE PERFUSION RENAL (00203)</b>  <b>FACTORES RELACIONADOS: HIPERTENSION</b>		Estado circulatorio (0401)	Presión arterial sistólica	Gravemente comprometido (1)	2 hasta 4
			Presión arterial diastólica	Hasta	2 hasta 4
			Presión del pulso	No comprometido (5)	2 hasta 4
			Gasto urinario		3 hasta 5
			Edema periférico		1 hasta 4

<p align="center"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p align="center"><b>PRECAUCIONES CARDIACAS ( 4050)</b></p>	<p align="center"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p align="center"><b>CUIDADOS CARDIACOS (4040)</b></p>
<p align="center"><b>Actividades</b></p> <p>Evitar situaciones emocionales intensas</p> <p>Restringir el fumar</p> <p>Evitar discusiones familiares</p> <p>Proporcionar comidas en poca cantidad y frecuencia</p> <p>Sustituir la sal artificial y limitar la ingesta de sodio.</p> <p>Determinar la disponibilidad de la persona para modificar su estilo de vida</p> <p>Favorecer actividades física de bajo impacto</p> <p>Instruir a la persona sobre los síntomas de riesgo.</p> <p>Realizar una terapia de relajación.</p>	<p align="center"><b>Actividades</b></p> <p>Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca</p> <p>Monitorizar la presión arterial.</p> <p>Vigilar la función renal niveles de azuados</p> <p>Proporcionar comidas en pequeñas cantidades</p> <p>Mantener un ambiente de descanso</p>

## 6.7 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### NECESIDAD: OXIGENACION

DOMINIO: 12 Confort	CLASE: 1 Confort físico	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b>  <b>ETIQUETA: DOLOR AGUDO</b>  <b>FACTORES RELACIONADOS: PRESENCIA DE VARICES EN MIEMBROS SUPERIORES</b>  <b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: QUEMAZON Y ARDOR.</b>		Control del dolor  1605	Reconoce el comienzo del síntoma	Nunca demostrado (1)	5 hasta 1
		Reconoce la intensidad del síntoma	hasta Siempre demostrado (5)	5 hasta 2	
		Utiliza medidas preventivas		4 hasta 1	
		Utiliza medidas de alivio		4 hasta 1	
		Refiere control de los síntomas		5 hasta 2	

<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p><b>CUIDADOS CIRCULATORIOS: Insuficiencia venosa (4066)</b></p>	<p>Realizar una valoración global periférica</p> <p>Comprobar los pulsos periféricos y el edema.</p> <p>Observar el grado de incomodidad o dolor.</p> <p>Enseñar a la persona la importancia de la terapia de compresión.</p> <p>Aplicar las modalidades de terapia de compresión (vendajes o colocación de medias de compresión).</p> <p>Elevar las piernas afectadas 20 ° o más, por encima del corazón.</p> <p>Administrar medicación anti plaquetaria o anticoagulante.</p> <p>Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.</p> <p>Controlar el estado de los líquidos, incluyendo la ingesta y la eliminación.</p> <p>Utilizar medidas terapéuticas naturales como licuados para favorecer la circulación.</p>

## 6.8 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### NECESIDAD: ELIMINACION

DOMINIO:2 Nutrición	CLASE: 5 Hidratación	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b>  <b>ETIQUETA: EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS (00027)</b>  <b>FACTORES RELACIONADOS: MECANISMOS REGULADORES</b>  <b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: HIPERTENSION, ANASARCA, DISNEA Y AUMENTO DE PESO.</b>		Equilibrio Hídrico (0601)	Presión arterial	Gravemente comprometido (1)	1 hasta 3
			Velocidad del pulso radial	hasta	4 hasta 5
			Peso corporal estable	No comprometido (5)	1 hasta 3
			Hidratación cutánea		4 hasta 5
			Edema periférico		1 hasta 4

<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p data-bbox="373 300 726 329"><b>MANEJO DE LIQUIDOS</b></p> <p data-bbox="501 367 596 396"><b>(4120)</b></p>	<p data-bbox="900 300 1486 329">Peso diariamente y controlar la evolución</p> <p data-bbox="900 367 1339 396">Vigilar el estado de hidratación</p> <p data-bbox="900 433 1871 511">Monitorización de signos vitales ( presión arterial y pulso principalmente)</p> <p data-bbox="900 548 1335 578">Observar retención de líquidos</p> <p data-bbox="900 615 1514 644">Evaluar la ubicación y extensión del edema</p> <p data-bbox="900 682 1486 711">Controlar la ingesta de alimentos/líquidos</p> <p data-bbox="900 748 1209 777">Administrar diuréticos</p> <p data-bbox="900 815 1751 844">Canalizar con especialista (obstetra), si persiste el problema</p>

## 6.9 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### NECESIDAD: DESCANSO Y SUEÑO

DOMINIO: 4 Actividad/ reposo	CLASE: 1 Sueño y reposo	NOC (RESULTAD):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓ N DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA: TRANSTORNO DEL PATRON DE SUEÑO</b></p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS: RESPONSABILIDADES COMO CUIDADOR</b></p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: CANSANCIO, SOMNOLENCIA, OJERAS Y DESESPERACION.</b></p>		<p>SUEÑO ( 0004)</p>	Tiempo de descanso	Gravemente comprometido (1)	2 hasta 4
			Calidad del descanso	Hasta	1 hasta 4
			Descansado físicamente	No comprometido (5)	1 hasta 4
			Horas de sueño		1 hasta 4
			Duerme toda la noche		1 hasta 3
			Sueño interrumpido		1 hasta 3

<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p style="text-align: center;"><b>MEJORAR EL SUEÑO</b> <b>( 1850)</b></p>	<p>Registrar el número de horas de sueño de la persona</p> <p>Ajustar el ambiente para favorecer el sueño</p> <p>Ayudar a eliminar las situaciones de estrés antes de irse a la cama.</p> <p>Disponer/llevar a cabo medidas agradables: masajes, coloración y contacto afectuoso.</p> <p>Fomentar el aumento de las horas de sueño.</p> <p>Disponer siestas durante el día.</p> <p>Agrupar las actividades para minimizar el número de veces al despertarse; permitir ciclos de sueño al menos de 90 minutos.</p> <p>Instruir a la persona y a los seres queridos acerca de los factores que contribuyan a transformar el esquema del sueño.</p> <p>Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día- noche normales.</p>

## 6.10 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

DOMINIO: 12  Confort	CLASE: 1  Confort físico	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b>  <b>ETIQUETA: DOLOR AGUDO</b>  <b>FACTORES RELACIONADOS: HERIDA QUIRURGICA EN ABDOMEN</b>  <b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: INFORME VERBAL, CONDUCTA EXPRESIVA Y MASCARA FACIAL.</b>		Control del dolor  ( 1605)	Reconoce el comienzo del dolor	Nunca demostrado (1)	5 hasta 2
			Utiliza los analgésicos de forma apropiada	Hasta	5 hasta 5
			Utiliza medidas de alivio (vendaje)	Siempre demostrado(5)	5 hasta 5
			Refiere dolor controlado		2 hasta 4

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MANEJO DEL DOLOR (1400)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACION ( 0221)</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/ duración, intensidad y factores desencadenantes.</p> <p>Asegurarse de que la persona reciba adecuadamente los cuidados analgésicos.</p> <p>Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</p> <p>Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo utilizando medidas de seguridad para mitigar el dolor (vendaje abdominal).</p>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <p>Animar a la persona a sentarse en la orilla de la cama o en una silla.</p> <p>Enseñar a la persona a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.</p> <p>Ayudar a la persona a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas.</p> <p>Ayudar a la persona a aumentar las distancias determinadas.</p> <p>Fomentar la de ambulación independiente dentro de los límites de seguridad.</p> <p>Animar a la persona a que se esté levantando por su propia voluntad.</p>

## 6.11 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### NECESIDAD: NUTRICION E HIDRATACION

DOMINIO: 2 Nutrición	CLASE: 1 Ingestión	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b>  <b>ETIQUETA: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES (00001)</b>  <b>FACTORES RELACIONADOS: APORTE EXCESIVO CON LAS NECESIDADES METABOLICAS</b>  <b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: PESO CORPORAL SUPERIOR A UN 20% AL IDEAL SEGÚN TALLA Y CONSTITUCION CORPORAL.</b>		Control de peso (1612)	Mantiene una ingesta calórica diaria óptima	Nunca demostrado (1)	2 hasta 4
			Equilibrio sobre ejercicio e ingesta calórica	Hasta	1 hasta 1
			Come en respuesta al hambre	Siempre demostrado (5)	5 hasta 3
			Selecciona colaciones por sí misma		4 hasta 4
			Mantiene un patrón alimentario recomendado		3 hasta 4
			Mantiene el peso óptimo		1 hasta 2

