



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



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNAPACIENTE QUE
CURSA CON PUERPERIO FISIOLÓGICO MÁS OCLUSIÓN TUBARICA
BILATERAL BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
INGRID HERRERA JÍMENEZ
No. DE CUENTA: 410137365**

**DIRECTORA ACADÉMICA:
MAESTRA MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ**

CIUDAD DE MÉXICO 2016



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	7
1. CAPITULO I	
1.1 Metodología	8
2. CAPITULO II	
2.1 Marco Teórico	9
2.1.1 Definición de enfermería	9
2.1.2 Generalidades del Proceso de Atención de Enfermería	13
2.1.2.1 Concepto del Proceso Atención de Enfermería	13
2.1.2.2 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	16
2.1.3 Bases del Modelo de Virginia Henderson	37
2.1.3.1 Datos biográficos	43
2.1.3.2 Necesidades básicas según Virginia Henderson	45
2.1.3.3 Conceptos básicos de enfermería	46
2.1.3.4 Afirmaciones teóricas de Virginia Henderson	47
3. CAPÍTULO III	
3.1 Aplicación del Proceso de Enfermería	48
3.1.1 Ficha de identificación	49
3.1.2 Presentación del caso	49
3.1.3 Valoración con el Modelo de Henderson: 14 Necesidades	52
3.1.4 Diagnósticos de Enfermería	62
3.1.5 Plan de Cuidados. Intervenciones NOC y NIC	78
3.2 Plan de alta: Programa de educación para la salud	147
CONCLUSIONES	148
SUGERENCIAS	149

ANEXOS Imágenes Cambios anatómicos y funcionales	150
ANEXO 1.- GLOSARIO	154
ANEXO 2.-Puerperio fisiológico	156
REFERENCIAS	170

Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme elaborar el trabajo.

Doy gracias a mi familia por su apoyo durante la elaboración de este trabajo.

Quiero expresar mi agradecimiento a mi hijo Santiago y pedirle disculpas por quitarle tiempo a sus cuidados.

Expreso mi agradecimiento a mis padres y a mi hermana por apoyarme en mi vida.

Agradezco a la maestra Margarita González Vázquez y a mi coordinadora Maricruz Aguilar Martínez por haberme supervisado e impulsado en la elaboración de este trabajo y perfeccionarme como enfermera.

Un reconocimiento especial a la institución que me formó y en la cual trabajo. “El Instituto Mexicano del Seguro Social” por permitir mi crecimiento y desarrollo profesional con cariño y respeto.

Por último, quiero agradecer y reconocer a ti Ingrid por querer superarte en la vida.

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica de enfermería, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, resulta de vital importancia para proporcionar mejoría en el estado de salud.

El cuidado como eje de la práctica profesional de enfermería y como elemento paradigmático de la disciplina, precisa de un cuerpo de conocimientos y de una visión específica propia, que parte de un pensamiento reflexivo, de actitudes y valores como características del contexto profesional, teniendo como referente los diferentes modelos de cuidado de enfermería.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o a las alteraciones de salud reales o potenciales con la finalidad de diagnosticar las necesidades de salud y así poder planificar los cuidados competentes que favorezcan la relación en este caso al binomio madre e hijo fomentando, la lactancia materna tan pronto como sea posible, preferentemente la primera hora posparto.

En el estudio se encuentran los objetivos, la justificación, la metodología, el marco teórico que describe el Proceso de Atención de Enfermería y las etapas que lo integran, el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus catorce necesidades, la patología y fisiopatología, Plan de cuidados de enfermería, Plan de alta, Conclusiones, Anexos y Bibliografía que pretende servir de apoyo a la docencia y a la práctica profesional.

JUSTIFICACION

La realización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), además de ser una opción de titulación en la carrera de Licenciada en Enfermería y Obstetricia, es el método para que los profesionales de enfermería brinden atención integral al paciente.

La participación que enfermería realiza con el binomio madre e hijo se centra en el cuidado como eje de la práctica profesional de enfermería y como elemento paradigmático de la disciplina precisa de un cuerpo de conocimientos y de una visión específica propia, que parte de un pensamiento reflexivo, de actitudes y valores como características del contexto profesional, teniendo como referente el Modelo de cuidado de Virginia Henderson.

La atención de enfermería es una actividad de gran importancia durante el embarazo, parto y puerperio. Ya que con la participación adecuada sobre la vigilancia y control de la mujer en la etapa gestacional mantiene a la madre libre de riesgos.

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. El presente trabajo plasma de una manera objetiva el abordaje profesional del puerperio fisiológico más Oclusión Tubarica Bilateral, con aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

OBJETIVO GENERAL:

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a una paciente que cursa puerperio fisiológico mas OTB, que nos permita brindar los cuidados en base a la detección de necesidades, priorizando actividades de enfermería que impacten a corto plazo, de forma estructurada, lógica y sistemática, con la finalidad de establecer la recuperación e integración a su medio social y adoptar estilos de vida saludable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Aplicar una valoración en forma integral al paciente mediante el modelo conceptual de Virginia Henderson, que permita establecer la condición actual del paciente
- Identificar los problemas reales y/o potenciales del paciente para determinar los diagnósticos adecuados de enfermería y poder llevar a cabo un plan de acción para su mejoramiento.
- Establecer un plan estratégico de intervenciones en enfermería para cubrir las necesidades básicas y/o prioritarias de la persona que se brindara los cuidados.
- Ejecutar las intervenciones requeridas en el paciente para su recuperación y lograr la adaptación al medio social
- Evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería, que se llevaron a cabo y si fueron de beneficio para la mejoría de la persona

CAPITULO I

Metodología

Para la realización del presente proceso de atención de enfermería, se abordó a una paciente en etapa post parto en el servicio de alojamiento conjunto de un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social de Córdoba Veracruz, Inicé el primer paso presentándome y solicitando autorización para aplicarle el Proceso Atención de Enfermería.

En la valoración se realizó una entrevista para obtener datos de importancia como antecedentes familiares, información general sobre los hábitos alimentos e higiene además se realizó una exploración física, finalmente pedí la autorización para hacerle visitas domiciliarias, accedió y programamos las fechas en conjunto con la paciente.

El objetivo de la visita es dar seguimiento a la paciente para su pronta recuperación. También se orientó sobre las medidas preventivas. Se dio paso a una exploración física observando ala paciente y se realizó historia clínica, se realizaron los diagnósticos de enfermería tomando en cuenta las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson, proceso atención enfermería (NANDA), NOC Y NIC.

Se recopiló información de diferentes fuentes bibliográficas para sustentar los aspectos teóricos de la elaboración de este proceso fundamentado con diferentes autores.

CAPITULO II

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Definición de enfermería

Es “la ciencia” (Leddy 1989:22) y el “arte” (Iyer 1997p:2) de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento” (Alfaro 1999:73) de las “respuestas humanas” (Iyer 1997p:4) del “individuo, familia y comunidad a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales (...)” (Luis 1998 p:6); así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.

(Rodríguez, 2002)

Enfermería como profesión

La enfermería ha ido evolucionando en el tiempo a medida que se ha estudiado y reconocido el desarrollo de la enfermería, no solo como profesión sino también como disciplina de cuidado indispensable para responder a la demanda social de salud y vida de la persona. Asimismo, la evolución de su definición es debido a que es el profesional de enfermería quien ha asumido y se ha comprometido a establecer y socializar definiciones que verdaderamente orienten y proyecten lo que es la enfermería profesional. (Sotomayor, 2011)

Es claro que, en la actualidad, la enfermería profesional implica el tener cualidades para crear y construir permanentemente la profesión, requiere por tanto de una preparación y un talento científico, técnico y humano para enseñar y para ayudar a suplir las necesidades del individuo como ser único, e incorporarlo a su entorno, familia y comunidad (Sotomayor, 2011:14)

Enfermería como disciplina

La enfermería como disciplina comprende como objeto desarrollar conocimientos, actitudes al cuidar que se asocian al arte y técnicas que se encargan del cuidado del individuo tanto sano como enfermo, así como en todos los contextos y

procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear y recrear el cuidado. (Sotomayor, 2011:8)

El cuidado como objeto de estudio

La enfermería como disciplina profesional ha proclamado el CUIDADO como objeto de estudio se hace necesario que, desde el punto de vista epistemológico, jurídico, y ético se pueda hacer una sustentación de la importancia que reviste este concepto para los profesionales y para las personas que reciben el cuidado con el fin de poder lograr una aproximación integral que conforme un cuerpo teórico fundamental para la disciplina profesional y que sea aplicable en el desempeño cotidiano.

El desarrollo del conocimiento en enfermería ha venido evolucionado desde los primeros inicios de un hacer vocacional centrado en el oficio de tareas y actividades hacia la consolidación de una disciplina profesional, en la que se ha logrado desarrollar una serie de modelos y teorías articulados a la práctica profesional, que constituyen el cuerpo de conocimientos que sustentan el ejercicio profesional y disciplinar.

Los procesos de investigación orientados a la validación de modelos y teorías, a la comprensión de los fenómenos relacionados con el quehacer y el saber en enfermería, han permitido el fortalecimiento y descubrimiento de nuevas vías orientadas a la búsqueda y calidad de la atención de enfermería. En esta búsqueda permanente de responder a las necesidades de los pacientes se hace necesario seguir profundizando en nuevas alternativas que permitan una mejor atención y consolidación de estrategias tanto de promoción y prevención como medidas terapéuticas orientadas al bienestar de las personas y a la comprensión de los significados que conllevan los procesos vitales de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad.

Desde el punto de vista jurídico el ejercicio profesional de Enfermería, señala como la profesión de enfermería comparte los mismos intereses del sector salud en cuanto a la preocupación por “dar un cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludable

que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.”

Desde el punto de vista ético, el cuidado de enfermería constituye un reto permanente que confronta permanentemente al profesional con la dignidad y el respeto por la persona, por sus derechos y necesidades, lo cual exige la participación activa y responsable en los procesos relacionados con la salud y la enfermedad. La reflexión permanente frente a los constantes avances tecnológicos, su utilidad y beneficios frente a la calidad de vida de las personas se constituyen en aspectos relevantes en la reflexión de los profesionales de la salud.

El cuidado ha sido identificado como objeto de estudio y eje del ejercicio profesional, al ser intencional, interpersonal e intransferible, como lo plantea Colliere (1982), cuando expresa lo siguiente:

El cuidado humano en enfermería no es una simple emoción, preocupación o un deseo bondadoso; cuidar es el ideal moral de enfermería, el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana; implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento y acciones de cuidado (Colliere, 1982).

La dinámica del cuidado de enfermería se orienta a la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que se cuida (Grupo de cuidado, 1998).

En este sentido, Colliere (1982) define al cuidado como:

Cuidar es, ante todo, un acto de VIDA, en el sentido de que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la VIDA y permitir que ésta se continúe y se reproduzca... Es un proceso interactivo por el que la enfermera y la persona se ayudan mutuamente a desarrollar sus potencialidades, a actualizarse y transformarse hacia diferentes niveles de bienestar (Colliere, 1982).

La práctica de enfermería centrada en el cuidado requiere de un método y de la aplicación de conocimientos que le den sustento, así como del ejercicio de juicio crítico que lleve a intervenciones reflexionadas. El cuidado tiene diferentes connotaciones: **cuidar de sí mismo, cuidar de otros y cuidar con otros** (Colliere, 1982).

En consecuencia, el centro de la praxis de la enfermería es el cuidado a la persona, que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud, situaciones relacionadas con el nacimiento, el crecimiento, el desarrollo y los problemas, incluyendo la enfermedad y la muerte.

Estas experiencias pueden requerir de la colaboración de otras personas, como la familia, los amigos y otros profesionales de la salud (Colliere, 1982).

Colliere (1982) afirma lo siguiente:

[...] encontrar el sentido original de los cuidados es fundamental para la enfermería, ya que en todas las sociedades del mundo, independientemente de la evolución tecnológica con la que cuenten, los cuidados de la vida cotidiana siguen siendo indispensables; corresponde a los profesionales de la enfermería darles un lugar prioritario, centrarlos en los que ayudan a vivir y por eso mismo, hacer evidente el valor de su función: la función de cuidar, que no depende de la práctica médica sino que requiere del juicio y de las decisiones profesionales [...] (Colliere, 1982).

A menudo, el cuidado es invisible, pues cuidar o preocuparse por alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su camino, estar presente, son acciones invisibles. La enfermera invita a la persona a tomar conciencia de sus elecciones de salud, a actuar y a llevar a cabo las actividades ligadas a la salud; por lo tanto, el papel de las enfermeras consiste en hacer posible la acción personal de quien cuidan (Kérouac, 2005).

Por tal razón, el cuidado requiere de una reflexión disciplinar. Es decir, además de reconocer la necesidad del carácter científico constitutivo del mismo y la explicación de fenómenos relacionados con el cuidado, es necesaria la reflexión acerca del lenguaje con el que se construyen dichas explicaciones. El cuidado, además de entenderse como el objeto de estudio, es también una cualidad implícita a la cultura que se expresa en el individuo, la familia y la sociedad. Por lo tanto, debe ser concebido dentro de categorías y relaciones compartidas entre comunidades de investigación. Es decir, buscar las semejanzas o las diferencias en su concepción compartidas por una comunidad (Khun, 2005).