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MANEJO DE LA NUTRICION (1100)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MANEJO DEL PESO (1260)</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <p>Determinar las preferencias de comidas de la persona.</p> <p>Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.</p> <p>Orientar sobre las comidas ligeras.</p> <p>Asegurarse que la dieta contenga los 5 grupos de alimentos.</p> <p>Ofrecer hierbas y especias como alternativa a la sal.</p> <p>Realizar una selección de comidas.</p> <p>Ajustar la dieta al estilo de vida de la persona.</p> <p>Pesar a la persona a intervalos adecuados.</p> <p>Determinar la capacidad de la persona para satisfacer las necesidades nutricionales.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <p>Tratar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia y pérdida de peso.</p> <p>Tratar con el individuo los hábitos, costumbres y factores hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.</p> <p>Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso.</p> <p>Determinar el peso corporal ideal del individuo.</p> <p>Animar al individuo a consumir las cantidades diarias de agua.</p> <p>Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.</p>

## 6.12 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### NECESIDAD: HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

DOMINIO: 11 Seguridad/protección	CLASE: 2 Lesión física	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA (00046)</b></p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:FACTORES MECANICOS</b></p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: HERIDA QUIRURGICA EN ABDOMEN Y ERITEMA CIRCUNDANTE.</b></p>		<p>Curación de la herida por primera intención  (1102)</p>	Aproximación cutánea	Ninguno (1) hasta	3 hasta 5
			Aproximación de los bordes de la herida	Extenso (5)	3 hasta 5
			Formación de la cicatriz		1 hasta 4
			Eritema cutáneo circundante		4 hasta 2

<b>NIC ( intervenciones)</b>	<b>Actividades</b>
<p data-bbox="436 367 842 399"><b>CUIDADOS DE LA HERIDA</b></p> <p data-bbox="596 435 695 467"><b>(3660)</b></p>	<p data-bbox="1083 380 1671 412">Despegar los apósitos y la cinta adhesiva</p> <p data-bbox="1083 464 1877 548">Controlar las características de la herida: color, tamaño y olor.</p> <p data-bbox="1083 597 1465 630">Medir el lecho de la herida.</p> <p data-bbox="1083 678 1451 711">Limpiar con jabón y agua.</p> <p data-bbox="1083 760 1877 844">Colocar gasa y cubrir con vendaje abdominal compresivo.</p> <p data-bbox="1083 893 1877 977">Comparar y registrar cualquier cambio producido en la herida.</p> <p data-bbox="1083 1026 1877 1110">Enseñar a la persona a llevar una dieta sin grasas, ni irritantes.</p> <p data-bbox="1083 1159 1877 1243">Enseñar a la persona y familia a detectar los signos y síntomas de infección.</p>

### 6.13 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

#### NECESIDAD: HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

DOMINIO: 11 Seguridad/ protección	CLASE: 1 Infección	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b> <b>ETIQUETA:ALTO RIESGO DE INFECCION</b> <b>(00004)</b> <b>FACTORES RELACIONADOS: HERIDA</b> <b>QUIRUGICA EN ABDOMEN</b>		Control del riesgo (1902)	Reconoce factores de riesgo	Nunca demostrado (1)	4 hasta 5
			Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas	Hasta Siempre demostrado (5)	4 hasta 5
			Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo		4 hasta 5

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>VIGILANCIA DE LA PIEL (3590)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CUIDADOS DEL SITIO DE INCISION (3440)</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <p>Valorar el estado del sitio de incisión</p> <p>Observar su color, textura si hay inflamación, edema y ulceraciones.</p> <p>Observar si hay enrojecimiento</p> <p>Vigilar el color de la piel.</p> <p>Comprobar la temperatura de la piel.</p> <p>Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <p>Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera algún dato de infección (eritema, temperatura, olor).</p> <p>Vigilar el proceso de curación en el sitio de incisión</p> <p>Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica.</p> <p>Cambiar apósito diariamente.</p> <p>Cambiar vendaje diariamente.</p> <p>Instruir a la persona acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño.</p> <p>Enseñar a la persona y la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.</p>

## 6.14 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### NECESIDAD: TRABAJAR Y REALIZARSE

DOMINIO: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés	CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b>  <b>ETIQUETA: ANSIEDAD</b>  <b>FACTORES RELACIONADOS: CAMBIOS EN LA SITUACION ECONOMICA Y EL ESTADO DE SALUD</b>  <b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: PREOCUPACION, INCERTIDUMBRE Y ANGUSTIA.</b>		Autocontrol de la ansiedad (1402)	Planea estrategias de superación efectivas.	Nunca demostrado (1)	1 hasta 4
		Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	Hasta  Siempre demostrado (5)	1 hasta 5	
		Mantiene el desempeño del rol		3 hasta 5	
		Refiere dormir de forma adecuada.		1 hasta 4	

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>DISMINUCION DE LA ANSIEDAD (5820)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>DISTRACCION (5900)</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <p>Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre una situación estresante.</p> <p>Administrar masajes de relajación en espalda y cuello.</p> <p>Fomentar la realización de actividades no competitivas.</p> <p>Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.</p> <p>Determinar la capacidad de toma de decisiones de la persona.</p> <p>Instruir a la persona sobre el uso de técnicas de relajación.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <p>Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada.</p> <p>Sugerir técnicas coherentes con el nivel de energía y la capacidad según la edad.</p> <p>Enseñar a la persona a dedicarse a la distracción.</p> <p>Fomentar la participación de la familia y los seres queridos y enseñarles.</p> <p>Utilizar la distracción sola o con otras medidas o distracciones.</p> <p>Evaluar y registrar la respuesta a la distracción.</p>

### 6.15 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

#### NECESIDAD: JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

DOMINIO: 4 Actividad/reposo	CLASE: 2 Actividad/ ejercicio	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA: DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097)</b></p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS: ENTORNO DESPROVISTO</b></p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: AFIRMACIONES DEL PERSONA DE SENTIRSE ABURRIDA.</b></p>		<p>Participación en actividades de ocio (1604)</p>	<p>Participación en actividades diferentes a las habituales.</p>	<p>Nunca demostrado (1)</p>	<p>1 hasta 3</p>
			<p>Elige actividades de ocio de interés.</p>	<p>Hasta Siempre demostrado(5)</p>	<p>2 hasta 3</p>
			<p>Expresión de satisfacción con las actividades</p>		<p>2 hasta 3</p>
			<p>Refiere relajación con las actividades de ocio.</p>		<p>2 hasta 3</p>

<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p data-bbox="415 367 844 472" style="text-align: center;"><b>TERAPIA DE LA ACTIVIDAD (4310)</b></p>	<p data-bbox="1066 302 1877 386">Explicará el significado personal de la actividad corriente y/o actividades de pasatiempo favoritos.</p> <p data-bbox="1066 435 1877 519">Ayudar a elegir las actividades coherentes de acuerdo a sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.</p> <p data-bbox="1066 568 1877 652">Ayudar a la persona a identificar las actividades recreativas de su agrado.</p> <p data-bbox="1066 701 1877 786">Ayudarle a programar periodos específicos de actividad de diversión en la rutina diaria.</p> <p data-bbox="1066 834 1877 919">Enseñar a la persona y familia el papel de la actividad física social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.</p> <p data-bbox="1066 967 1877 1052">Determinar actividades que aumenten la atención en consulta con la terapia ocupacional.</p> <p data-bbox="1066 1101 1877 1185">Ayudar a la persona a desarrollar la auto motivación y la seguridad.</p>

## 6.16 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### NECESIDAD: SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

DOMINIO: 7 Rol/ relaciones	CLASE: 3 Desempeño del rol	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA: LACTANCIA MATERNA INEFICAZ (00104)</b></p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS: PREMATURIDAD DEL RECIEN NACIDO</b></p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: INCAPACIDAD DEL LACTANTE PARA COGER CORRECTAMENTE EL SENO MATERNO.</b></p>		<p>Establecimiento de la lactancia materna: lactante</p> <p>(1000)</p>	<p>Alineación y unión adecuadas</p>	<p>Inadecuado (1)</p> <p>Hasta</p>	<p>1 hasta 2</p>
		<p>Sujeción areolar adecuada</p>	<p>Completamente adecuado</p> <p>(5)</p>	<p>1 hasta 2</p>	
		<p>Succión y colocación de la lengua correctamente</p>	<p>1 hasta 2</p>		
		<p>Deglución audible</p>	<p>1 hasta 1</p>		
		<p>Deglución durante un mínimo de 5 a 10 minutos por pecho.</p> <p>Mínimo de 8</p>	<p>1 hasta 2</p>		

		tomas al día		1 hasta 2
		Lactante satisfecho tras la lactancia.		1 hasta 2
<b>NIC (Intervenciones)</b>		<b>NIC (Intervenciones)</b>		
<b>ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA (5244)</b>		<b>AYUDA EN LA LACTANCIA MATERNA (1054)</b>		
<b>Actividades</b>		<b>Actividades</b>		
<p>Determinar el conocimiento de la alimentación durante la lactancia.</p> <p>Instruir a la madre/padre a cerca de la alimentación del bebé para que pueda realizar una toma de decisión informada.</p> <p>Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la alimentación con seno materno.</p> <p>Determinar el deseo y motivación de la madre para ofrecer lactancia por seno materno.</p> <p>Evaluar la forma de succión/deglución del recién nacido.</p>		<p>Proporcionar a la madre la oportunidad de contacto con el bebe para que proporcione el seno materno.</p> <p>Ayudar a los padres a identificar las horas del despertar del bebe como oportunidades para practicar la alimentación materna.</p> <p>Vigilar la capacidad del bebé para succionar.</p> <p>Animar a la madre a que pida ayuda en los primeros intentos de cuidados para que pueda conseguir dar el seno de ocho a diez veces cada 24 horas.</p> <p>Observar al bebe abarcar el seno, para determinar si la</p>		

<p>Mostrar la forma de amamantar.</p> <p>Instruir en técnicas de relajación, incluyendo el masaje de senos..</p> <p>Fomentar que la madre utilice los dos senos en cada toma.</p> <p>Determinar el uso adecuado de una bomba manual para extracción.</p>	<p>posición es correcta.</p> <p>Observar la capacidad del bebe para succionar correctamente el pezón.</p> <p>Enseñar a la madre a observar como succionar el bebe.</p> <p>Facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el seno.</p> <p>Controlar la integridad de la piel de los pezones.</p> <p>Comentar la utilización de bombas de leche si el bebe no puede amamantar.</p> <p>Enseñar a controlar la congestión de los pechos con el vaciado oportuno ocasionado por el mamar o el bombeo.</p> <p>Instruir sobre el almacenamiento y el calentamiento de la leche materna.</p> <p>Proporcionar formulas suplementarias si es necesario.</p> <p>Instruir a la madre sobre la manera de hacer eructar al bebe.</p>
--	---

	<p>Instruir a la madre acerca de las características normales de evacuaciones del bebe.</p> <p>Animar a la madre a que beba líquidos para saciar la sed.</p> <p>Instruir a la madre acerca del crecimiento y desarrollo del bebe.</p>
--	---

### 6.17 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

#### NECESIDAD: COMUNICARSE

<b>DOMINIO: 7</b> Rol/ relaciones	<b>CLASE:2</b> Relaciones familiares	<b>NOC (RESULTADOS):</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA:</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
<p style="text-align: center;"><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ETIQUETA: ALTO RIESGO DEL PROCESO FAMILIAR DISFUNCIONAL (00063)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>FACTORES RELACIONADOS: FALTA DE HABILIDAD PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.</b></p>		Funcionamiento de la familia  (2602)	Regula la conducta de los miembros	Nunca demostrado (1)	2 hasta 4
			Distribuye las responsabilidades de los miembros	Hasta	1 hasta 3
			Implica a los miembros a la solución de los conflictos	Siempre demostrado (5)	2 hasta 4 3 hasta 5
			Los miembros se apoyan unos a los otros		3 hasta 5
			Los miembros pasan tiempo juntos		

<p align="center"><b>NIC (Intervenciones)</b> <b>TERAPIA FAMILIAR (7150)</b></p>	<p align="center"><b>NIC (Intervenciones)</b> <b>ESTABLECER LIMITES (4380)</b></p>
<p align="center"><b>Actividades</b></p> <p>Compartir el plan de la terapia con la familia.</p> <p>Determinar los roles habituales del persona dentro del sistema familiar.</p> <p>Determinar los conflictos y ver si los miembros de la familia pueden resolverlos.</p> <p>Planificar las estrategias de conclusión y evaluación.</p> <p>Ayudar a los miembros de la familia a clarificar que necesitan y esperan unos de otros.</p> <p>Poner límites entre cada miembro de la familia para que cada uno de ellos no interceda con otro miembro de la familia.</p>	<p align="center"><b>Actividades</b></p> <p>Comentar las preocupaciones con la persona.</p> <p>Comentar con la persona cuando proceda cual es la conducta deseable en cada situación.</p> <p>Observar si se producen o no las conductas deseadas de la persona.</p> <p>Disminuir el establecimiento de límites a medida que la persona se aproxima a las conductas deseadas.</p>

## 6.18 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### NECESIDAD: APRENDIZAJE

DOMINIO: 5 Percepción/cognición	CLASE: 4 Cognición	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b> <b>ETIQUETA:DISPOSICION PARA MEJORAR</b> <b>LOS CONOCIMIENTOS (00161)</b> <b>FACTORES RELACIONADOS: CON SU</b> <b>PADECIMEINTO</b>		Conocimiento : cuidados en la enfermedad  (1824)	Descripción de la dieta	Ninguno (1)  Hasta	4 hasta 5
			Descripción del proceso de la enfermedad	Extenso ( 5)	3 hasta 5
			Descripción de la medicación		4 hasta 5
			Descripción del procedimiento terapéutico		4 hasta 5

<b>NIC (Intervenciones)</b>	<b>Actividades</b>
<p data-bbox="302 367 816 509" style="text-align: center;"><b>Potenciación de la disposición de aprendizaje</b> <b>(5540)</b></p>	<p data-bbox="919 298 1514 331">Vigilar el estado emocional de la persona.</p> <p data-bbox="919 380 1877 467">Tratar las inquietudes específicas de la persona acerca de su padecimiento.</p> <p data-bbox="919 516 1787 548">Facilitar la aceptación de la situación por parte de la persona.</p> <p data-bbox="919 597 1770 630">Ayudar a la persona a desarrollar confianza sobre sí mismo.</p> <p data-bbox="919 678 1640 711">Lograr la participación de la familia/seres queridos.</p> <p data-bbox="919 760 1877 847">Informar como la información ayudara a que la persona cumpla con sus metas.</p> <p data-bbox="919 896 1877 984">Ayudar a la persona a darse cuenta que con alternativas terapéuticas que pueden mejorar su padecimiento y estilo de vida.</p> <p data-bbox="919 1032 1877 1120">Ayudar a la persona a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad.</p>

## VII. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se logró valorar a una persona dentro de su domicilio con un diagnóstico médico de post cesárea con antecedente de pre eclampsia durante su embarazo, se llevó a cabo una minuciosa valoración mediante entrevistas, interrogatorios y mediante el manejo de su expediente clínico encontré las necesidades con dependencia logrando establecer un diagnóstico enfermero, mediante esto, se estable la planeación de las actividades deseadas para cada una de las necesidades, posteriormente lleve a cabo cada una de las actividades en conjunto con la persona, con su familia y la atención de su médico logrando un 80% de la satisfacción de las mismas pues las actividades se planearon y se llevaron a cabo, pero me doy cuenta que es de gran utilidad realizar una plan de cuidados individualizado pues este nos permitió conocer realmente a la persona, identificar sus alteraciones y llevar a cabo las funciones de enfermería para lograr un óptimo bienestar de la persona; también la mayoría de los objetivos deseados se cumplieron.

Al realizar este trabajo me llevo la satisfacción de ver a la persona que elegi con una gran mejoría en su padecimiento y que gracias al cuidado enfermero la persona pudo llegar a un óptimo bienestar en conjunto de su familia.

Las limitantes para llevar a cabo la realización de este trabajo fue el tiempo que realmente a veces no se podía actuar como se quisiera con la persona pero que a pesar de eso hice lo apropiado para poderlo llevar a cabo, otra de mis limitantes fue que los familiares frecuentemente se portaban renuentes hacia la información proporcionada, pero gracias a la voluntad de la persona.

El tema de pre eclampsia es una patología muy frecuente, hoy en día, en nuestro país es por ello que considero importante que las personas embarazadas lleven un control prenatal desde el primer mes de embarazo para así seguir un tratamiento alimenticio, ejercicio, relajación y de un tratamiento medicamentoso, durante todo el embarazo solo así lograremos prevenir una complicación con la madre o el producto y evitar la muerte de cualquiera de los dos.