Bajo estas consideraciones, se propone el siguiente concepto el cuidado es la expresión del trabajo amoroso, científico y técnico, que la enfermera realiza junto con la persona, con el propósito de desarrollar sus potencialidades, para construir

formas de bienestar, mantener la vida, recuperar la salud o preparación para la muerte, que ocurre en los diferentes escenarios donde se desarrollan las personas o donde procuran su salud (Cárdenas, 2004).

2.1.2 Generalidades del Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de atención en enfermería es un conjunto de pasos que permiten realizar análisis de la situación del estado de salud de un paciente, familia o comunidad y nos permite crear condiciones adecuadas y eficientes, con la finalidad de obtener el mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

2.1.2.1. Concepto del Proceso Atención de Enfermería

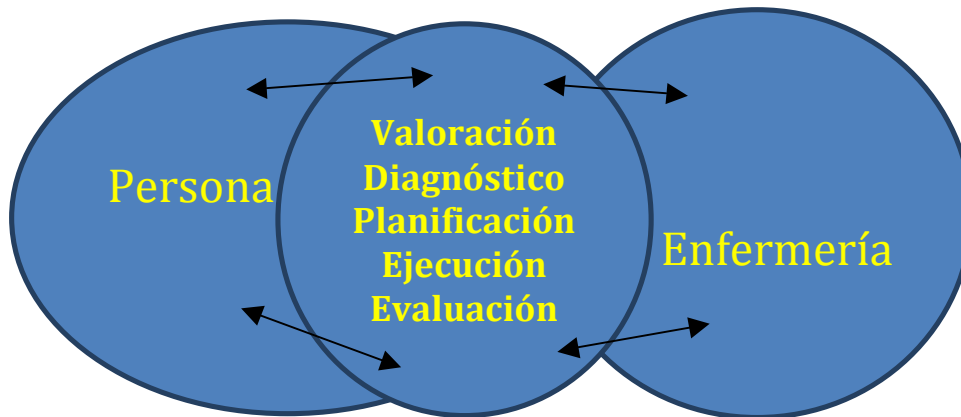
“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (...) de forma eficiente” (Alfaro, 1999:4).

Objetivos

- Establecer una base de datos.
- Identificar las necesidades de los pacientes.

- Determinar:
 - Las prioridades de los cuidados.
 - Poner en práctica los objetivos.
 - Evaluar los resultados esperados.
- Establecer un plan de cuidados programando las actividades de enfermería.
- Determinar la eficacia con respecto a los resultados esperados.

Interrelación entre el paciente y enfermería.



Fuente: m.exam.10.com/medicina/17168/index.html (imágenes)

Ventajas del Proceso de Enfermería con respecto al paciente.

- 1º- Permite dar cuidados integrales de forma individual y continúa asegurando la calidad de cuidados.
- 2º- El plan de cuidados está centrado en las 'respuestas humanas' y no en tratar a la enfermedad.
- 3º- Fomenta el establecimiento de objetivos comunes.
- 4º- Estimula la participación del paciente a participar en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud.
- 5º- Evita la reiteración de información del paciente a cada enfermero/a.
- 6º- Logra una continuidad de los cuidados.

Ventajas del Proceso de Enfermería para el equipo de enfermería.

- 1º- Constituye un instrumento para evaluar continuamente la calidad del proceso.
- 2º- Permite realizar las actividades de forma eficaz y eficiente y dirigido a los objetivos planteados.

- 3º- Hace posible la investigación en enfermería.
- 4º- Facilita la comunicación entre profesionales de enfermería.
- 5º- Permite trabajar de forma ordenada y con los mismos criterios.
- 6º- Racionaliza el tiempo, el trabajo y los recursos.
- 7º- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución de los resultados.
- 8º- Coordina los esfuerzos de todo el equipo de enfermería.
- 9º- Previene de acciones legales.

Características

- Finalidad. Conseguir cuidados de 'calidad' dirigidos al paciente, familia o comunidad.
- Dinámico y Flexible. Responde a un cambio continuo capaz de adaptarse a las necesidades del paciente.
- Universal. Pues se adapta a todos los campos de enfermería (atención primaria y Hospitalaria)
- Sistemático. Parte de un planteamiento programado para alcanzar los objetivos.
- Individual. Porque permite prestar cuidados individualizados centrándose en la persona y no en la tarea.
- Interpersonal. El proceso exige que el personal de enfermería se comunica directa e individualmente con el paciente.
- Continuo. Porque exige una evaluación y modificación continua de forma sistemática del proceso dependiendo de toda la información que conforma en todo el día.

2.1.2.2 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

Etapa de valoración

La Valoración es la primera etapa del proceso para determinar el estado de salud de la persona, preferentemente se deben valorar las cinco áreas: biofisiológicos, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espirituales, con la finalidad de hacer una valoración holística.

Para realizarla se utilizan procedimientos tales como: la entrevista, y el examen físico, que permiten reunir la información necesaria de la persona para conocer su estado general de salud.

La Valoración, se define como “Un proceso organizado y sistemático de recolección de información sobre el estado de salud de la persona, familia o comunidad”. (Alfaro: 2008)

Esta etapa sienta las bases para el desarrollo de todo el proceso, su importancia radica en que, de la veracidad, exactitud, congruencia, integración, de los datos obtenidos será la validez que tengan las siguientes etapas del proceso.

La enfermera, como cuidadora, debe reconocer e identificar los rasgos o características del cuidado que provee, para comprender la relevancia de la aplicación de los modelos y teorías en enfermería, que además de contribuir con la coherencia y cohesión del conocimiento en la práctica disciplinaria; favorecen el desarrollo y crecimiento de la disciplina, contribuyen con la identidad de la profesión, el liderazgo, promueven los valores éticos y garantiza la aplicación de un cuidado humanizado, integral, continuo y de calidad centrado en las necesidades del paciente, familia o colectivo.

De lo anterior se debe considerar que cada uno de estos marcos de referencia se deriva lenguajes diferenciados, los que se constituyen en herramientas personales para el profesional de enfermería y que en la medida en que se utilicen serán parte del dominio disciplinar, expresados en los registros clínicos.

Tipos de datos: objetivos y subjetivos:

Datos subjetivos

Se refieren a las percepciones de las personas sobre sus problemas de salud, la persona lo expresa verbalmente o por escrito.

Datos objetivos.

Se refieren a las observaciones o mediciones de datos somáticos fisiológicos, fisiopatológicos, hábitos costumbres entre otros; realizadas por el profesional de enfermería, estas se encuentran organizadas para su medición en diferentes sistemas estandarizadas de forma universal.

Fuentes de datos: la persona, la familia, otros profesionales y expediente clínico.

Fuentes de recolección de datos valoración.

Directa ———> Persona.

Indirecta ———> Familiares, Profesionales de la salud, expediente clínico.

Para llevar a cabo la valoración, es necesario recabar la información a través diversas fuentes de valoración las cuales pueden ser de forma directas o indirectas.

Se considera que la persona es la fuente de información directa, debido a que, es quien puede responder sobre su estado de salud, estilo de vida, las enfermedades que padece, actuales y anteriores, la percepción de los síntomas y signos además de la forma en que evolucionan.

Cuando la persona se encuentra grave, con trastornos mentales, desorientado, inconsciente o corresponde a la etapa de lactancia o infancia, los familiares y allegados se convierten en fuentes de información, (indirectas), y son quienes proporcionan los datos con respecto al estado de salud-enfermedad.

Otros profesionales de la salud, refiriéndose a los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas que brindan cuidados sanitarios de la persona, son quienes contribuirán a notificar información relevante entorno a su salud y evolución.

El Expediente clínico es un instrumento utilizado en la atención de cada uno de los pacientes considerándose una fuente indirecta debido a que nos proporciona información sobre el estado de salud de la persona y su evolución, se define como:

“Un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud debe hacer registros, anotaciones y certificaciones del paciente correspondiente a su intervención, con arreglo a las disposiciones reglamentarias”.

(NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1999, DEL EXPEDIENTE CLINICO)

Este instrumento, es normado por la Secretaria de Salud, organismo oficial que tiende a sistematizar, homogeneizar y actualizar establece criterios científicos, tecnológicos éticos y administrativos obligatorios para su elaboración, integración, uso y archivo el cual fue publicado el 30 de septiembre de 1999.

El personal de enfermería adquiere una responsabilidad ético legal en el manejo del expediente clínico, por lo tanto, debe considerar la normatividad para elaborar registros, gráficas, integración y uso del mismo en la elaboración del proceso de enfermería.

De la oportunidad, veracidad de los registros acotados será la calidad de la información que posibilite el análisis médico, administrativo y legal, para la terapéutica prescrita al paciente, así como para diferenciar la responsabilidad que le compete al personal de enfermería y de esta manera poder evaluar los cuidados planeados y ejecutados.

Recolección de datos: observación, entrevista y valoración física.

Para la recolección de la información se utilizan diferentes medios y métodos que requieren del desarrollo de habilidades, destrezas y conocimientos en íntima relación con la práctica, de manera que se conviertan en una experiencia cotidiana de la enfermera.

Medios para llevar acabo recolección de datos.

Observación

Entrevista

Exploración Física: Inspección, Palpación, Percusión, Auscultación, Olfato.

Observación

Es un medio que requiere de la utilización de todos los sentidos para la obtención de información relevante sobre la persona y su entorno, con respecto a su estado de salud-enfermedad.

Con la observación se obtienen datos de la persona en todas sus esferas (biológica, psicológica, social y espiritual), se organiza la información y es determinada por el modelo teórico empleado, para el desarrollo de la práctica profesional.

Al realizar la observación sin una estructura metodológica conlleva a la obtención de datos aislados a modo de “destellos” que dificulta la comprensión de los significados del problema de salud o necesidad afectada.

Existe una diferencia entre la observación y la inspección, esta última fija su atención en aspectos más generales y superficiales. Un elemento importante cuando se utilice este procedimiento es la “objetividad” con el fin de evitar que esta tenga interpretaciones equivocadas con respecto a la realidad por lo que es pertinente la verificación con la persona.

La Entrevista

Es un medio de valoración que implica un modelo de comunicación, se inicia con un fin específico y centrado en un área de contenido específico, cuya finalidad es el obtener la historia de salud, identificar las necesidades humanas y los factores de riesgo a la salud, se identifican los cambios específicos ocurridos en el bienestar y el estilo de vida de la persona.

Se considera la base fundamental en esta etapa; ya que implica que el personal de enfermería escuche a la persona, establezca una relación empática enfermera-paciente, para obtener información precisa y validar los datos obtenidos (objetivos y subjetivos).

Fases de la entrevista:

La realización de la entrevista se lleva a cabo en tres fases que se muestran a continuación:

Fase 1

Orientación: Implica el establecimiento de la relación enfermera-persona, dándole a conocer la finalidad de la entrevista, los tipos de preguntas que se formularan y el papel que tiene la persona durante el proceso.

Fase 2

Fase de trabajo: el personal de enfermería formulará preguntas para establecer la base de datos y así poder establecer el plan de cuidados enfermeros.

Fase 3

Finalización: Se requiere de la habilidad por parte de entrevistador en la cual se le notificará a la persona el momento aproximado para la culminación de está

logrando la atención y de este modo obtener datos precisos evitando desviar el objetivo de la misma.

Valoración física

En esta se contempla la medición y registro de las constantes vitales, así como el examen de todas las partes del cuerpo a través de los diferentes métodos a utilizar para llevar a cabo la exploración física.

Estos métodos se llevan a cabo mediante la inspección, palpación, percusión, auscultación y olfato; cada técnica requiere que sigan ciertos principios para asegurar la recolección exacta de los datos. La cual debe ser de forma sistemática, en busca de anomalías que puedan dar información acerca de los problemas anteriores de salud, así como los actuales y los potenciales.

El Propósito de la valoración física es:

- Reunir datos básicos sobre la salud del cliente.
- Complementar, confirmar o reclutar datos obtenidos en la historia de enfermería.
- Confirmar e identificar diagnósticos de enfermería.
- Realizar juicios clínicos sobre los cambios y el control del estado de salud del cliente.
- Evaluar los resultados fisiológicos de los cuidados.

Interpretación de los datos

Para llevar a cabo la interpretación de los datos recabados de la persona; la enfermera, deberá realizarlo a través de un proceso de razonamiento deductivo y de juicio, lo que le permitirá decidir qué información tiene significado en relación con el estado de salud de la persona, siendo que el razonamiento deductivo supone el proceso de atribuir nuevo significado a los datos clínicos conocidos. La valoración de un problema supone obtención, estimación y un juicio de valor y significado de los datos, lo que permite a la enfermera comprender mejor los problemas y buscar relación entre ellos, siendo esta la esencia del pensamiento crítico y la solución clínica del problema de esta forma la enfermera valida y

verifica cualquier inferencia o suposición lográndose la validación por medio de la comprobación de los datos con otra fuente. Los hallazgos obtenidos durante la exploración física se pueden también validar a través de otra enfermera o bien por medio del resumen obtenido de la historia médica realizada.

Una vez que se tienen los datos objetivos y subjetivos de la persona y se han validado e interpretados estos, se procede a la organización de la información en grupos significativos. Durante la agrupación de los datos, la enfermera los reconoce y concentra su atención en las funciones de la persona que precisan apoyo o ayuda para su recuperación.

Registro de los datos significativos

El registro de estos datos significativos, consiste en que, al anotarlos, estos deberán ser de forma minuciosa y exacta. Se considera que es significativa cuando se reflexiona antes de escribir ya que considera una regla básica el anotar todas las observaciones realizadas a la persona. Sin emitir juicios de valor, evitar los términos que tienen una connotación negativa (borracho, desagradable), mantener la confidencialidad de la información, si se realiza una inferencia, apóyala con una evidencia, si se comete un error corregir sin tapar las palabras originales.