## VIII. SUGERENCIAS

El modelo de Virginia Henderson es factible para que se siga utilizando y que se lleve a cabo para la realización de Procesos de Atención de Enfermería pues es un modelo teórico que nos permite valorar minuciosamente cada una de las necesidades en todos los aspectos de la persona, para saber realmente que problemas son los que encuentran en la persona.

Es de gran ayuda e importancia que aprendamos a llevarlo a cabo, saber su utilidad y poner en práctica el cuidado de enfermería hacia la persona logrando así un óptimo bienestar biopsicosocial de los individuos.

Es por ello que considero que se siga llevando a cabo este modelo en cada uno de los planes de cuidados pues este es el más completo y nos ayudará a llevar un cuidado individualizado en cada una de las personas mediante las intervenciones y actividades de enfermería.

En cuanto al seminario que se impartió para una de las formas de titulación me pareció excelente pues para los alumnos que de una u otra manera necesitábamos obtener el título más rápidamente se nos facilitó esta forma pues este tuvo una duración de cuatro meses en los cuales se recibieron 14 asesorías para la realización de un plan de cuidados hacia una persona.

.

## IV. GLOSARIO

**Anasarca:** es un término médico que describe una forma de [edema](#) o acumulación de líquidos masiva y generalizada en todo el cuerpo.

**Edema:** es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial, además de las cavidades del organismo.

**Estríol:** Una hormona sexual femenina que se incrementa durante el embarazo.

**Estrógeno:** La hormona sexual femenina que controla el curso del ciclo menstrual.

**Factor Rh:** Grupo de antígenos presentes en los glóbulos rojos.

**Feto:** Un niño que no ha nacido desde la octava semana de la concepción hasta el momento de su nacimiento. Desde la concepción hasta las ocho semanas, se llama embrión.

**Gestación:** El periodo de nueve meses del embarazo, desde la concepción hasta el nacimiento.

**Gonadotropina coriónica humana (GCH):** Una hormona producida por células de la placenta que ayuda a los ovarios a producir progesterona y estrógeno durante el primer trimestre del embarazo.

**Hemorragia:** Sangrado abundante y fuerte.

**Infeción:** Invasión de microorganismos patógenos en los tejidos del cuerpo y que pueden producir lesión tisular.

**Líquido amniótico:** Líquido dentro del útero en el que vive el feto hasta que nace.

**Placenta previa:** Una afección que se produce durante el embarazo cuando la placenta se forma en la parte baja del útero, bloqueando la abertura cervical que conduce a la vagina.

**Parestesia:** adormecimiento de manos y miembros inferiores.

**Placenta:** El órgano que conecta al feto con la madre. Éste lleva oxígeno y nutrientes al feto durante el embarazo y a la vez saca los residuos. La placenta está unida al feto a través del cordón umbilical y es expulsada después del parto.

**Pre eclampsia:** Hipertensión arterial inducida por el embarazo que provoca inflamación grave y/o una alta concentración de proteína en la orina.

**Progesterona:** Una hormona que prepara al útero para el desarrollo de un óvulo fecundado.

**Síndrome HELLP:** Un grupo de síntomas que experimentan las mujeres embarazadas que tienen (H) anemia hemolítica, (EL) enzimas hepáticas elevadas y (LP) bajo conteo de plaquetas.

**Sulfato de magnesio:** Empleado para prevenir convulsiones (eclampsia) en mujeres con pre eclampsia. También es el ingrediente activo en la mayoría de las tabletas laxantes.

**Tiamina:** Una de las vitaminas del complejo B. También conocida como Vitamina B1.

**Trompas de Falopio:** Cualquiera de los dos tubos delgados que transportan el óvulo desde los ovarios hasta el útero.

**Ultrasonido:** Método de imagen no traumático utilizando sonidos de alta frecuencia, lo que permite visualizar los órganos internos, el flujo sanguíneo y los tejidos.

**Útero:** Órgano muscular hueco en la cavidad pélvica de la mujer. Es donde se adhiere el óvulo fecundado y se desarrolla el feto. También se denomina matriz.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alfaro L.R. (2009). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. Barcelona: Elsevier Masson.

Botero, U. (2001). *Obstetricia y Ginecología*. Colombia: CIB.

Canalejo, A:( 2002). Planes de cuidados. Servicio Galego de Saude.

Caro M., García C., Martínez M., *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Elsevier: España.

Carpenito LJ. (1988). *Planes de cuidado y documentación en enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana.

Collière, M.F. (1993). *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill.

Florence N. (1990). *Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es?:* Masson –

García G (2002). *El Proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. Editorial Progreso.

Granero, P. (2004). *Medicina familiar y comunitaria*. México.

Heather, H. (2009-2011). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación de NANDA International*. USA: Elsevier.

Hernández C. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid. McGraw Hill.

J. McCloskey. (2007). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Elsevier. España.

Johnson, M.(2007). *Interrelaciones NANDA, NIC y NOC*. España: Elsevier.

Lawrence, L. (2013). *Apoyo Vital Avanzado en Obstetricia*: Intersistemas

Ledesma, P. (2002). *Fundamentos de enfermería*. México: Limusa. Grupo Noriega.

Lluch C. (2004). *Enfermería psicosocial y de salud mental: marco conceptual y metodológico*. Edicions Universitat , Barcelona

Marriner, T. (2005). *Modelos y Teorías en Enfermería*. España: Mosby.

Masso. (1998). *El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. España: Mosby.

Navarro, M. (2003). *De la Teoría a la Práctica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona: Masson.

Nettina, M. (1999). *Manual de Enfermería Práctica de Lippincott*. México: Mc Graw. Interamericana.

Pérez H. (2002). *Operacionalización del proceso de atención de enfermería*. Revista mexicana de cardiología.

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

Rodríguez. P. (2002). *Anatomía y Fisiología*. México: Progreso.

S. Moorhead. (2006). *Clasificación de Resultados de Enfermería*. Elsevier: España.

# XI. ANEXOS

## 11.1 INSTRUMENTO DEL TRABAJO



**Secretaría de Salud**  
**Dirección de Educación e Investigación**  
**Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud**  
**Escuela de Enfermería**



### FORMATO DE VALORACION DE ENFERMERIA (VIRGINIA HENDERSON)

**DATOS GENERALES**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO  
 CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ SERVICIO:  
 \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ DOMICILIO:  
 \_\_\_\_\_

LLEGA: SOLO ( ) FAMILIA ( ) AMBULANCIA ( ) OTRO ( ) ESPECIFICAR:  
 \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE INGRESO: \_\_\_\_\_ TIEMPO QUE TIENE CON EL:  
 \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR MEDICAMENTOS QUE TOMA:

MEDICAMENTO	VIA	DOSIS	HORARIO	MEDICAMENTO	VIA	DOSIS	HORARIO

**1 OXIGENACION**

**TENSIÓN ARTERIAL:** BRAZO DERECHO \_\_\_\_\_ BRAZO IZQUIERD \_\_\_\_\_ TAQUICARDIA ( )  
 BRADICARDIA ( )

ARRITMIA ( ) **PULSO:** \_\_\_\_ TAQUISFIGNIA ( ) BRADISFIGNIA ( ) FILIFORME ( ) REBOTANTE ( )  
**GRUPO SANGUÍNEO:** A ( ) B ( ) AB ( ) O ( ) Rh POS. ( ) Rh NEG. ( )

**PATRÓN RESPIRATORIO:** FRECUENCIA.: \_\_\_\_\_ RITMO: TAQUIPNEA ( ) BRADIPNEA ( ) NORMAL ( )  
**PROFUNDIDAD:** SUPERFICIAL

( ) PROFUNDA ( ) PAM: \_\_\_\_\_ **TIPO:** KUSMAULL ( ) ORTOPNEA ( ) DISNEA ( ) CHEYNE STOKES ( )  
 PVC: \_\_\_\_\_ SIGNO DE HOMMANS POSITIVO ( ) NEGATIVO ( )

**ESTILO DE VIDA:** SEDENTARIA ( ) ACTIVA ( ) ¿TIENE ALGÚN PROBLEMA CON SU RESPIRACIÓN? SÍ ( ) NO ( ) ¿CUÁL?

---

**TOS:** FRECUENTE ( ) AISLADA ( ) PRODUCTIVA ( ) SECA ( ) ¿HAY SECRECIONES AL TOSER? SÍ ( ) NO ( ) ESCASA ( ) ABUNDANTE ( ) BLANQUECINA ( ) VERDOSA ( ) AMARILLENTA ( ) HEMATICA ( )