Tipos de valoración

General

La valoración general o también llamada básica; hace referencia a la información de manera global, la cual reúne todos los aspectos del estado de salud desde el contacto inicial que se tiene con la persona.

Focalizada

La valoración focalizada, se refiere a los datos que se reúnen para determinar el estado de un aspecto específico.

Para llevar a cabo la valoración general se puede realizar de diferentes maneras, céfalo-caudal, por aparatos y sistemas, por necesidades, por estándares de cuidados.

La Valoración focalizada se centra en problemas concretos o aspectos específicos de los cuidados, se puede responder a las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Cuál es el estado actual del problema? (hay respuestas humanas o factores de riesgo para su aparición)
- 2.- comparando con los datos de referencia (los datos valorados antes del tratamiento) ¿La información indica que el problema ha mejorado, ha empeorado o no ha variado?
- 3.- ¿Qué factores contribuyen al problema y qué se ha hecho al respecto?
- 4.- ¿Cuál es la perspectiva de la persona sobre el estado actual del problema y cómo está siendo tratado?

Esta serie de formulaciones tiene como objeto el poder valorar minuciosamente a la persona y poder brindar un cuidado específico al individuo.

(Sandoval, García, López, 2011)

Etapas de diagnóstico

Dentro del Proceso de Enfermería; la segunda etapa corresponde a “diagnóstico de enfermería”, la cual consiste en la identificación de las respuestas humanas a los problemas de salud, que las enfermeras en el ejercicio de su profesión, basada en sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal están capacitadas para tratar de manera independiente.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), en su propia definición de la profesión destaca la importancia de los diagnósticos de enfermería, mencionando que es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

Esta temática aborda la evolución histórica como etapa diagnóstica, el razonamiento para su construcción de acuerdo con el tipo y clasificación de diagnósticos y la forma de registrarlos.

Conceptos para el término de diagnósticos de enfermería.

Para que la ciencia de una disciplina progrese deben identificarse, definirse y validarse empíricamente los conceptos que describen las materias objeto de su

especialidad. Los sistemas de clasificación para otros profesionales como los médicos, odontólogos, entre otros, se desarrollaron a través de cientos de años y siguen evolucionando.

Desde 1973 la NANDA, inició el establecimiento de denominaciones diagnósticas tomando como referencia la experiencia clínica o la bibliografía relacionada para identificar los fenómenos de salud, desarrollando las características definitorias para establecer estos estados, con la finalidad de que estos diagnósticos dieran las pautas generales para que fueran utilizados por todas las enfermeras.

Esto cambió en 1984, cuando la NANDA estableció un comité de revisión de diagnósticos (Diagnostic Review Committee/DRC) para crear un proceso de estudio y aprobación de los cambios propuestos a la lista de diagnósticos aprobada.

Avant (1990),¹ describió la necesidad de aplicar el arte como la ciencia para aplicar los diagnósticos de enfermería. En primer lugar, se requiere de una fuerza creativa para estimular la creación de conceptos y el desarrollo de denominaciones diagnósticas ingeniosas y estructuras taxonómicas (el arte). En segundo lugar, la validación de los conceptos, los diagnósticos y de enfermería y estructura taxonomía (ciencia). (Carpenito, 1995)²

En marzo de 1990 se publicó la primera edición de diagnósticos de enfermería de manera oficial por la NANDA. Esta revisión tiene como objetivo promover el desarrollo y depuración de los diagnósticos de enfermería y servir de foro para seguir su desarrollo.

Es importante que la enfermera sea consciente de que no trabaja sola, se debe reconocer cuando los problemas están fuera de su competencia y ser capaz de admitir no solo los problemas enfermeros, sino también de los que requieren ser tratados por un médico, enfermera especialista u otro miembro del equipo de salud para resolverlos.

Definiciones del diagnóstico de enfermería con la finalidad de revisar las similitudes de estos autores.

Se describen los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar. (Gordon, 1982)

Es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual). La enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería. (Carpenito, 1988)

En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera (NANDA, 1990).

A manera de conclusión el diagnóstico de enfermería es un proceso de operaciones cognitivas que el profesional lleva a cabo conscientemente para que mediante el procesamiento de datos que ha obtenido en la valoración pueda realizar un juicio clínico detectando la situación de salud o de las necesidades humanas.

Razonamiento diagnóstico e identificación de los problemas: de salud, reales y potenciales

La Enfermería como cualquier otra profesión deberá combinar ciertos factores para poder hacer diagnósticos. Partiendo de la intuición (juicio intuitivo) tendrá que combinar los conocimientos teóricos con una cierta habilidad para poder llegar a materializar los enunciados diagnósticos.

Pero no solo entran en juego estos factores como se muestra en el diagrama, aunque de ellos dependa en gran parte toda la elaboración de un diagnóstico; también tendremos que saber conjugar una buena aptitud para reunir datos y una capacidad intelectual adecuada. Todos estos factores junto con nuestra filosofía personal, el marco conceptual de la profesión y una experiencia cada vez mayor definirán nuestra capacidad para la elaboración de diagnósticos.



Fuente: imagen slide player.es/slide/4079002/

Tipos de diagnósticos de enfermería.

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo con características. Según Carpenito, (1995) un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible.

El diagnostico de Bienestar.

Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar.

El diagnóstico Real.

Describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales.

El diagnóstico de Alto Riesgo o Potencial.

Describe un juicio clínico sobre un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar.

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico:

- Los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte:
- Los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo).
- Y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes etiología, signos y síntomas).

La construcción de los diagnósticos: componentes sustantivos y sintaxis

FORMATO PESS (Gordon 1976)⁷ P+E+SS	FORMATO NANDA (1990)⁸
Dónde:	
P= problema	Etiqueta diagnóstica
E= Etiología	Factores relacionados o factor de riesgo
S=signos y síntomas	Características definitorias

Taxonomía diagnóstica de la NANDA

La importancia de la taxonomía es unificar un lenguaje enfermero común, definir la actividad enfermera, posibilitar el pensamiento crítico y el intercambio de opiniones sobre las necesidades de la persona cuidada, y poder definir un plan de cuidados, unos resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) necesarias para su consecución.

Cada diagnóstico enfermero NANDA consta de nombre o etiqueta, definición, características definitorias y factores de riesgo.

Está dividida en tres partes:

La primera parte incluye el contenido tradicional de “Diagnósticos enfermeros de la NANDA”: definiciones y clasificación, con los diagnósticos ordenados alfabéticamente por el concepto diagnóstico y no por la primera palabra o descriptor del diagnóstico.

La segunda parte describe la estructura de la “Taxonomía II” y cómo se gestó su desarrollo.

La tercera parte incluye guías para la presentación de nuevos diagnósticos, el proceso para apelar la decisión del Comité para la revisión de los diagnósticos, el glosario, etc.

Validación de los diagnósticos

Por Patrones Funcionales de Salud	Según los Modelos de Respuesta Humana	Según las Necesidades Humanas Básicas
Percepción de salud – Modelo de control de la salud Nutricional – Modelo metabólico Modelo de eliminación Modelo de actividad – Ejercicio Modelo de sueño – Reposo Modelo cognoscitivo de la percepción Modelo de autopercepción – Autoconcepto Modelo de papel – Relación Modelo sexual reproductivo Modelo de enfrentamiento – Tolerancia al estrés Modelo de valores – Creencias	Cambio Comunicación Relación Valoración Elección Movimiento Percepción Conocimiento Sentimiento	Respiración Alimentación / Hidratación Eliminación Movilización Reposo / Sueño Vestirse y elegir ropa adecuada Temperatura Higiene / Piel Seguridad Comunicación Religión / Creencias Trabajar / Realizarse Actividades lúdicas Aprender

El Diagnóstico Médico, fija su atención en la patología, tratamiento y curación de la enfermedad, mientras que el diagnóstico de enfermería, se enfoca en la atención de las respuestas humanas de la persona o en los factores que pueden afectar al mantenimiento de su estado óptimo.

(Sandoval, García, López, 2011)

Etapa de planificación

En este tema se abordará la planificación de los cuidados de enfermería tomando en cuenta las prioridades, establecimiento de los objetivos e intervenciones correspondientes al diagnóstico de enfermería, así también se revisa la forma de registrarlos adecuadamente con la finalidad de que este favorezca la comunicación entre las enfermeras y el equipo de salud en el seguimiento de los cuidados individualizados en los diferentes turnos y por supuesto de evaluar la efectividad de los mismos.

Esta tercera etapa se refiere a la planeación diaria que se requiere mientras se brinda cuidado enfermero.

Dentro de esta fase se tienen como objetivos: promover la comunicación entre el equipo multidisciplinario, dirigir los cuidados y documentarla, crear registros para utilizarlos en la evaluación, investigación y propósitos legales; así también proporcionar datos de costo beneficio para la institución por lo que se requiere de un acceso fácil a estos, los planes deben ser claros, específicos y consecuentes.

Los principales componentes del plan de cuidados son:

Objetivos

Diagnósticos de enfermería

Intervenciones de enfermería

Evaluación

Consta de cuatro partes:

- A). Determinación de prioridades
- B). Establecer los objetivos esperados
- C). Determinar las intervenciones de enfermería
- D). Registro del plan

Establecimiento de prioridades

Determinar prioridades es una habilidad cognitiva que requiere desarrollar un pensamiento crítico en el momento de decidir sobre los siguientes aspectos:

¿Qué problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar?

¿Qué problemas son responsabilidad exclusiva del profesional de enfermería?

¿Qué problemas se pueden tratar aplicando planes de cuidado protocolizados o estandarizados?

¿Qué problemas no están incluidos en los planes estandarizados?

Las prioridades se establecen según Kozier, teniendo en cuenta el momento de definir la prioridad:1

- a. La importancia vital del problema encontrado
- b. La jerarquización de las necesidades básicas, de acuerdo con la teoría de Maslow.
- c. La prioridad que les da el usuario.
- d. Los planes de tratamiento médico
- e. Los recursos de enfermería.
- f. El interés particular del programa que se ofrezca por razones preestablecidas.
- g. Importancia a los problemas que tienen que ver con la salud materno-infantil que los que tengan que ver con las enfermedades digestivas.

Durante este momento en algunas instituciones se llevan a cabo acciones, medidas, estándares o bien políticas internas de realizar primero x o y. Sin olvidar que los planes estandarizados son guías que generalmente, pero no en su totalidad, se aplican a situaciones individuales de las personas. La enfermera es responsable de discriminar qué es aplicable y qué no lo es y de individualizar en consecuencia los cuidados del usuario.

Determinación de los objetivos centrados en la persona

Las respuestas reales o potenciales del usuario son considerados problemas y se enuncian utilizando las categorías diagnósticas de Enfermería. Los resultados esperados son situaciones que implican cambios totales, parciales o si no hay

cambios, por lo menos se espera que no haya empeoramiento de necesidad humana.

Los resultados deben dirigirse a la primera parte del diagnóstico. Estos resultados ayudan a definir conductas a fin de demostrar que se ha corregido, disminuido o prevenido el problema.

Aun cuando la determinación de resultados esperados es parte de la planeación, son la base para la evaluación posterior. Sirven además para orientar en parte las intervenciones.

Los términos metas, objetivos y resultados esperados son prácticamente intercambiables y en este ejercicio se usan sin importar como se denominen, lo que se busca es guiar el plan de cuidados e inclusive de motivadores.

Los objetivos pueden ser a corto plazo, que son aquellos que describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones enfermeras.

Planificación de los cuidados

El plan de cuidado de enfermería, es el punto culminante de varios pasos que los proceden y se espera que el profesional de enfermería produzca como su decisión el plan de acción a seguir a fin de lograr resultados frente a ciertas situaciones problemáticas.

Es evidente que, si no hay planeamiento o si este no se registra, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presenten.

Hay que verificar que en el registro se anoten los diagnósticos de enfermería, objetivos esperados, intervenciones prescritas y evaluación de notas sobre las necesidades humanas.

De alguna manera dichos registros servirán:

1. De esquema para dirigir las acciones de enfermería que buscan cubrir todas las necesidades de salud del usuario.
2. Proporcionar mecanismos para prestar un cuidado específico y coordinado.
3. Como instrumento de comunicación entre las enfermeras y otros miembros del equipo de salud.

4. De guía para la evaluación de la afectividad de los cuidados brindados (los resultados esperados del plan).

El Plan de cuidados de enfermería “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.”

1.-Garantizan la seguridad de los pacientes.

2.-Permiten una práctica de los cuidados de enfermería documentada, rigurosa y de conocimiento codificado.

3.-Son susceptible de replicarse y favorecer el camino a la excelencia en los cuidados de enfermería.

4.-Permiten afrontar los nuevos modelos de atención centrados en la continuidad de cuidados: hospitalización a domicilio, cirugía de día, etc.

Tipos de planes de cuidados

Individualizado:

Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado:

Un plan de cuidados estandarizados es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

Estandarizado con modificaciones:

Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son las acciones ó intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar a la persona a lograr los resultados esperados, y pueden agruparse en dos categorías.

Computarizado:

Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto

Intervenciones de cuidados

Intervenciones de cuidados directos: Son aquellas acciones realizadas mediante interacción directa con la persona.

Intervenciones de cuidados indirectos:

Son acciones realizadas lejos de la persona y en beneficio de ésta, los cuidados se dirigen al manejo del entorno o de la colaboración con el equipo de salud.