¿EXISTE MOLESTIA AL TOSER? SÍ ( ) NO ( ) DESCRÍBALA:

---

**PRESENTA:** MAREO ( ) AGITACION ( ) VERTIGO ( ) FATIGA AL: SUBIR ESCALERAS ( ) AL CAMINAR ( ) AL COMER ( ) OTROS ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

**COLORACION:** CIANOSIS DISTAL ( ) CIANOSIS PERIBUCAL ( ) PALIDEZ ( ) VARICES ( ) TORTUOSIDAD VENOSA ( ) LLENADO CAPILAR MENOR A 5" ( ) MAS DE 5" ( ) EQUIMOSIS ( ) HEMATOMAS ( ) APOYO VENTILATORIO: MASCARILLA ( ) PUNTAS NAALES ( ) CANULA ( ) VENTILADOR ( )

BIOMETRIA HEMATICA	QUIMICA SANGUINEA	GASOMETRIA ARTERIAL	TIEMPOS
HEMOGLOBINA _____	GLUCOSA _____	pCO <sub>2</sub> _____	T.T. _____ T.P.T. _____
HEMATOCRITO _____	UREA _____	pO <sub>2</sub> _____	
LEUCOCITOS _____	CREATININA _____	pH _____	
PLAQUETAS _____	COLESTEROL _____		
	TRIGLICERIDOS _____		
	ACIDO URICO _____		

OBSERVACIONES:

---



---

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

**NUTRICION E HIDRATACION**

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ PESO IDEAL: \_\_\_\_\_ I.M.C. \_\_\_\_\_

¿A PERDIDO PESO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?: SÍ ( ) NO ( ) ¿CUÁNTO? \_\_\_\_\_

¿A GANADO PESO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?: SÍ ( ) NO ( ) ¿CUÁNTO? \_\_\_\_\_

**COMPLEXIÓN:** ATLETICA ( ) CAQUEXICA ( ) OBESO ( ) DELGADO ( ) PIKNICO ( )

**SE ALIMENTA:** SOLO ( ) CON AYUDA ( ) SONDA ( ) OTRO ( ) HORARIO: DESAYUNO: \_\_\_\_\_

COMIDA: \_\_\_\_\_ CENA: \_\_\_\_\_ COMIDAS HABITUALES: UNA ( ) DOS ( ) TRES ( ) CUATRO O MAS ( )  
) CANTIDAD DE LÍQUIDOS QUE INGIERE AL DÍA: MENOS DE 500 ML ( ) 500 A 1000 ML ( ) MÁS DE 1000 ML.  
( ) ACOSTUMBRA TOMAR: AGUA ( ) REFRESCO ( ) JUGOS ( ) TÉ ( ) CAFÉ ( )

ALIMENTOS O LÍQUIDOS QUE ORIGINAN:

PREFERENCIA:

\_\_\_\_\_

DESAGRADO:

\_\_\_\_\_

**TIPO DE DIETA:** NORMAL ( ) BLANDA ( ) AYUNO ( ) PAPILLA ( ) SUPLEMENTOS ( )

**PRESENTA:** ANOREXIA ( ) NÁUSEAS ( ) VÓMITO PREPRANDIAL ( ) VOMITO POSPRANDIAL ( )  
INDIGESTIÓN ( ) HIPERÁCIDEZ ( ) AUMENTO DEL APETITO ( ) DISMINUCIÓN DEL APETITO ( ) ACIDEZ ( )  
) REGURGITACIÓN ( ) ERUCTOS ( ) HEMATEMESIS ( ) DISTENSION ( ) MASTICACION DOLOROSA ( )  
DISFAGIA ( ) POLIDIPSIA ( ) CRECIMIENTO ABDOMINAL ( ) FLATULENCIA ( )

**CAVIDAD ORAL:** SECA ( ) HIDRATADA ( ) ESTOMATITIS ( ) CARIES ( ) PRÓTESIS ( ) GINGIVITIS ( )  
ULCERAS ( ) SIALORREA ( ) XEROSTOMIA ( ) SENSIBILIDAD AL FRÍO ( ) SENSIBILIDAD AL CALOR ( )  
FALTA DE PIEZAS DENTALES ( ) FLICTENAS ( ) PROTESIS DENTAL FIJA ( ) MOVIBLE ( )

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

## 2 ELIMINACION

**INTESTINAL** EN 24 HORAS: FRECUENCIA: \_\_\_\_\_ COLOR: CAFÉ ( ) VERDOSA ( ) NEGRA ( ) AMARILLA ( )  
CONSISTENCIA: FORMADA ( ) LIQUIDA ( ) SEMILIQUIDA ( ) PASTOSA ( ) CARACTERISTICAS: OLEOSA  
( ) MUCOSA ( ) GRUMOSA ( ) CON RESTOS ALIMENTICIOS ( ) SANGUIÑOLENTAS ( ) FETIDA ( )  
PRESENCIA DE: DOLOR ( ) ESTREÑIMIENTO ( ) DIARREA ( ) INCONTINENCIA ( ) HEMORROIDES ( )  
MELENA ( ) ACOLIA ( ) PUJO ( ) TENESMO ( ) FLATULENCIA ( ) HERIDAS ( ) ESTOMA ( ) RUIDOS  
PERISTALTICOS ANORMALES ( ) DISTENSIÓN ( ) MASAS ( ) CUANDO ESTA ESTREÑIDO UTILIZA:  
LÍQUIDOS ( ) ALIMENTOS ( ) FÁRMACOS ( ) ENEMAS ( )

**VESICAL** EN 24 HORAS: FRECUENCIA: \_\_\_\_\_ CANTIDAD: \_\_\_\_\_ COLOR: \_\_\_\_\_ OLOR:

\_\_\_\_\_

PRESENCIA DE: HEMATURIA: ( ) NICTURIA ( ) DISURIA ( ) POLIURIA ( ) COLURIA ( ) OLIGURIA ( )  
POLAQUIURIA ( ) ENURESIS ( ) ANURIA ( ) RETENCION ( ) GIORDANO POS. ( ) GIORDANO NEG. ( )  
) SONTA ( ) PAÑAL ( ) OTRO ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

**MENSTRUACIÓN:** CANTIDAD \_\_\_\_\_ ASPECTO \_\_\_\_\_ COLOR \_\_\_\_\_ OLOR \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SECRECION VAGINAL: CANTIDAD \_\_\_\_\_ ASPECTO \_\_\_\_\_ COLOR \_\_\_\_\_ OLOR \_\_\_\_\_ PRURITO:  
\_\_\_\_\_

**EGO:** CREATININA \_\_\_\_\_ UREA \_\_\_\_\_ BACTERIAS \_\_\_\_\_ PROTEINAS \_\_\_\_\_ GLUCOSA \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )  
)

### 3 MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

¿REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA? SÍ ( ) NO ( ) ESPECIFICAR ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_ DIARIO ( )  
) SEMANALMENTE ( ) OCASIONALMENTE ( ) ¿SABE LA IMPORTANCIA DE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA? SÍ ( )  
) NO ( ) ESPECIFIQUE:

**PRESENCIA DE:** DOLOR MUSCULAR ( ) EDEMA ARTICULAR ( ) PARESIAS ( ) PARESTESIAS ( )  
HEMIPLEJIA ( ) PARAPLEJIA ( ) CUADRIPLÉJIA ( ) DISMINUCION DE FUERZA ( ) RIGIDEZ MATUTINA ( )  
CREPITACION ( ) ASTENIA ( ) ADINAMIA ( ) DEBILIDAD ( ) LIMITACION DE MOVIMIENTO ( )  
ARTRALGIAS ( ) UTILIZA APARATOS ( ) PARÁLISIS ( ) DEFECTOS ÓSEOS ( ) REPOSO RELATIVO ( )  
REPOSO ABSOLUTO ( ) TEMBLORES ( )

OBSERVACIONES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )  
)

### 4 DESCANSO Y SUEÑO

AL DÍA DESCANSA: MENOS DE 30 MIN. ( ) DE 30 MIN. A 1 HORA ( ) MÁS DE 1 HORA ( ) TIPO DE SUEÑO:  
FISIOLÓGICO ( ) INDUCIDO ( ) INSOMNIO ( ) RONQUIDOS ( ) HORAS DE SUEÑO: MENOS DE 5  
HORAS ( ) DE 5 A 7 HORAS ( ) MÁS DE 7 HORAS ( )