Al momento de brindar estos cuidados, es donde se puede enfatizar en la valoración/estado de salud, en la enseñanza o asesoramiento, o bien gestionar apoyos del equipo multidisciplinario.

Todas las acciones dirigidas a las personas deben reunir ciertas características, como son:

1. Ser coherentes con el plan de cuidado general.
2. Basarse en principios científicos.
3. Ser individualizados para cada situación en concreto.
4. Propiciar todas las oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje.
5. Tener en cuenta la utilización de recursos apropiados.

Guía para determinar los cuidados enfermería.

Determinar los signos, síntomas y factores de riesgo del problema

Controlar si hay órdenes médicas para las intervenciones de enfermería

Si se utilizan planes estandarizados, protocolos (usarlos críticamente ó modificar según esté indicado)

Considerar las preferencias de la persona (individualice en todo momento)

Determinar las razones científicas para las acciones planificadas

Favorecer oportunidades para la enseñanza

Escribir las órdenes específicas

Organización de recursos humanos y la planificación

Existen diferentes maneras de administrar los cuidados de enfermería, entre ellas se encuentra la asignación de tareas, asignación de pacientes, enfermería en equipo, enfermería primaria, trabajador clave y el manejo de casos.

(Sandoval, García, López, 2011)

Etapa de ejecución

En esta etapa se establecen prioridades, se ejecutan las intervenciones y se valora una y otra vez si fuera necesario; así también se realizan registros con base en un marco legal.

Establecimiento de prioridades diarias

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.

Según Álfaro (2003)¹, menciona los siguientes pasos para fijar prioridades:

1.-Realice una revisión de todas las personas que cuida comprobando brevemente como están a grandes rasgos, con la finalidad de identificar los problemas que requieren atención inmediata.

2.- Después del informe, verifique la información crítica.

3.-Identifique los problemas urgentes.

4.-Haga una lista con los principales problemas de las personas y plantéese:

¿Qué problemas deben resolverse hoy y qué?

¿Qué problemas debo controlar de no ser así que sucedería?

Para lograr los objetivos del plan ¿Cuáles son los problemas clave o los problemas que debo resolver o manejar?

De todos los problemas de la persona que cuido, ¿Con cuáles puedo trabajar hoy de manera realista?

Realización de las intervenciones

Según Kozier, Erb. (2008)² La realización de intervenciones significa estar preparada para ejecutar las intervenciones, determinar las respuestas y hacer los cambios necesarios en el plan de cuidados.

Es muy importante explicar a las personas qué intervenciones se realizarán, qué sensaciones debe esperar, qué se espera que haga y qué resultados se prevén. En muchas actividades de enfermería es importante asegurar la intimidad del paciente, por ejemplo: cerrando puertas, corriendo las cortinas, cubriendo, previendo la privacidad, etc.

También hay que considerar cuando se realizan actividades por parte del equipo de salud como Rayos X, fisioterapias, hay que acompañarle de ser posible y explicarle.

Durante este momento hay que considerar entre otras cosas:

Basar las intervenciones de enfermería con conocimientos científicos, investigación, modelos, así como de los efectos adversos o complicaciones

Adaptar las actividades a cada persona, por las creencias, valores, edad, estado de salud, ambiente

Estar seguros de las intervenciones a ejecutar

Proporcionar educación, apoyo y bienestar

Ser integral, considerar sus respuestas o necesidades

Respetar la dignidad y potenciar la autoestima

Animar para la participación durante el cuidado a la persona y familia.

Consideraciones ético legales de los cuidados

En el momento de brindar el cuidado la enfermera es responsable legal y ético de proteger los derechos del usuario a la intimidad, integridad, autonomía, privacidad, veracidad, fidelidad, confiabilidad, abogacía, elección, privacidad, beneficencia, no maleficencia que son principios éticos, estos pueden brindarse a través de valores para el cuidado como son responsabilidad, solidaridad, honestidad, diálogo, empatía etc.

Registro de los cuidados

Tras llevar acabo las actividades de enfermería, lo siguiente es anotar las valoraciones, intervenciones y respuestas considerando escribir lo observado (objetivo) y lo referido por la persona (subjetivo).

Existen distintas formas de registrar,

Para llevar a cabo estos registros hay que anotar: situación del usuario, lo que se ha realizado; es decir, las intervenciones, las respuestas o resultados observados, la protección de la seguridad del paciente y considerar por último la capacidad de la persona para llevar acabo los cuidados requeridos tras el alta domiciliaria.

Algunas reglas nemotécnicas siguiendo en la línea de la autora para llevar acabo los registros son:

VIRA donde

V	Valoración
I	Intervención
R	Respuesta
A	Acción

DAR donde

D	Dato
A	Acción
R	Respuesta

Información sobre los cuidados: persona, familiares, enfermeras, equipo de salud.

En la etapa de ejecución establecer prioridades, llevar acabo las intervenciones verificar las cuestiones ético legal, registrar los cuidados; sin embargo, en el punto de informar sobre los cuidados a las personas, familiares, enfermeras y equipo de salud no dan referencia al tema o bien son escuetos los datos. La enfermera tiene

toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye a la persona que cuida, a la familia, así como a otros miembros del equipo de salud.

La experiencia profesional me dice que informar a las personas es hacer que ellos participen en los cuidados por ejemplo cuando realizamos una curación de heridas a una persona se le explica lo que va sentir, se le pide que coopere, se observan sus gestos, se le interroga etc.

En ocasiones se les solicita a los familiares que despejen el área cuando se brindan cuidados específicos e individualizados lo cual es un grave error; por el contrario hay que involucrarlos para que participen para el cuidado como lo plantea el modelo de Virginia Henderson, donde ustedes pueden observar el rol del equipo multidisciplinario y la familia, resulta útil enseñar, a los familiares como pueden ayudarles a sus seres queridos; cabe señalar que la enfermera siempre debe dirigirse a los familiares con un lenguaje apropiado, sin tecnicismos, pausadamente, siempre explicando, el rol del cuidador primario.

Otra enseñanza que se realiza ya con menor frecuencia es lo que conocemos como plan de alta en donde a partir de enseñanzas básicas se instruye a los familiares y a la propia persona para su autocuidado en el domicilio.

(Sandoval, García, López, 2011)

Etapas de evaluación

Última etapa del proceso de enfermería, la evaluación del plan de cuidados donde se decide si continuar, modificar o dar por finalizado el plan.

La evaluación es una actividad planificada, continua y con el fin en el que las personas y los profesionales sanitarios determinen: el progreso del mismo hacia los objetivos esperados y la eficacia del plan.

Evaluación de las respuestas humanas

Valoración

Si dentro de esta etapa se realizó una valoración incompleta o incorrecta influye en todas las etapas posteriores, por lo tanto, la enfermera, debe valorar y registrar datos, ya que estos pueden indicar la necesidad de nuevos diagnósticos, nuevas intervenciones.

Diagnóstico

En el momento de realizar juicios sobre el estado de salud solo hay que corroborar la construcción o en su caso modificación.

Planeación

El profesional de enfermería revisa la congruencia entre los objetivos e intervenciones o si se requiere de nuevas intervenciones.

Ejecución

Se lleva a cabo el plan de asistencia planeado, en el caso de existir datos, diagnósticos, objetivos, intervenciones nuevas se llevarán a cabo las intervenciones nuevas.

Evaluación

Se hará una reflexión sobre si se consiguieron los objetivos planteados en el plan de cuidados y a su vez cada etapa del proceso como ya se ha descrito.

2.1.3 Bases del Modelo de Virginia Henderson.

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero, el método científico aplicado a los cuidados.

Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.

Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial.

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. Son varias las razones que han propiciado su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el Proceso Enfermero PE, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica.

Además, es posible integrar, junto con el modelo de cuidados y el PE, los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), cada vez más incorporados en el quehacer de las enfermeras y en los sistemas de información. Permite a las enfermeras trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial. Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, consideración coherente con muchas de las propuestas y programas de nuestro sistema sanitario.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona.

El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.

Resulta de interés su particular visión sobre la función autónoma de la enfermera, esa parte independiente de su trabajo que ella inicia y controla. También el planteamiento de la colaboración con otros profesionales del equipo de salud, en la aplicación y seguimiento del programa terapéutico, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o el apoyo a la muerte.

Asimismo, considera a la persona como centro del sistema, otorgándole un papel activo en su proceso de salud. Los miembros del equipo deben considerar a la persona la figura central y comprender que ante todo están “atendiéndole”.

Si no entiende, acepta y participa en el plan elaborado con ella y para ella, el esfuerzo del equipo se desaprovechará. Cuanto antes pueda ella cuidarse, buscar información relacionada con su salud, o incluso llevar a cabo el tratamiento prescrito, mejor se encontrará.

Componentes esenciales del modelo de Henderson a través de los cuales podremos entender cuál es su enfoque, orientación y filosofía.

Asunciones filosóficas

La enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos, pero también puede compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud.

Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.

La sociedad espera un servicio de la enfermería que ningún otro profesional puede darle.

La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia.

Proposiciones

La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad.

El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son

dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.

La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros.

Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Elementos

Objetivo de los cuidados. Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

Usuario del servicio. La persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.

Papel de la enfermería. Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

Enfermera como sustituta. Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

Enfermera c ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

Enfermera como acompañante. Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

Fuente de dificultad. También denominada área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

Intervención de la enfermera. El centro de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo). El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. El grado hasta el cual las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir independencia es una medida de su éxito. Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable.

Consecuencias de la intervención. Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

Conceptos

Necesidades básicas. Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Cuidados básicos. Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma. Es cualquier cuidado enfermero, con independencia del grado de complejidad necesario para su realización, que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía. Se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades de cada persona.

Independencia. Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

Dependencia. Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

Autonomía. Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.

Agente de autonomía asistida. Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia.

Manifestaciones de independencia. Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Manifestaciones de dependencia. Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.(Sandoval, García, López, 2011)

2.1.3.1. Datos biográficos

VIRGINIA HENDERSON (1897 – 1996)

Nació en 1897 en Kansas (Missouri).

Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente.

Incorporó principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Objetivo

Ayudar a los individuos a lograr la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Supuestos básicos

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Proposiciones

La satisfacción de las necesidades depende del poder, saber, y querer.

La persona quiere la independencia y se esfuerza por conseguirla.

Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona no es un todo.

Filosofía, se basa en el trabajo de Thorndike (psicólogo estadounidense), su experiencia, en la enfermería de rehabilitación, y el trabajo de Orlando en relación con la conceptualización de la acción propia de la enfermería (Orlando, 1961).

La enfermera tiene una función propia. Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.

La sociedad espera un servicio de la enfermera que ningún otro profesional puede darle.

Contribuciones

Enfermera

Profesora

Escritora

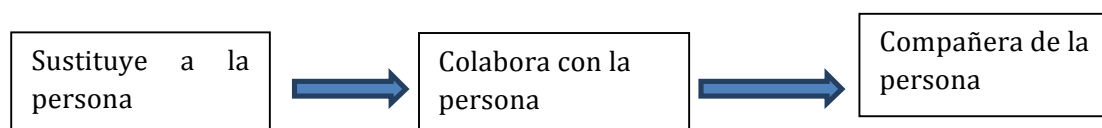
Investigadora

Dio lugar a un índice anotado de cuatro volúmenes sobre literatura biográfica, analítica e histórica de enfermería desde 1900 hasta 1959

Definición de enfermería

La función específica de la enfermera, es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera **la fuerza, la voluntad o los conocimientos** necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible (1966,7).

Relaciones en enfermería



Metaparadigma

Persona

Ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus 14 necesidades humanas.

Salud

Capacidad de actuar de forma independiente en relación con las 14 necesidades fundamentales.

Entorno.

La naturaleza del entorno es dinámica. El entorno tiene un claro impacto (negativo o positivo). El entorno es modificable y puede ser contralado.

Enfermería.

“Asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”. (Sandoval, García, López, 2011)

2.1.3.2 Necesidades básicas según Virginia Henderson.

1º.- Respirar normalmente.

2º.- Comer y beber adecuadamente.

3º.- Eliminar los desechos corporales.

4º.- Moverse y mantener posturas deseables.

5º.- Dormir y descansar.

6º.- Seleccionar ropas adecuadas: vestirse y desvestirse.

7º.- Mantener la temperatura corporal.

8º.- Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.

9º.- Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.

10º.- Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.

11º.-Rendir culto según la propia fe.

12º.-Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro

13º.-Jugar o participar en diversas formas de ocio.

14º.-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva el desarrollo y salud normales y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

2.1.3.3 Conceptos básicos de enfermería.

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

* **Objetivos:** Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

* **Cliente/paciente:** Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

* **Rol de la enfermera:** Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

* **Fuentes de dificultad:** Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente: falta de fuerza, de voluntad y conocimientos.

* **Intervenciones:** El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

* **Consecuencias deseadas:** son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

2.1.3.4 Afirmaciones Teóricas de Virginia Henderson

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

1.-La enfermera como sustituta del paciente: esta situación ocurre cuando el paciente enfrenta una enfermedad grave y la enfermera sustituye las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

2.- La enfermera como auxiliar del paciente: cuando el paciente convalece la enfermera ayuda al paciente a recuperar su independencia.

3.-La enfermera como compañera del paciente: en este caso la enfermera supervisa y educa al paciente para que este realice su propio cuidado.

• Relación enfermera – médico:

La enfermera y el médico trabajan en conjunto, aunque con funciones independientes, en algunos casos estas funciones se superponen.