SE NOTA: SOMNOLIENTO ( ) BOSTEZA FRECUENTEMENTE ( ) CANSADO ( ) TIENE OJERAS ( ) AL  
DESPERTAR SE SIENTE: CANSADO ( ) TENSO ( ) DESCANSADO ( )

OBSERVACIONES:

---

---

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

### 5 USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

CAMBIO DE ROPA INTERIOR ( ) FRECUENCIA: **diario** NYLON ( ) ALGODÓN ( )

CAMBIO DE ROPA EXTERIOR ( ) FRECUENCIA: **diario** AJUSTADA ( ) HOLGADA ( )

¿NECESITA AYUDA PAR VESTIRSE/DESVESTIRSE? SÍ ( ) NO ( ) VESTIDO: INCOMPLETO ( ) DESCUIDADO ( ) SUCIO ( ) INADECUADO A LA SITUACIÓN ( ) EXHIBICIONISMO ( )

OBSERVACIONES:

---

---

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

### 6 TERMORREGULACION

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ ORAL ( ) OTICA ( ) AXILAR ( ) RECTAL ( )

PRESENCIA DE: ESCALOFRIOS ( ) PILOERRECCION ( ) DIAFORESIS ( ) CONTROL DE TEMPERATURA: SÍ ( ) NO ( ) MEDIOS: \_\_\_\_\_ ¿SE PROTEGE DE CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA? SÍ ( ) NO ( ) ¿CÓMO? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

---

---

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

### 7 HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

BAÑO: PARCIAL ( ) TOTAL ( ) REGADERA ( ) TINA ( ) OTRO ( ) FRECUENCIA: **si** LAVADO DE MANOS (x) FRECUENCIA: **6 veces** LAVADO DE DIENTES ( ) FRECUENCIA: \_\_\_\_\_ ¿USA ALGÚN PRODUCTO PARA EL CUIDADO DE LA PIEL? SÍ ( ) NO ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

---

**PIEL**

CARACTERISTICAS	OBSERVACIONES	ESPECIFICAR REGION
PIGMENTACIÓN	PALIDEZ ( ) CIANOSIS ( ) ICTERICIA ( ) ROBICUNDEZ ( ) HIPERPIGMENTADA ( ) CLOASMA ( ) MELASMA ( ) ANGIOMAS ( ) NORMAL ( ) MANCHADA ( )	
TEMPERATURA	NORMAL ( ) FRIA ( ) CALIENTE ( )	
TEXTURA	CELULITIS ( ) ASPERA ( ) NORMAL ( )	
TURGENCIA	MENOS DE 5" ( ) MAS DE 5" ( ) EDEMA ( ) SECA ( )	
LESIONES	CONTUSIONES ( ) CICATRICES ( ) MASAS ( ) ESTRIAS ( ) HERIDAS ( ) PAPULAS ( ) VESICULAS ( ) ISQUEMIA ( ) COSTRAS ( ) ESCAMAS ( ) EROSION ( ) ESCORIACION ( ) ULCERAS ( ) NEVOS ( ) VERRRUGAS ( ) COMEDON ( ) AMPOLLA ( ) PUSTULA ( ) TATUAJES ( )	
PRURITO		
UÑAS	QUEBRADIZAS ( ) MICOSIS ( ) MORDIDAS ( ) BLANCAS ( )	
OLOR		

CABELLO: ALINEADO ( ) DESALINEADO ( ) LIMPIO ( ) SUCIO ( ) SEBORREA ( ), FACIL DESPRENDIMIENTO ( ), ESCAMAS ( )

OJOS: LAGRIMEO ( ) ENROJECIMIENTO ( ) SECRECIÓN ( ) OTRO ( )

OREJAS: CERUMEN ( )

OBSERVACIONES:

---



---

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

**8 EVITAR PELIGROS**

ESQUEMA DE VACUNACION: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_ SR ( )  
FECHA: \_\_\_\_\_

TT ( ) FECHA: \_\_\_\_\_ INFLUENZA ( ) FECHA: \_\_\_\_\_ HEPATITIS ( ) FECHA: \_\_\_\_\_

ADICCIÓNES: DROGAS ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_ ALCOHOL ( ) FARMACODEPENDENCIA ( )  
OTRA ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA CON QUE ACUDE AL: MEDICO: \_\_\_\_\_ DENTISTA: \_\_\_\_\_

MEDIDAS PREVENTIVAS QUE REALIZA PARA PREVENIR ENFERMEDADES Y ACCIDENTES:

\_\_\_\_\_

**DOLOR:** SI ( ) NO ( ) **CARACTERISTICAS:** COLICO ( ) PUNZANTE ( ) OPRESIVO ( ) LACERANTE ( )  
QUEMANTE ( ) CONSTANTE ( ) INTERMITENTE ( ) ESPORADICO ( ) INTENSIDAD + ( ) ++ ( ) +++ ( )  
UBICACIÓN: \_\_\_\_\_ SE INTENSIFICA CON: \_\_\_\_\_ DISMINUYE CON:

\_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA QUE SEAN FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD: HUMEDAD ( )  
ESCALERAS SIN BARANDAL ( ) **PISOS:** TIERRA ( ) CEMENTO ( ) LOZETA ( )

PERSONAS CON LAS QUE VIVE: 1-2 ( ) 3-4 ( ) 5-6 ( ) 7 o más ( ) NUM. DE HABITACIONES ( )  
HACINAMIENTO ( ) PROMISCUIDAD ( )

FAUNA NOCIVA SI ( ) NO ( ) MOSCAS ( ) CUCARACHAS ( ) ROEDORES ( ) FAUNA DOMESTICA SI ( )  
NO ( ) PERROS ( ) GATOS ( ) AVES ( )

CUENTA CON AGUA POTABLE? SI ( ) NO ( ) CON DRENAJE SI ( ) NO ( ) LUZ ELECTRICA SI ( ) NO ( )

ESTADO MENTAL: ALERTA ( ) ORIENTADO EN: TIEMPO ( ), LUGAR ( ) ESPACIO ( )

AGRESIVO ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) VISION BORROSA ( ) ESCOTOMA ( ) DIPLOPIA ( )  
CONVULSIONES ( ) LETARGICO ( ) EXCITABILIDAD PSICOMOTRIZ ( )

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA: ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

## 9 NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO SOCIAL? SÍ ( ) NO ( ) ¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

VIVE CON: HIJOS ( ) PADRES ( ) PAREJA ( ) PARIENTES ( ) AMIGOS ( ) SOLO ( ) OTRO ( )  
ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

¿TIENE PROBLEMAS EN LA RELACIÓN CON ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA? SÍ ( ) NO ( ) ¿CON QUIEN?

\_\_\_\_\_

**TIPO DE COMUNICACIÓN:** ORAL ( ) ESCRITA ( ) SEÑAS ( ) HABLA: NORMAL ( ) POCO CLARA ( )  
INCOMPLETA ( ) INCOHERENTE ( ) PAUSADO ( ) AFASIA ( ) IDIOMA/DIALECTO ( ) SIN HABLA ( )  
DISLALIA ( ) TARTAMUDEO ( ) BALBUCEO ( ) VERBORREICO ( ) DISLÉXICO ( ) COPROLAICO ( )  
AUDITIVO: SORDERA ( ) DETERIORO AUDITIVO ( ) DISPOSITIVO ( )

OBSERVACIONES:

---

---

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

### 10 VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

RELIGIÓN: \_\_\_\_\_ FRECUENCIA DE ALGÚN SERVICIO RELIGIOSO: \_\_\_\_\_

¿QUÉ VALORES CONSIDERA IMPORTANTES? \_\_\_\_\_

¿QUÉ VALORES CONSIDERA QUE HA PERDIDO? \_\_\_\_\_

¿CÓMO INFLUYEN SUS CREENCIAS EN SU ESTILO DE VIDA?

---

¿CONSIDERA QUE SUS CREENCIAS INFLUYEN EN SU ESTADO DE SALUD?

---

¿RECORRE A TERAPIAS ALTERNATIVAS PARA MANTENER SU SALUD?

---

¿EN QUE MEDIDA SUS VALORES SE HAN ALTERADO POR SU SITUACIÓN DE SALUD?