•Relación enfermera – equipo de salud:

El equipo de salud (eso incluye a todos los profesionales de la salud) que atiende al paciente trabaja en cooperación, pero cada uno de manera independiente para completar el programa de cuidado al paciente.

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

Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría y que factores influyeron

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nurse Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

3. CAPÍTULO III

3.1 Aplicación del Proceso de Enfermería

3.1.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: M.M.R.	Edad: 23 años	Talla: 1.57
Fecha de nacimiento: 28-08-1990		Sexo: Femenino
Ocupación: Labores del hogar	Escolaridad: Secundaria terminada	Fecha de admisión: 30-05-2014
Hora: 19:00	Procedencia: Tierra blanca, domicilio conocido el Fraile.	Fuente de información: Directa
Fiabilidad: (1-4)	Miembro de la familia/ persona significativa: Madre	

3.1.2. Presentación del caso

Datos biográficos: Nombre, M.M.R, dirección, Terracería tramo el mirador-paso bobo Ejido el Fraile, Tierra blanca Ver; 95100 Número de teléfono, 0452711457341. Contacto Mis padres, edad 23 años, fecha de nacimiento, 28 de agosto de 1990, religión, católica, estado civil unión libre, número de dependientes mis papas, nivel de escolaridad, secundaria terminada, ocupación ama de casa, número de seguridad social, 1914-90-5749-1F90EC, seguro médico, fuente del historial/confiabilidad, directa, referencias, Cartilla Nacional de Vacunación, IFE, ADIIMSS, instrucciones para el cuidado por adelantado.

Estado actual de salud: Incluye problemas principales de salud, puerperio eutócico más paridad satisfecha con presencia de herida quirúrgica limpia sin datos de infección ni sangrado bordes bien afrontados ubicado a nivel umbilical, episorrafia limpia sin datos de sangrado con pérdidas transvaginal (loquios escasos hemáticos, no fétido) escaso, extremidades integras sin edema Consiente orientada, mucosas orales secas, leve palidez de tegumentos, mamas turgentes con presencia de red venosa con botón mamario formado con salida de calostro en adecuada cantidad, globo de seguridad de Pinard presente,

herida quirúrgica limpia sin datos de sangrado (otb), loquios hemáticos normales, entuertos EVA 4, Episiorrafia con bordes afrontados, edema, dolor leve localizado con dificultad a la deambulaci3n, uresis espontanea presente.

Cansada, somnolienta, inquieta por la estancia hospitalaria preguntando continuamente "en que tiempo ser3 dada de alta"tratamiento actual si lo hay ampicilina 1gr IV. Cada 6 horas, ketorolaco 30 mg IV. Cada 8 Horas, soluci3n glucosa al 5% mas 20 UI de oxitoccina para 6 horas, alternar con soluci3n mixta 1000 para 12, vigilar involuci3n uterina, herida quirúrgica y sangrado transvaginal. (Estado de salud habitual) estable, consiente, orientada con adecuada coloraci3n de tegumentos, con un peso de 74.500 y con un I.M.C. 31.04 con grado 1 de obesidad

Historial de antecedentes personales: Est3 conformado por enfermedades de la niñez, varicela, cirugíasnegativo hospitalizaciones, cuando nacieron mis dos hijos, episiorrafia, estreñimiento desde el embarazo, aumento de peso, estrías,venas varicosas en miembros inferiores,negativo a ingesta de medicamentos, negativo alergias, negativo, con tipo de sangre "o positivo", vacunas esquema completo a la edad (Td, SR, Influenza, neumococcica y hepatitis b.).

Antecedentes familiares: Se estructura con base en el estado de salud de esposa(o), cursa con obesidad, padres hipertensos, obesos, hermanos sin antecedentes, ninguno ha fallecido por el momento.

Antecedentes familiares: Padres hipertensos y obesos.

Revisi3n de los sistemas: Cardiopulmonar sin compromiso, musculo esquelético sin compromiso, abdomen blando sin compromiso, piel y tegumentos sin alteraciones.

Perfil psicosocial:incluye las prácticas de salud examen médico anual creencias cat3licas, la descripci3n de un d3a t3pico (Mi actividad inicia a partir de las 5:00 am, voy al molino caminando con un aproximado de 20 minutos, lavo la ropa, preparo desayuno, voy al mercado con uno de mis hijos y en ocasiones con mis padres ya que viven con migo por ser de la tercera edad(65 ańos ambos), preparo la comida y espero a mi esposo para la comida, bańo a mis hijos, escombro la

casa de vez en cuando, les doy de comer a los animales, preparo la cena y duermo.) Patrones nutricionales, Tres veces al día (Desayuno café con leche (siete días), pan o galletas (diario), frijoles, (cinco veces) huevo (tres veces), tamales o panuchos y muy raras veces fruta, picante Comida: Pollo (tres veces por semana), carne de res (una vez por semana) es muy raro verduras (2 veces por semana), sopa de arroz, o de pasta, frijoles (5 veces por semana) 3 tortillas, picante 1 vaso de agua (1/2 litro) en muy raras ocasiones es más frecuente el refresco de 3 litros todos los días. Cena: Atole y/o café, si llegara a quedar comida de la tarde la come, queso esporádicamente (2 veces) picante y pan grado 1 de obesidad. Con un peso de 74.500 con I.M.C. 31.04 de actividad/ejercicio, solo camino por las mañanas cuando voy al molino un aproximado 20 minutos diarios y voy por mi hijo a la escuela. Diversiones, me gusta ir al campo, mascotas: dos perros, cochinos y gallinas. Pasatiempos escuchar música, hábitos personales aseo personal corte de uñas cada tres semanas. Estado socioeconómico bajo, patrones ambientales de salud vegetación áreas verdes, programas integrados de salud, existen campañas preventivas del dengue, papeles/relaciones mama y ama de casa relaciones familiares y de amigos, patrones de sexualidad activa con una sola pareja heterosexual, apoyos sociales (ninguno) y patrones de estrés/enfrentamiento de problemas. Alteración del patrón de estrés relacionado al estado económico.

Exploración física: Se conforma con base en el resultado de la aplicación de las técnicas de exploración en la persona ya sea por aparatos y sistemas o cefalocaudal.

Cefalocaudal ojos simétricos color cafés oscuros, Escucho bien, sin salida secreciones, no escucho ningún sonido, sin presencia de otra alteración.

Nariz los senos de la nariz descongestionada, sin escurrimiento nasal.

Boca sin lesiones, mucosas hidratadas, sin problemas de vocalización, dientes amarillos y desalineados con caries sin pérdida del gusto.

Tacto, percibo bien las texturas, con lesiones en manos.

Cardiopulmonar sin compromiso, aparato respiratorio no se escuchan estertores inspiración y expiración normal, con crecimiento de mamas turgentes y pezón normal, abdomen blando sin compromiso, piel y tegumentos sin alteraciones

aparato gastro intestinales abdomen blando depresible peristalsis normal, heces blandas.

Genitourinario sin dificultad para orinar de color clara se toma 1/2 medio litro de agua en muy raras ocasiones, periodos menstruales irregulares, dismenorrea en el periodo con sangrado abundante, musculo esquelético sin compromiso, (pies limpios sin unicomicosis) sistema nervioso sin presencia de mareos ni de insomnio, con coordinación motriz buena coordinación, buen patrón del sueño. Piel morena normal.

En el siguiente cuadro, menciona cuales son las necesidades y describe sus manifestaciones:

3.1.3. Valoración con el Modelo de Henderson: 14 Necesidades

1. NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

Disnea debido a; No presenta	Tos productiva /seca: No presenta
Dolor asociado con la respiración: No presenta	
Fumador: Negativo	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: Negativo	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características: T/A: Sistólica 110 diastólica 70 mmhg. En el pliegue del antebrazo arteria humeral con posición sentada, con pulso radial normal, temperatura corporal 36.5°C en el lado derecho. Frecuencia cardiaca: 70 x'. Tomada en arteria radial con el paciente sentado Frecuencia respiratoria: 20 x'. Eupnea con ritmo regular por medio de la observación y palpación libre por nariz, ritmo regular, amplitud profunda, silenciosa, coloración rosada de la piel y mucosas con reflejo de tos regular.

Tos productiva /seca: Negativo.	Estado de conciencia: Consiente, tranquila y ubicada en sus 4 esferas.
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: Con ligera palidez de tegumentos y mucosas hidratadas.	
Circulación del retorno venoso: Llenado capilar normal de 1 a 2 segundos con coloración rosada y que no haya isquemia distal aplicado sobre los lechos ungueales midiendo el tiempo de retorno de la sangre y el color observado.	
Otros:	

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo): Dieta Normal.
Número de comidas diarias: Tres veces al día (Desayuno café con leche (siete días), pan o galletas (diario), frijoles, (cinco veces) huevo (tres veces), tamales o panuchos y muy raras veces fruta, picante Comida: Pollo (tres veces por semana), carne de res (una vez por semana) es muy raro verduras (2 veces por semana), sopa de arroz, o de pasta, frijoles (5 veces por semana) 3 tortillas, picante 1 vaso de agua (1/2 litro) en muy raras ocasiones es más frecuente el refresco de 3 litros todos los días. Cena: Atole y/o café, si llegara a quedar comida de la tarde la como, queso esporádicamente (2 veces) picante y pan grado 1 de obesidad. Con un peso de 74.500 con I.M.C. 31.04
Trastornos digestivos: Estreñimiento
Intolerancias alimentarias/ Alergias: Si a la masticación.
Problemas de la masticación y deglución: Gingivitis.
Patrón de ejercicio: Si camina 20 minutos diarios.

Datos objetivos:

Turgencia de la piel: Sequedad de la piel, acné, hirsutismo, con piel morena, con ligera palidez de tegumentos y cloasma.
Membranas mucosas hidratadas/ secas: Mucosa bucal y lengua de coloración rosa semihidratada.
Características de uñas/cabello: Uñas largas, desgastadas limpias sin micosis/ cabello

seco y negro largo.
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Con buen reflejo de deglución.
Aspecto de los dientes y encías: Desalineados con coloración amarillenta y encía inflamada.
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: lesión en encía
Otros: De una a dos veces al día realiza lavado bucal.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos subjetivos:

Hábitos intestinales: 3 veces a la semana.	
Características de las heces/orina/ menstruación: Heces duras/ color café olor acre 150 gr./ Orina de color amarilla concentrada. / loquios normales.	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: Negativo.	
Uso de laxantes: No consume	Hemorroides: Positivo
Dolor al defecar/menstruar/orinar: Positivo al defecar.	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No influye.	

Datos objetivos:

Abdomen, características: Distensión abdominal, dolor intestinal o sensibilidad abdominal y aumento de los ruidos intestinales.
Ruidos intestinales: Lento e irregular.
Palpación de la vejiga urinaria: Se palpa llena y sin presencia de dolor.
Otros: Ninguno.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Regular
Ejercicio, tipo y frecuencia: Camina 20 minutos diario.
Temperatura ambiental que le es agradable: Ambiente cálido.

Datos objetivos:

Características de la piel: Sequedad de la piel, acné, hirsutismo, con piel morena, con ligera palidez de tegumentos y cloasma.
Transpiración: todo el tiempo ya que en la zona donde vive el clima es muy caluroso
Condiciones del entorno físico: Con toda la gente que se relaciona no existe ningún problema ya que es una persona muy sociable.
Otros:

2. NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos subjetivos:

Capacidad física cotidiana: Camina 20 minutos aproximado diariamente durante las mañanas
Actividades en el tiempo libre: Le gusta la costura.
Hábitos de descanso: 1 Hora.
Hábitos de trabajo: No trabaja es ama de casa

Datos objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: Dolor en espalda por permanecer mucho tiempo en posición supina en el hospital.	
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: Con tensión y tono muscular normal y movimientos de flexión normal.	
Posturas: Posición fowler y semi fowler y anatómica.	
Necesidad de ayuda para la deambulación: Negativo	
Dolor con el movimiento: Negativo	Presencia de temblores: Negativo.
Estado de conciencia: En sus tres esferas	Estado emocional: empática, cooperadora
Otros:	

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos subjetivos:

Horario de descanso: Durante el día se encuentra la mayoría del tiempo sentada.	Horario de sueño: 22:00 pm a 5:00 am
Horas de descanso: 1 Hora.	Horas de sueño: 7 horas.
Siesta: De 16:00 pm a 17:00 pm	Ayudas: Negativo
Insomnio: Negativo.	Debido a:
Descansado al levantarse: Si.	

Datos subjetivos:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: Presenta ansiedad y estrés por su recuperación y el que este hospitalizada.	
Ojeras: Marcadas.	Atención: Atenta y alerta.
Bostezos: En el momento de la entrevista	Concentración: Al 100 % es muy vivaz.
Apatía: En algunas preguntas.	Cefaleas: No presenta
Respuesta a estímulos: Inquieta.	
Otros:	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: Si en algunas ocasiones ya que refiere "cuando me encuentro contenta me maquillo".
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: no
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No

Datos objetivos:

Viste de acuerdo con su edad: Si
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Si es muy independiente.