---

FETICHES ( ) COLGIJES ( ) TATUAJES ( ) IMÁGENES ( )

OBSERVACIONES:

---

---

---

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

### 11 NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL: BUENO ( ) GRAVE ( ) MALO ( )

HISTORIA LABORAL: \_\_\_\_\_

TRABAJA ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_ TIPO DE EMPLEO: FIJO ( ) TEMPORAL ( ) ANTIGÜEDAD: \_\_\_\_\_

JORNADA: \_\_\_\_\_ ¿TIENE INCAPACIDAD? SI ( ) NO ( ) TIPO: \_\_\_\_\_

LA ENFERMEDAD LE HA TRAI DO PROBLEMA: PSICOLÓGICO ( ) ECONÓMICO ( ) LABORAL ( ) FAMILIAR ( ) LA ENFERMEDAD LE CAUSA: INQUIETUD ( ) CORAJE ( ) DESESPERACION ( ) TRISTEZA ( ) DEPRESION ( )

DEPENDIENTE ECONOMICO ( ) INDEPENDIENTE ECONOMICO ( )

¿CONSIDERA QUE PUEDE LOGRAR EL CONTROL DE SU ENFERMEDAD?  
\_\_\_\_\_

¿CONOCE LOS CUIDADOS QUE DEBE TENER EN SU PADECIMIENTO?: SI ( ) NO ( )

¿MENCIONE \_\_\_\_\_ ALGUNOS?

OBSERVACIONES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

## 12 PARTICIPACION EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD RECREATIVA? : ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

EN SU TIEMPO LIBRE: VA AL CINE ( ) AL PARQUE ( ) CAMINA ( ) COME ( ) BAILA ( ) VE T.V. ( ) OYE MÚSICA ( ) ASISTE A CONCIERTOS ( ) OTRA ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

¿CUÁNDO PARTICIPO POR ÚLTIMA VEZ EN ACTIVIDADES DE ESTE TIPO?  
\_\_\_\_\_

¿DISPONE DE RECURSOS PARA DEDICARSE A COSAS QUE LE INTERESEN?  
\_\_\_\_\_

¿LA DISTRIBUCIÓN DE TIEMPO ES EQUILIBRADA ENTRE TRABAJO Y DISTRACCIÓN? SI ( ) NO ( )

OBSERVACIONES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

## 13 NECESIDADES DE APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD: ANALFABETA ( ) ALFABETA ( ) ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS:

DESEMPEÑO \_\_\_\_\_ ESCOLAR

¿CONOCE EL PROCESO DE SU ENFERMEDAD? \_\_\_\_\_ LA INFORMACION QUE HA RECIBIDO RESULTA:  
INSUFICIENTE ( ) CLARA ( ) CONFUSA ( ) COMPLETA ( )

¿CONOCE SU DIAGNOSTICO MÉDICO?

¿CUENTA CON RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE?: \_\_\_\_\_ MENCIONELO:

¿LE GUSTARIA SABER MÁS SOBRE? SI MISMO (FÍSICAMENTE) ( ) NECESIDADES BÁSICAS ( ) ESTADO DE  
SALUD ACTUAL ( ) TRATAMIENTO ( ) AUTOCUIDADO ( )

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

#### 14 SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

¿DEMUESTRA COMODIDAD CON SU PROPIA IDENTIDAD SEXUAL? ¿POR QUÉ?

ENFERMEDADES QUE DIFICULTEN LA FUNCION SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ETS ( ) ESPECIFICAR:  
\_\_\_\_\_ OTRAS ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

GENITALES: ERUPCIÓN ( ) IRRITACIÓN ( ) LESIONES ( ) SECRECIÓN ( )

**MUJER:** MENARCA: \_\_\_\_\_ RITMO: \_\_\_\_\_ FLUJO: \_\_\_\_\_ CANTIDAD: \_\_\_\_\_ FUM: \_\_\_\_\_  
AMENORREA ( ) IVSA ( ) HIPERMENORREA ( ) METRORRAGÍA ( ) NO PAREJAS SEXUALES ( )  
CIRCUNCIDADO ( ) MENOPAUSIA ( ) P:F: ( ) ¿CUÁL? \_\_\_\_\_ PAPANICOLAO ( )  
FECHA: \_\_\_\_\_ RESULTADO: \_\_\_\_\_ **MAMAS:** TURGENTES ( ) FLACIDAS ( )  
MASAS ( ) SIMETRICAS ( ) ASIMETRICAS ( ) GRIETAS ( ) SANGRADO ( ) GALACTORREA ( )  
DOLOROSAS ( ) HIPEREMICAS ( ) PEZON: FORMADO ( ) INVERTIDO ( ) PLANO ( ) SEMIPLANO ( )  
EXAMEN MENSUAL DE MAMA: SI ( ) NO ( ) ¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

#### SOLO EMBARAZADAS

HISTORIA DEL EMBARAZO: GESTA: \_\_\_\_\_ PARTOS: \_\_\_\_\_ ABORTOS: \_\_\_\_\_ CESÁREAS: \_\_\_\_\_ LUI ( )  
OBITOS: \_\_\_\_\_ FUP: \_\_\_\_\_ FUM: \_\_\_\_\_ FPP: \_\_\_\_\_ SDG: \_\_\_\_\_ FU  
\_\_\_\_\_ F.C.F \_\_\_\_\_

LOQUIOS: HEMATICOS ( ) SEROHEMATICOS ( ) SEROSOS ( ) FETIDOS ( ) COAGULOS ( )

**HOMBRES:** ANTIGENO PROSTATICO NO ( ) SI ( ) RESULTADO: \_\_\_\_\_ PENE: CIRCUNCIDADO ( )  
LESIONES ( ) SECRECION: PURULENTA ( ) SANGUIÑOLENTA ( ) EXAMEN MENSUAL DE TESTÍCULOS: SI ( )  
NO ( ) ¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

EXAMEN MENSUAL DE MAMA/TESTÍCULOS: SI ( ) NO ( ) ¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

---

---

\_\_\_DATOS DE DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) INDEPENDIENTE ( )

AREA DE DEPENDENCIA: FALTA DE FUERZA ( ) FALTA DE VOLUNTAD ( ) FALTA DE CONOCIMIENTOS ( )

ENFERMERA: \_\_\_\_\_

## **11.2 PRE ECLAMPSIA**

### **Definición**

Botero U (2001), refiere que es un desorden de etiología desconocida que se caracteriza por: hipertensión, edema y proteinuria. Casi siempre se encuentran los tres síntomas aunque el primero de ellos es el más importante para el diagnóstico. Se presenta después de la vigésima semana de la gestación y en forma grave, puede culminar con convulsiones o coma.

### **Etiología**

La etiología de la pre eclampsia/eclampsia aun no se conoce con precisión; se considera de origen multifactorial incluyendo alteraciones placentarias, vasculares, genéticas, metabólicas, renales, hepáticas, hematológicas, inmunológicas, o mixtas a las que se suman factores culturales, sociales, económicos y geográficos, no obstante la prevención juega un papel muy importante para evitar la muerte por esta patología, para ello debe ponerse especial atención en acciones educativas y de auto cuidado que permitan la detección oportuna para realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. En este sentido el control prenatal, la referencia de los casos y la atención de la urgencia obstétrica revisten una vital importancia.

### **Clasificación**

#### Pre eclampsia leve

1. Presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg en una mujer previamente normotensa. Se requieren por lo menos dos tomas con diferencia de 6 h entre cada una, con reposo de la paciente durante un lapso no mayor de siete días.
2. Proteinuria mayor o igual a 300 mg en una recolección de orina de 24 h o reporte en tira reactiva de por lo menos 30 mg/dL (1+) en dos muestras de orina, tomadas al azar con diferencia de 6 h entre cada

una, pero en un lapso no mayor de siete días, sin evidencia de infección de vías urinarias.

### **Pre eclampsia grave**

La preeclampsia se considera será cuando la paciente presenta uno o más de los siguientes criterios:

1. Tensión arterial sistólica mayor o igual a 160 y/o diastólica mayor o igual a 110 mm Hg en dos ocasiones, al menos con una diferencia mínima de 6 h entre uno y otro registro.
2. Proteinuria de 2 g o más en orina de 24 h o bien 3+ en examen cuantitativo con tira reactiva en una muestra de orina tomada al azar.
3. Oliguria: diuresis menor de 500 ml en 24 h.
4. Creatinina sérica 1.2 mg/dl
5. Trastornos cerebrales o alteraciones visuales persistentes.
6. Edema agudo o en cuadrante superior derecho del abdomen.
7. Disfunción hepática con elevación al doble de la transaminasa glutámico-oxalacética (TGO) o de la transaminasa glutámico-pirúvica (TGP) sobre las cifras basales previas o elevación de TGO o TGP > 70 UI.
8. Disfunción hepática con elevación al doble de la transaminasa glutámico-oxalacética (TGO) o de la transaminasa glutámica-pirúvica (TGP) sobre las cifras basales previas o elevación de TGO o TGP.
9. Trombocitopenia (<100 000 mm<sup>3</sup>)
10. Coagulación intravascular diseminada (CID).
11. Cianosis
12. Restricción en el crecimiento intrauterino (RCIU) debido a insuficiencia útero placentaria.