Vestido incompleto: No.	Sucio: No, ya que el cambio de prenda es diario
Inadecuado: No	
Otros:	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

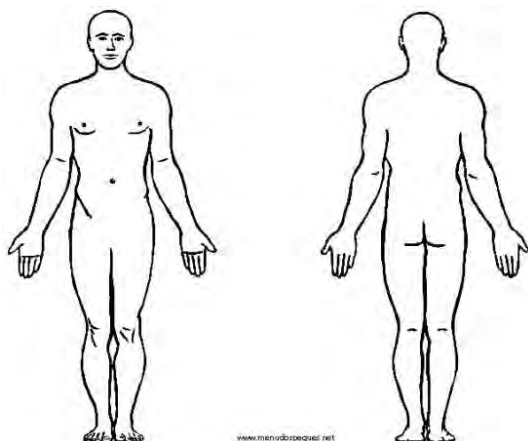
Datos subjetivos:

Frecuencia del baño: Diario.
Momento preferido para el baño: En las mañanas 8:00 am
Cuántas veces se lava los dientes al día: Una vez por día.
Aseo de manos antes y después de comer: Si en todo momento.
Después de eliminar: Si después de ir al baño.
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: Negativo.

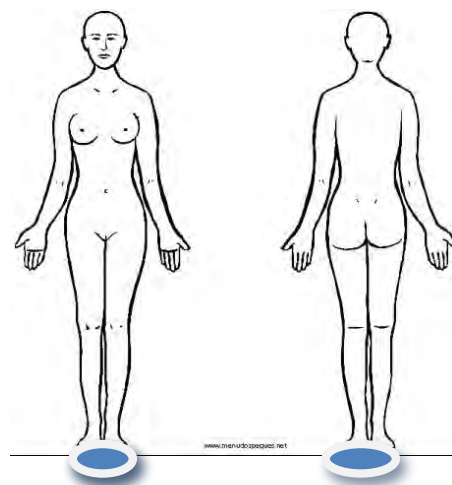
Datos objetivos:

Aspecto general: Consiente, orientada, con palidez de tegumentos, con cloasma, de test morena de estatura media con complexión grado uno de obesidad, cabello seco, negro, peinado y largo, oídos sucios, fosas sucias nasales limpias, boca con olor a fétido, cabello aparentemente aseado y peinado con manos limpias y uñas largas, pies limpios con callosidades.	
Olor corporal: a limpio.	Halitosis: Positiva.
Estado del cuero cabelludo: Cabello seco, negro, peinado y largo.	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama):	
Otros: Uñas largas, desgastadas limpias sin micosis/ cabello seco y negro largo.	

Masculino:



Femenino:



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia: Son cuatro integrantes de la familia.	
Cómo reacciona ante situación de urgencia: Muy alarmada.	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: Si	
Hogar: lo necesario dentro de sus posibilidades	Trabajo: N/A
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Si cuando hay campañas de vacunación, tomas de Papanicolaou, y examen de mamas.	
Familiares: Campañas de vacunación	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: con estrés	

Datos objetivos:

Deformidades congénitas: Negativo
Condiciones del ambiente en su hogar: Sin peligros aparentes, construcción con medidas de seguridad recomendables.
Trabajo: Ama de casa toma precauciones estándar propias de su rol (usa agarraderas para lo caliente)
Otros

3. NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos subjetivos:

Estado civil: Unión libre	Años de relación: 5 años de relación
Viven con: Su esposo e hijos.	Preocupaciones / estrés: Si "cuando a mi pareja se le acaba el trabajo".
Familiar: No ya que refiere buena comunicación con los integrantes de la familia	
Otras personas que pueden ayudar: Negativo	
Rol en estructura familiar: Ama de casa.	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: Ninguno/Me encuentro en puerperio inmediato.	
Cuanto tiempo pasa sola: 1 hora y en raras ocasiones.	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: No trabajo.	

Datos objetivos:

Habla claro: Si	Confuso: No presenta.
Dificultad. Visión: No presenta	Audición: No presenta dificultad de audición.
Comunicación verbal / no verbal / con la familia / con otras personas significativas: Comunicación verbal con la familia y expresiones de afecto (abrazos, apretón de manos etc.)	
Otros	

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos subjetivos:

Creencia religiosa: Si (Católica)
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No ya que todos vamos a misa los domingos.
Principales valores en la familia: Valores familiares, valores sociales, valores

materiales, valores espirituales, valores morales. (Honestidad, amor, respeto, solidaridad, tolerancia (por parte de ella), generosidad, honradez, creencias.)
Principales valores personales: Justicia, honestidad, amor, respeto, solidaridad, tolerancia (por parte de ella), generosidad, honradez, creencias equidad lealtad.
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si.

Datos objetivos:

Hábitos específicos de vestido. (Grupo social religioso): blusa de manga corta, falda y zapatos tipo sandalia.
Permite el contacto físico: Si
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: Si de un rosario
Otros: En casa tengo un altar.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos subjetivos:

Trabaja actualmente: No trabajo, pero soy ama de casa.	Tipo de trabajo: Ama de casa.
Riesgos:	Cuánto tiempo le dedica al trabajo:
Esta satisfecho con su trabajo:	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia:	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Si muy contenta	

Datos objetivos:

Estado emocional. /calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:
Otros: no trabaja y desempeña su rol con aceptación y satisfacción.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Realizo costuras.
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: Si ya que me des estreso
Recursos en su comunidad para la recreación: Si el DIF, la iglesia y el parque.
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: Si ya que asisto en raras ocasiones al DIF y en la iglesia.

Datos objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular: Normo tenso.
Rechazo a las actividades recreativas: Negativo
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo. Participativo.
Otros
NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos subjetivos:

Nivel de educación: Secundaria terminada.	
Problemas de aprendizaje: Negativo.	
Limitaciones cognitivas: Negativo	Tipo: Negativo.
Preferencias. Leer/escribir: Muy raras ocasiones leo y escribo.	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Si contamos con el DIF, la iglesia y el parque.	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: Si	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Si ya que cuando hay campaña de salud o platicas asisto.	
Otros	

Datos objetivos:

Estado del sistema nervioso: Alerta, consiente.
Órganos de los sentidos: Audición, visión, tacto, gusto y olfato.

Estado emocional ansiedad, dolor: Presenta ansiedad y estrés por su recuperación y el que este hospitalizada. / Dolor en la herida (episiografía y O.T.B.)
Memoria reciente: En tiempo y espacio.
Memoria remota: Congruente en su pasado.
Otras manifestaciones:

3.1.4. Diagnósticos de Enfermería

Necesidades	Manifestaciones.
Oxigenación.	Con buena entrada y salida de aire
Nutrición e hidratación.	Tres veces al día (Desayuno café con leche (siete días), pan o galletas (diario), frijoles, (cinco veces) huevo (tres veces), tamales o panuchos y muy raras veces fruta, picante Comida: Pollo (tres veces por semana), carne de res (una vez por semana) es muy raro verduras (2 veces por semana), sopa de arroz, o de pasta, frijoles (5 veces por semana) 3 tortillas, picante 1 vaso de agua (1/2 litro) en muy raras ocasiones es más frecuente el refresco de 3 litros todos los días. Cena: Atole y/o café, si llegara a quedar comida de la tarde la como, queso esporádicamente (2 veces) picante y pan, obesidad grado 1. Con un peso de 74.500 con I.M.C. 31.04
Eliminación.	Orina de color amarilla concentrada, heces color café olor acre duras presentando estreñimiento.
Moverse y mantener una buena postura.	Movilización independiente presentando varices en miembros pélvicos inferiores.
Descanso y sueño.	Sueño fisiológico normal.
Usar prendas de vestir adecuadas.	Ropa cómoda (batas de maternidad o ropa floja) cambio diario.
Termorregulación.	Normo termia.
Mantener la higiene corporal y	El lavado de dientes lo realiza por las mañanas, mínimo una vez al día y el cambio de ropa es diario, el baño es aplicando

la integridad de la piel	cremas humectantes diariamente para una buena hidratación de la piel, a nivel perianal presenta episiorrafia sin riesgo de infección, El cabello es largo con buena implantación, se lo cortan cada medio año. Se observan uñas largas y limpias en manos y pies, no presente unicomicosis
Evitar los peligros	Riesgos de caídas.
Comunicación.	Verbal se muestra atenta y despierta cuando llega alguien a visitarla.
Valores y creencias.	Católica.
Trabajar y realizarse.	Es independiente para poder realizar cualquier actividad. Necesita ayuda para cargar cosas pesadas.
Realizar actividades recreativas.	Teje (chambritas para el nuevo integrante de la familia) y de vez en cuando.
Aprendizaje.	El ser independiente en su movilización favorecerá para su pronto recuperación, así como también el ser independiente en sus actividades.

Tipo de diagnósticos de enfermería

Etiqueta diagnóstica	Factores relacionados	Características Definitorias
Estreñimiento (00015) (Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces	Obesidad Disminución de la motilidad gastrointestinal Malos hábitos alimentarios.	

y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.)	Actividad física insuficiente. Aporte insuficiente de líquidos.	
Riesgo de infección (00004) Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.	Procedimientos invasivos.	
	Destrucción tisular	
Perfusión tisular periférica ineficaz (00204) Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud	Conocimientos deficientes sobre los factores agravantes (por ejemplo, tabaquismo, sedentarismo, traumatismo, obesidad, aporte de sal, inmovilidad). Sedentarismo	Ausencia de pulsos. Disminución de los pulsos. Dolor en las extremidades
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001) Se repite con el (3) o se quedan los dos.	Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.	Factores biológicos.
Riesgo de sangrado (00206) Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.	Complicaciones postparto. (P. ej., atonía uterina, retención de la placenta).	
Riesgo de sangrado	Conocimientos	

(00206) Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.	deficientes.	
Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00003) Riesgo de aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas	Patrones alimentarios disfuncionales.	
	Obesidad parental	
Deterioro de la ambulación (0008) Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno	Fuerza muscular insuficiente	Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.
Fatiga (00093) Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual	Estrés	Aumento de los requerimientos de descanso.
Deprivación de sueño (00096) Periodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida,	Malestar prolongado (físico, psicológico).	Aumento de la sensibilidad al dolor.

de relativa inconsciencia).		
Trastorno del patrón de sueño (00198) Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos	Responsabilidades como cuidador	Cambio en el patrón normal de sueño. Insatisfacción con el sueño.
Deterioro de la integridad cutánea (00046) Alteración de la epidermis y/o la dermis.		Destrucción de las capas de la piel.
Interrupción de los procesos familiares (00060) Cambio en las relaciones o en funcionamiento familiar.	Cambios de los roles familiares	Cambios en las tareas asignadas.
Estrés por sobrecarga (00177) Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción.	Recursos inadecuados (p. ej., económicos, sociales, nivel de educación/ conocimientos).	Expresa una sensación de tensión.
Riesgo de infección (00004) Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos	Procedimientos invasivos. Destrucción tisular.	
Disposición para mejorar el confort. (00183) Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en		Manifiesta deseos de aumentar la relajación.

las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social que puede ser reforzado.		
Disfunción sexual (00059) Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/o orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.	Alteración de la estructura corporal (p. ej. Embarazo, alumbramiento reciente, cirugía, anomalías, procesos patológicos, traumatismo, radiación.	Percepción de limitaciones impuestas por la enfermedad. Percepción de deficiencia en el deseo sexual.
Cansancio del rol de cuidador (00061) Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia	Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas	Preocupación de los cuidados habituales.
disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162) Patrón de la regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos		Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad (p.ej., tratamiento, prevención de secuelas).

relacionados con la salud y que puede ser reforzado.		
<p>Disposición para mejorar la nutrición (00163)</p> <p>Patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que pueda ser reforzado.</p>		<p>La actitud hacia el acto de comer es congruente con los objetivos de salud.</p> <p>Aporte adecuado de alimentos.</p> <p>Manifestación de conocimientos sobre elecciones saludables de alimentos.</p> <p>Expresa deseo de mejorar la nutrición.</p> <p>Seguimiento de un estándar apropiado para los aportes (p.ej., la pirámide alimentaria o las guías de la American Diabetic Association).</p> <p>Seguridad en la preparación de alimentos.</p>
<p>Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante (00117)</p>		<p>Respuesta a los estímulos (p.ej. visuales, auditivos).</p> <p>Estados de sueño/</p>

<p>El patrón de modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual de un lactante (es decir, los sistemas autonómico, motor, organizativo, autorregulador y de atención-interacción) es satisfactorio, pero puede mejorarse.</p>		<p>vigilia definidos.</p>
---	--	---------------------------

Razonamiento clínico, factor relacionado o factores de riesgo de cada uno de los diagnósticos.

Etiqueta diagnóstica	Factores relacionados	Razonamiento clínico.
<p>Estreñimiento (00015)</p> <p>(Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.)</p>	<p>Obesidad</p>	<p>La paciente presenta grado 1 de obesidad ya que su estilo de vida es sedentario, durante la gestación y sus malos hábitos alimenticios no fueron apropiados, así como el déficit de ejercicio.</p>
	<p>Disminución de la</p>	<p>En el desarrollo de la gestación</p>

	motilidad gastrointestinal	sufrió de disminución de peristaltismo y en consecuencia alteró su patrón de eliminación intestinal.
	Malos hábitos alimentarios.	La paciente refiere una dieta rica en alimentos hipercalóricos, grasas, y en la mayoría de las veces, esta dieta se combina con la ausencia de una práctica regular de ejercicio.
	Actividad física insuficiente.	Refiere vida sedentaria ya que es muy poco tiempo que le dedica a la práctica de actividad física (20 minutos camina) ni de esparcimiento.
	Aporte insuficiente de líquidos.	Menciona el bajo consumo de líquidos durante el embarazo y puerperio ya que está acostumbrada al consumo de refresco.
Riesgo de infección (00004) Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.	Procedimientos invasivos.	Comenta la paciente que le realizaron la episiorrafia.
	Destrucción tisular	El haber realizado una episiotomía provoca una lesión tisular.
Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)	Conocimientos deficientes sobre los factores agravantes	El tener antecedentes heredo familiares con varices y al presentar factores agravantes

Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud	(por ejemplo, tabaquismo, sedentarismo, traumatismo, obesidad, aporte de sal, inmovilidad)	como el sedentarismo, la obesidad una inadecuada alimentación y al haber estado embarazada favoreció para que la puérpera presente varices.
	Sedentarismo	Sus malos hábitos alimentarios, físicos y la falta de tiempo le han provocado problemas circulatorios.
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001) Se repite con el (3) o se quedan los dos.	Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.	Refiere que su alimentación es inadecuada por el desconocimiento de una dieta equilibrada teniendo como consecuencia obesidad.
Riesgo de sangrado (00206) Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.	Complicaciones postparto. (P. ej., atonía uterina, retención de la placenta).	El no tener conocimiento de un buen trabajo de parto y tener un trabajo de parto prolongado y uso excesivo de oxitocina induce la falta de contracción del útero el cual provoca atonía uterina.
Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00003)	Patrones alimentarios disfuncionales.	Tener déficit de conocimientos en cuanto a la pirámide nutricional y no llevarlo a cabo en la vida diaria excede las necesidades metabólicas.

Riesgo de aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas		
	Obesidad parental	La obesidad paterna puede alterar un mecanismo genético en la generación siguiente, sugiriendo que los factores de la forma de vida de un padre se pueden transmitir a sus niños.
Deterioro de la ambulación (0008) Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno	Fuerza muscular insuficiente	La pérdida de sangre durante el parto y el esfuerzo provoca un agotamiento en el posparto por lo cual tus reservas de energía no están en su mejor momento afectando la deambulacion pronta.
Fatiga (00093) Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual	Estrés	La preocupación o ansiedad sobre asuntos diversos en este caso sus hijas y el hecho de que no está cerca de casa.
Deprivación de sueño (00096) Periodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica,	Malestar prolongado (físico, psicológico).	La falta de sueño se atribuye al cansancio de los días posteriores al parto y a la adaptación de la madre a los horarios del bebé.

naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).		
Trastorno del patrón de sueño (00198) Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos	Responsabilidades como cuidador	Los cambios bruscos de horario inducen a la fatiga suele ser atribuida a la falta de descanso por el nacimiento del bebé, ya que los tres meses posteriores al parto están caracterizados por el cambio continuo en los parámetros del sueño.
Deterioro de la integridad cutánea (00046) Alteración de la epidermis y/o la dermis.		Es natural experimentar cierta hinchazón después de cualquier procedimiento quirúrgico. Un corte quirúrgico en la piel, también llamado incisión, es una forma de lesión al cuerpo, y la respuesta natural del cuerpo a una lesión es el proceso inflamatorio que provoca hinchazón.
Interrupción de los procesos familiares (00060) Cambio en las relaciones o en funcionamiento familiar.	Cambios de los roles familiares	En la vida diaria, el deseo de ser buenas madres para el recién nacido/a puede entrar en conflicto con sus otras funciones como cuidar otros hijos si los hay, atender a las demandas de la pareja y realizar los trabajos domésticos.
Estrés por sobrecarga (00177) Excesiva cantidad y	Recursos inadecuados (p. ej., económicos,	Para muchas mujeres esto es una fuente de tensión, porque tienen temor a fallar y no saber

<p>tipo de demandas que requieren acción.</p>	<p>sociales, nivel de educación/ conocimientos).</p>	<p>cómo cuidar bien al recién nacido/a, cómo amamantarlo, cómo interpretar el llanto, cómo cuidarlo si se enferma.</p> <p>Algunas mujeres tienen también temor a no tener leche suficiente, ya que no saben cómo se estimula la secreción láctea ni los cambios que experimenta a lo largo del período post-parto.</p>
<p>Riesgo de infección (00004)</p> <p>Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos</p>	<p>Procedimientos invasivos.</p> <p>Destrucción tisular.</p>	<p>Esto se puede producir en el lugar de la incisión. Los ginecólogos tienen mucho cuidado de minimizar el riesgo de infección durante la episiorrafia y O.T.B. además, el equipo de atención médica le enseña cómo prevenir la infección durante la recuperación mediante el debido cuidado de sí mismo. Por lo general, los antibióticos funcionan bien para tratar la mayoría de las infecciones.</p>
<p>Disposición para mejorar el confort. (00183)</p> <p>Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social que puede ser</p>		<p>El contar con el apoyo de la pareja y de la familia, pero sobre todo el observar el bienestar del nuevo integrante favorece su estabilidad emocional, física, psicoespiritual, ambiental y social.</p>

reforzado.		
<p>Disfunción sexual (00059)</p> <p>Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/o orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.</p>	<p>Alteración de la estructura corporal (p. ej. Embarazo, alumbramiento reciente, cirugía, anomalías, procesos patológicos, traumatismo, radiación.</p>	<p>La vida sexual otra fuente de tensión para las mujeres en las primeras semanas del post-parto puede ser el momento para reiniciar la actividad sexual. Pueden sentirse físicamente doloridas o cansadas. En muchos casos experimentan escaso o ningún deseo sexual y a veces, una disfunción sexual. Esto se debe a varios factores: a los cambios en los niveles hormonales, a los cambios emocionales a la atención centrada en el hijo/a, a la falta de sueño y al cansancio. Puede haber dolor durante las relaciones sexuales, producido por la falta de lubricación de las paredes vaginales o como consecuencia de la cicatrización de la episiotomía.</p>
<p>Cansancio del rol de cuidador (00061)</p> <p>Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia</p>	<p>Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas</p>	<p>El cambio en los roles de la madre, el cansancio producido por la demanda de atención del nuevo hijo y la tensión generada por el conflicto de roles determinan cambios en las actividades diarias de la mujer.</p>
<p>Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)</p>		<p>La inclinación por facilitarnos atenciones a nosotros mismos. Como norma general, el autocuidado está dirigido a</p>

<p>Patrón de la regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.</p>		<p>nuestra propia salud. Ciertos hábitos saludables como una buena alimentación, ejercicio moderado, evitar el alcohol y el tabaco, controlar el estrés y fomentar el pensamiento positivo. Son un conjunto de pautas orientadas al bienestar físico y psicológico.</p>
<p>Disposición para mejorar la nutrición (00163) Patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que pueda ser reforzado.</p>		<p>La educación nutricional, aunada a un entorno que promueva la adopción de prácticas alimentarias saludables, mejora los hábitos alimentarios de las familias, incluyendo la selección, compra, preparación, distribución y uso de los alimentos en el hogar. La educación nutricional también puede contribuir a la diversificación de cultivos, a promover el uso de alimentos autóctonos y a proteger la biodiversidad y la cultura alimentaria</p>
<p>Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante (00117)</p>		<p>Tener la disponibilidad y atención hacia el lactante favorece para su desarrollo y crecimiento dentro del entorno familiar.</p>

<p>El patrón de modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual de un lactante (es decir, los sistemas autonómico, motor, organizativo, autorregulador y de atención-interacción) es satisfactorio, pero puede mejorarse.</p>		
---	--	--

3.1.5. Plan de Cuidados. Intervenciones NOC y NIC

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de estreñimiento (00015)							
Resultado esperado: Eliminación intestinal (0501)	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Control de movimientos Intestinales 050102	x					Los cambios hormonales: En La pared exterior del intestino es muscular y con la acción de la progesterona, se relaja igual que cualquier músculo y esto hace que tenga menor capacidad para mover la comida y los deshechos intestinales.
	Ruidos abdominales 050129		x				Durante la gestación el sistema digestivo sufre modificaciones por la ocupación de la cavidad uterina razón por la cual durante el puerperio los ruidos intestinales son lentos es importante la dieta sea favorable en cuanto a líquidos y fibra.
	Dolor en el paso de las heces 050128		x				Una dieta pobre en fibra, un escaso consumo de líquidos, el embarazo, el estrés, el sedentarismo todos estos factores pueden provocar estreñimiento, un trastorno muy molesto, frecuentemente se asocia con heces duras o difíciles de evacuar puede presentar dolor mientras se

							evacuan.
--	--	--	--	--	--	--	----------

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección (00004).							
Resultado esperado: Control de riesgo (1902)	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Reconoce los factores de riesgo 19201	x					El aprender a reconocer los signos de infección favorece el riesgo de reducir alguna complicación.
	Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal 190203		x				El acudir a sus consultas médicas a consejería, previene algún riesgo de infección.
	Sigue estrategias de control de riesgo		x				El tener buenos hábitos higiénicos y dietéticos favorece algún riesgo.
	Modifica estilos de vida para reducir el riesgo		x				Los buenos hábitos de salud previenen enfermedades y mejoran su calidad de vida.

Diagnóstico de enfermería: Perfusión tisular periférica ineficaz (00204): Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.

Resultado esperado: Perfusión tisular: periférica (0407)	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Fuerza del pulso pedio derecho 040738		x				Pasar mucho tiempo de pie, hace que las válvulas tanto del corazón como de las mismas venas se desgasten rápidamente, lo que desarrollará la acumulación de sangre en las venas.
	Fuerza del pulso pedio izquierdo (040739)		x				Pasar mucho tiempo de pie, hace que las válvulas tanto del corazón como de las mismas venas se desgasten rápidamente, lo que desarrollará la acumulación de sangre en las venas.
	Edema periférico 040712		x				El edema venoso bilateral se asocia a insuficiencia venosa periférica, y se manifiesta frecuentemente con las llamadas "várices" (dilatación del sistema venoso superficial). Cuando la afectación es únicamente en el sistema venoso profundo, el edema puede ser la única manifestación, presentándose en forma constante y exacerbándose al estar mucho tiempo de pie o sentado. Este se debe a alteraciones valvulares del sistema venoso.
	Dolor localizado		x				La insuficiencia venosa representa

	en extremidades 040713						un mal retorno de la sangre, que tiene dificultades para circular desde las piernas hasta el corazón. Este problema está en relación con las válvulas de las venas, cuya primera función es evitar el reflujo hacia las partes más alejadas del corazón, que dejan de ser eficaces. Esta insuficiencia de las válvulas, asociada con un aumento de la presión en estos vasos, conducirá a un estancamiento de la sangre en las extremidades inferiores, que puede provocar dolores.
	Hormigueo	x					Se debe a un trastorno de circulación, posiblemente a un déficit en el retorno venoso.

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)							
Resultado esperado: Conducta de adherencia: dieta saludable (1621)	Indicador	1 Extremadamente	2 Sustancialmente	3 Moderadamente	4 Levemente	5 No	Fundamentación
	Lava la fruta fresca y las verduras antes de comérselas. 162108		x				Las frutas y verduras son alimentos muy susceptibles a contaminarse con sustancias o agentes patógenos ya que provienen de la tierra y están en constante contacto con microorganismos y factores

						<p>ambientales. Una de las principales bacterias implicadas es la echerichia coli.</p> <p>Además, en la cosecha se utiliza pesticidas o aguas residuales que los contaminan con sustancias químicas. Por eso es importante lavar y desinfectar frutas y verduras.</p>
	<p>Come raciones de verdura y fruta recomendadas al día</p> <p>162112</p>	x				<p>El consumo diario de frutas y verduras, en cantidades adecuadas como parte de una alimentación bien equilibrada, ayuda en la prevención y reducción del riesgo de padecer enfermedades como las cardiopatías, los accidentes cardiovasculares, la diabetes, el estreñimiento, la hipertensión, el exceso de colesterol e, incluso, ciertos tipos de cáncer, así como deficiencias de importantes micronutrientes y vitaminas para el buen funcionamiento del organismo.</p>
	<p>Establece objetivos dietéticos alcanzables</p> <p>162101</p>	x				<p>Una dieta de bajas calorías debe lograr objetivos importantes en el tratamiento de los pacientes obesos, como son alcanzar un "peso ideal" y mantener este peso una vez alcanzado. Para lograr esto, además de un cambio de las conductas alimentarias, debe haber un cambio en el estilo de</p>

							vida. Alcanzar el peso ideal es difícil y en algunos casos imposibles, por lo que los objetivos deben ser adaptados al individuo, intentando lograr una reducción de peso tal que reduzca los niveles de morbilidad.
	Busca información sobre pautas nutricionales establecidas 162103		X				La formación de buenos hábitos alimentarios y el tener conocimientos de una nutrición adecuada son unos excelentes instrumentos para prevenir enfermedades y promover la salud en la población. La mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos a nuestra dieta diaria y semanal.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de estreñimiento (00015)							
Resultado esperado: Eliminación intestinal (0501)	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Control de movimientos Intestinales 050102	x					Los cambios hormonales: En La pared exterior del intestino es muscular y con la acción de la progesterona, se relaja igual que cualquier músculo y esto hace que tenga menor capacidad para mover la comida y los desechos

						intestinales.
	Ruidos abdominales 050129		x			Durante la gestación el sistema digestivo sufre modificaciones por la ocupación de la cavidad uterina razón por la cual durante el puerperio los ruidos intestinales son lentos es importante la dieta sea favorable en cuanto a líquidos y fibra.
	Dolor en el paso de las heces 050128		x			Una dieta pobre en fibra, un escaso consumo de líquidos, el embarazo, el estrés, el sedentarismo todos estos factores pueden provocar estreñimiento, un trastorno muy molesto, frecuentemente se asocia con heces duras o difíciles de evacuar puede presentar dolor mientras se evacuan.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado (00206)							
Resultado esperado: Severidad de la pérdida de sangre 0413	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Pérdida sanguínea visible 041301			x			El sangrado normal que se produce inmediatamente después del parto se debe principalmente a que quedan abiertos vasos sanguíneos en el útero, donde la placenta estaba adherida. Cuando la placenta comienza a