### **Factores de riesgo**

- Deficiencia de control prenatal
- Desnutrición

- Obesidad
- Intervalo intergenésico menos de 2 años.
- Mujer menor de 18 años y mayor de 35 años.
- Primigesta o multigesta
- Pre eclampsia o eclampsia en embarazos anteriores.
- Infección de vías urinarias frecuentes
- Diabetes Mellitus ( tipo 1, 2 o gestacional)

### **Diagnóstico**

- Orina de 24 horas para proteína mayor o igual a 300 miligramos.
- Puede ver elevación de la creatinina y BUN sérico.
- Sonograma o prueba sin tensión para valorar la placenta y el feto.
- Aumento brusco de la presión arterial, trombocitopenia o enzimas hepáticas elevadas, después de veinte semanas de gestación.
- Hipertensión gestacional diagnosticada después de veinte semanas de gestación, sin proteinuria. Puede ser transitoria, si la presión desaparece antes de las 12 semanas del puerperio o; hipertensión crónica, cuando persiste después de las 12 semanas.

### **Manejo de la preeclampsia leve**

- Dieta normo sódica
- Reposo
- Acido fólico y calcio
- Iniciar con alfa metildopa de 250 a 500mg VO cada 8 horas e hidralazina de 10 a 50 mg VO cada 8 horas.
- En la pre eclampsia severa alfametildopa 500mg VO cada 8 horas e hidralazina de 50mg cada 8 horas.
- Nifedipino tabletas 10 a 20mg (180mg al día) o preparaciones de acción prolongada (120mg al día)

- Verificar la presencia de movilidad fetal
- Valorar crecimiento uterino
- Ultrasonido (valorar líquido amniótico)
- Perfil biofísico.

### **Manejo de la preeclampsia grave**

Los pacientes con presión arterial mayor a 160/110 mm/Hg o con otros signos de pre eclampsia grave deben ser ingresadas al hospital quienes permanecerán en cama y en reposo además de ser monitorizadas, para prevenir las convulsiones, disminuir la presión arterial y dar curso al parto, basándose en la decisión que tome en cuenta la condición materna y el grado de madurez.

- Reposo en cama.
- Monitorización de signos vitales
- Catéter Foley para evaluar proteínas cada hora.
- Catéter endovenoso con Dextrosa a 5 % con Lactato Ringer de 50 a 125ml/h.
- Monitoreo externo para observar contracciones uterinas y la frecuencia cardiaca fetal.
- Laboratorios (recuento sanguíneo completo y plaquetario, urea, nitrógeno sanguíneo BUN, creatinina y ácido úrico, electrolitos y AST, ALT, LDH)
- Medicación

#### a) SULFATO DE MAGNESIO:

Dosis de inicio: 4 a 6 g diluidos en 100 mL, administrados EV en un tiempo 15 a 20 min, seguido de:

Infusión continua: 2 a 3 g por hora

Monitorear:

Niveles de magnesio (rango terapéutico = 4 a 8 mg/dL)

Reflejos

Estado mental

Estado respiratorio

Excreción urinaria

- Para la presión arterial diastólica mayor a 110 administre uno de los siguientes anti hipertensivos para lograr disminuir de 90 a 100.
  - a) Hidralazina 5 a 10 mg endovenoso cada 15 a 30 minutos.
  - b) Labetalol 20mg endovenoso, repetir cada 1 a 20 min.
  - c) Nifedipino 10mg vía oral repita cada 20 minutos.

### **Complicaciones maternas**

- Síndrome de Hellp
- Hemorragia
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Insuficiencia renal aguda
- Edema pulmonar agudo
- Edema cerebral
- Coagulación intravascular diseminada
- Muerte

### **Complicaciones fetales**

- Prematurez
- Retardo del crecimiento uterino
- Oligohidramnios

## 11.3 PUERPERIO

### Definición

Botero U., (2001), refiere que el puerperio es el periodo que comprende desde el final del parto hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo.

Es un periodo largo, de aproximadamente seis semanas de duración o hasta la aparición de la primera menstruación.

### Cambios fisiológicos en el puerperio

#### ➤ Fenómenos de involución uterina:

El útero sufre una reducción rápida en volumen y peso, disminuye de 30 a 32 cm que mide al final de la gestación a unos 7 - 8 cm y de 1500 g a 60 – 80 g de peso.

A la vez que el útero involuciona desaparece el segmento inferior del cuello uterino, formado en la segunda mitad de la gestación.

Así mismo las fibras musculares hipertrofiadas del miometrio comienzan a recobrar su longitud normal y desaparecen también numerosas fibras neoformadas en la gestación. Este fenómeno se produce exagerado y así el número de fibras musculares que desaparecen es mayor a las neoformadas, esto explica la tendencia a predominio del tejido conjuntivo en el útero de grandes multíparas.

#### ➤ Endometrio:

Durante los primeros 25 días de puerperio se produce la cicatrización espontánea del endometrio, es espontánea porque la cicatrización es independiente de estímulos hormonales conocidos. Tras esto el endometrio crece discretamente en espesor y esto si es dependiente del estímulo estrogénico.

Después de 40 – 45 días tras el parto, reaparece la primera menstruación aunque este primer ciclo, a veces primeros, suele ser anovulador. Si la

madre da lactancia el endometrio permanece en reposo, sin estímulos hormonales o con estímulos insuficientes. Lo más frecuente es que no exista ciclo genital ni menstruación durante la lactancia, aunque no siempre es así.

➤ Cicatrización:

El cuello uterino, vagina, vulva, himen y perineo suelen cicatrizar de modo rápido si existe buena higiene durante el puerperio. La cicatrización del himen nunca es perfecta, pierde uniformidad y sus restos se llaman carúnculas multiformes.

➤ Normalización hormonal:

Los estrógenos cuya concentración plasmática había aumentado unas mil veces en la gestación, se normalizan a los 3 – 4 días del parto, la progesterona a los 10 días, la gonadotropina y el lactógeno placentario son indetectables a los 8 – 10 días. La hormona tiroidea y el cortisol se vuelven normales a los 6 – 8 días.

➤ Entuertos:

Son contracciones uterinas dolorosas propias del puerperio. Se presentan con mayor intensidad en las primeras horas y más en multíparas que en primíparas sin saber por qué. También aumenta la intensidad de los entuertos la lactancia por la liberación de oxitocina. No es aconsejable la administración de inhibidores de la contracción uterina porque se facilita la pérdida hemática, sin embargo si puede precisarse tratamiento analgésico.

➤ Loquios:

Pérdidas que fluyen por los genitales externos durante el puerperio, es la suma de exudado producido en la regeneración endometrial, las secreciones cervicales y el exudado de los desgarros en fase de cicatrización.

Los primeros son rojos debido al predominio de sangre en su composición, luego adquieren color rosado.

Cuando cesa la hemorragia y predominan los leucocitos propios de la reparación hística son de color amarillento.

Los loquios tienen un olor característico pero en condiciones normales no son fétidos, si así lo fueran indicarían un proceso inflamatorio en el canal del parto.

➤ Calostro:

Secreción expulsada a través del pezón rica en minerales, proteínas e inmunoglobulinas y pobre en lactosa y ácidos grasos, dura aproximadamente los cinco primeros días. Las hormonas que intervienen en la lactancia son:

La prolactina, que favorece la producción de leche que se queda en el alveolo mamario.

La oxitocina, que produce eyección de leche estimulada por la succión del niño.

➤ Ingurgitación mamaria:

Las mamas aumentan su tamaño y su temperatura, esto va seguido de una reacción febril que no puede superar los 38° C ni las 24 horas en tiempo.

La ingurgitación se debe a la gran vasodilatación producida en los vasos mamaros, y en los conductos linfáticos que se llenan de sangre entre el segundo y cuarto día.

### **Valoración de enfermería**

Realizar por lo menos una visita al día y vigilar:

- Signos vitales
- Cuidados a la herida quirúrgica
- Involución uterina
- Vigilar características de loquios
- Hábito intestinal
- Profilaxis trombo embolica
- Vigilar si existe depresión
- Fomentar la lactancia materna
- Vendaje abdominal
- Fomentar a la de ambulación y al ejercicio
- Informar sobre la dieta que debe de llevar.
- Informar sobre métodos anticonceptivos.