						desprenderse, estos vasos sangran dentro del útero. Después, cuando la placenta se expulsa, el útero generalmente sigue contrayéndose y los cierra.
	Sangrado vaginal 041307			x		<p>Después del nacimiento del bebé obtendrás un sangrado que se conoce como loquios. Durante los primeros días los loquios o flujo vaginal serán de color rojo oscuro y se parecerán a un periodo menstrual intenso. Este flujo está compuesto en la mayor parte por sangre y por desechos de tejido de las paredes del útero. Puede llegar en forma intermitente, fluyendo a intervalos, o bien fluir de manera más constante.</p> <p>Si todo transcurre normalmente, tendrás un poco menos de flujo cada día, y dos a cuatro días después de haber dado a luz será más acuoso y de color rosado. Aproximadamente a los diez días después del parto, deberías tener sólo una pequeña cantidad de flujo blanco o blanco-amarillento, mayormente compuesto por glóbulos blancos y células de las paredes del útero. Esto puede continuar durante algunos días o durante varias semanas.</p>
	Pérdida de calor			x		Al haberse encontrado en el parto

	corporal 041312						hubo una gran pérdida de sangre por lo cual disminuye la presión arterial y la temperatura disminuye teniendo como consecuencia una pérdida de calor corporal y un aumento de frecuencia cardiaca.
	Palidez de piel y mucosas 04131313				x		La palidez es el resultado de una disminución del riego sanguíneo a la piel por la pérdida de sangre durante el parto.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de desequilibrio nutricional (00003)							
Resultado esperado: Conducta de cumplimiento: dieta prescrita 1622	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Selecciona alimentos y líquidos compatibles con la dieta prescrita. 162202	x					<p>Un estilo de vida saludable conlleva muchas decisiones. Entre ellas, la elección de una dieta o un plan de alimentación equilibrado, para controlar el peso incluyen una variedad de alimentos que quizás no se hayan considerado.</p> <p>un plan de alimentación saludable tiene en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Resalta la importancia de las frutas, las verduras, los cereales integrales, la leche y los productos lácteos sin grasa o bajos en grasa •Incluye carnes magras, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces

						<ul style="list-style-type: none"> •Contiene poca cantidad de grasas saturadas, grasas, sal (sodio) y azúcares adicionales •Se mantiene dentro de sus necesidades calóricas diarias.
	Utiliza información nutricional de las etiquetas para seleccionar los alimentos. 162203		x			La información nutricional de un alimento se refiere a su valor energético y determinados nutrientes: grasas, grasas saturadas, hidratos de carbono, azúcares, proteínas y sal.
	Selecciona raciones compatibles con la dieta prescrita. 162204		x			Llevar una alimentación equilibrada no es ingerir mucha comida, ya que es tan importante la cantidad como la calidad de la misma.
	Toma alimentos compatibles con la dieta prescrita. 162205		x			El consumir alimentos compatibles nos ayuda a conocer la proporción y la frecuencia de los alimentos en la dieta. De su forma se deduce que los alimentos que se encuentran en las 'porciones' o sectores más grandes (carbohidratos, frutas, verduras), son los que se deben ingerir en mayor cantidad.
	Evita alimentos y líquidos no permitidos en la dieta.162207		x			Las chatarras, bollos, refrescos azucarados, etc. deben de ser objeto de un consumo excepcional, no una costumbre.
	Sigue las	x				Una dieta equilibrada se tiene que

	<p>recomendaciones sobre el número de comidas al día 162210.</p>				<p>adaptar a las necesidades de energía de cada persona. Es indispensable contar con la ayuda y el asesoramiento de un nutricionista para elaborar un régimen adecuado a cada persona.</p> <p>Partiendo de estas premisas, la siguiente es una dieta modelo para una persona con unas necesidades energéticas de entre 1.700 Kcal. Y 3.000 Kcal.:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Entre 6 y 10 raciones al día de cereales, derivados, patatas y legumbres. -Entre 2 y 4 raciones al día de frutas y zumos de frutas. -Entre 3 y 5 raciones de verduras y hortalizas al día. -Entre 2 y 3 raciones al día de leche y productos lácteos. -Entre 1 y 2 raciones al día de carnes, pescados y huevos. -Conviene consumir los aceites y las grasas con moderación, intentando no pasar de los 80 g/día. -Hay que reducir al mínimo el consumo de azúcar, dulces y bollería industrial, haciéndolo sólo de forma ocasional.
	<p>Utiliza un diario</p>	<p>x</p>			<p>Los diarios de comidas sirven para</p>

	para controlar la ingesta de alimentos y líquidos a lo largo del tiempo. 162215					<p>asumir responsabilidad. El ser responsable de sus actos, le confiere la habilidad de hacer cambios y ver cómo puede mejorar, continúa, es muy fácil comer sin fijarse, pero cuando lo anota en un papel, puede sorprenderse al ver cuánto consume.</p> <p>Hay que tomar en cuenta que debemos seguir una dieta variada, equilibrada y moderada en la que se incluyan todos los grupos de alimentos, sin excluir ninguno.</p>
--	--	--	--	--	--	---

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la ambulación (0008)						
Resultado esperado: Deambular 0200	Indicador	1 Extremadamente	2 Sustancialmente	3 Moderadamente	4 Levemente	5 No Fundamentación
	Soporta el peso 020001			x		Los huesos de las extremidades inferiores tienen la responsabilidad de soportar todo el peso corporal cuando estamos de pie, por lo que están sujetos a grandes esfuerzos, especialmente cuando saltamos o corremos lo que explica la razón por la que estos huesos son los más gruesos y fuertes de todas las extremidades.
	Camina a paso lento 020003			x		El estar cursando con un puerperio inmediato y ser post operada de

						O.T.B. Se encuentra en estado de recuperación por lo cual se les explica que deben de caminar en paso lento y en cortas distancias para evitar algún desmayo.
	Anda por la habitación 020014			x		Caminar en la habitación y al estar recuperándose le favorece y le brinda una mayor seguridad para caminar una distancia más grande. Y así observar que no haya malestar general.
	Se adapta diferentes tipos de superficies 020016			x		El tener una buena recuperación facilita el poder desplazarse en diferentes superficies.
	Camina alrededor de obstáculos 020017			x		Desplazarse con precaución favorece el evitar accidentes y una mayor habilidad en el lugar donde se encuentre.

Diagnóstico de enfermería: Fatiga (00093)							
Resultado esperado: Conservación de la energía 0002	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Equilibrio entre actividad y descanso 000201		x				El descanso es la recuperación subsiguiente a la realización de actividades. Entre actividad y descanso debe existir equilibrio para evitar el estrés y el

						<p>agotamiento del organismo.</p> <p>El descanso puede conseguirse mediante la inactividad o por medio de ocupaciones que resulten relajantes. Requiere tranquilidad. Una forma fisiológica de descansar y de permitir la recuperación psicofísica es dormir.</p>
	Utiliza las siestas para restaurar la energía 000202				x	<p>Los buenos hábitos de sueño y el utilizar una siesta durante el día también fortalecen el cerebro a largo plazo y auxiliarían al cerebro en tareas de autorreparación.</p>
	Organiza actividades para conservar energía 000209			x		<p>El saber dividir sus tareas diarias y poder deslindar actividades a sus familiares la favorecerá a restaurar energía y así poder conservarla.</p>
	Mantiene una nutrición adecuada 000206			x		<p>El Comer bien, Esto también se logra con alimentos saludables y nutritivos, combinándolos adecuadamente.</p> <p>Todos sabemos que las personas que se alimentan de forma saludable y equilibrada, y con alimentos variados, tienen una mayor probabilidad de:</p> <p>Crece y desarrollarse sanos y fuertes; tener más energía para trabajar y disfrutar de sí mismos; sufrir menos infecciones y otras enfermedades.</p>

Diagnóstico de enfermería: Deprivación de sueño (00096)							
Resultado esperado: Sueño 0004	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Horas de sueño 000401		x				Lo ideal es dormir entre 7 y 8 horas al día para que nuestro organismo funcione a pleno rendimiento. Acorde con nuestro reloj biológico (dormimos de 'forma natural' durante el periodo nocturno y sin luz), un sueño suficiente y reparador tiene innumerables ventajas para nuestro cuerpo que, unido a una rutina de ejercicio y una alimentación saludable, se reflejan tanto por dentro como por fuera.
	Horas de sueño cumplidas 000402			x			Gracias al sueño no sólo se reduce la actividad desplegada durante la vigilia, sino que, además de inhibirse la actividad de relación con el exterior (tono muscular) y de reducirse las funciones vitales (temperatura, ritmo cardíaco, etc,) las neuronas experimentan un proceso de restablecimiento.
	Calidad de sueño 000404			x			Nuestro cerebro necesita horas de 'desconexión' para poder procesar todos los datos acumulados durante el día. Un sueño suficiente

						y en buenas condiciones potencia nuestra capacidad de retentiva al despertar y ayuda a mejorar los procesos racionales.
	Despertar a horas apropiadas 000410			x		El sueño está asociado con funciones inmunes, endocrinas, de aprendizaje y memoria. También juega un rol esencial en nuestro bienestar emocional y puede conducir a ideas creativas. El sueño ayudaría a consolidar los nuevos recuerdos y a actualizar los antiguos sobre la base de lo que acabamos de aprender. También a forjar nuevas conexiones neuronales filtrando de estas las que no tienen importancia.
	Cama confortable 000419				x	Un ambiente ordenado nos ayuda a organizar nuestra mente, además para dormir bien el entorno tiene que ser lo más confortable posible. Y esto se consigue descansando en oscuridad, sin ruidos, con la temperatura adecuada y, cómo no, con una cama ordenada sin arrugas.
	Temperatura de la habitación confortable 000420				x	Una temperatura adecuada nos ayuda a dormir mejor, contribuyendo a nuestro equilibrio mental.

Diagnóstico de enfermería: Deprivación de sueño (00096)							
Resultado esperado: Descanso 0003	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Tiempo del descanso 000301			x			Dormir lo suficiente es beneficioso para que nuestro cuerpo pueda recuperarse del estrés y los daños producidos por condiciones externas. De manera que, durmiendo ya restableceremos tanto nuestro cuerpo cómo nuestra mente. Cuando nuestro cuerpo no descansa lo suficiente, la presión sanguínea aumenta, empezamos a sentir estresados y esto nos dificulta el reposo. Es un círculo vicioso que debemos evitar. Descansar bien entre 7 y 9 horas diarios nos ayuda a protegernos del estrés y por eso, después de un buen tiempo de descanso.
	Calidad del descanso 000303			x			Un sueño de calidad es importante porque nos ayuda a que el organismo funcione como tiene que funcionar. Cuando somos adultos dormir es imprescindible, nuestro rendimiento y la energía de cada día están estrechamente relacionados con la calidad del sueño. De hecho, hay estudios

						que indican que dormir bien te ayuda a tener más empatía, ser más positivo y tener un mejor ánimo.
	Descansado físicamente 000304			x		El estar descansado al 100 % es una persona muy activa, positiva y muy relajada en su vida diaria.
	Aspecto de estar descansado 000310				x	<p>Descansa la vista y nos hace ver mejor</p> <p>La visión puede fallar si los ojos no están bien descansados. Se sabe que la falta de un buen sueño es una de las principales causas de accidentes de tránsito. Además, nos vemos menos atractivos, ya que cuando hemos dormido poco suelen aparecer ojeras, ya que la falta de sueño hace que los capilares sanguíneos se vuelvan más visibles a través de la piel.</p> <p>Es una “vacuna” contra las enfermedades</p> <p>El buen dormir favorece las defensas del cuerpo fortaleciendo el sistema inmunológico, lo que nos expone a menos enfermedades e infecciones.</p> <p>Mejora la piel</p> <p>Dormir ayuda al organismo a</p>

							<p>depurarse de toxinas. Además, un descanso poco reparador hace que la piel se deshidrate, con lo cual adquirirá una apariencia seca y tirante.</p> <p>Regenera las neuronas</p> <p>Durante algunas fases del sueño, las neuronas del cerebro se regeneran. Si el descanso es interrumpido, esa regeneración no puede producirse. Esto puede provocar confusión, mal humor y ansiedad. Sólo 90 minutos de sueño perdido pueden representar un descenso del 32% en la eficiencia y el rendimiento durante el día próximo. Una noche de insomnio puede afectar la habilidad de aprender, la memoria y la coordinación.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

Diagnóstico de enfermería: Trastorno del patrón de sueño (00198)							
Resultado esperado: Sueño 0004	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	

	Horas de sueño 000401			x		Lo ideal es dormir entre 7 y 8 horas al día para que nuestro organismo funcione a pleno rendimiento. Acorde con nuestro reloj biológico (dormimos de 'forma natural' durante el periodo nocturno y sin luz), un sueño suficiente y reparador tiene innumerables ventajas para nuestro cuerpo que, unido a una rutina de ejercicio y una alimentación saludable, se reflejan tanto por dentro como por fuera.
	Horas de sueño cumplidas 000402			x		Gracias al sueño no sólo se reduce la actividad desplegada durante la vigilia, sino que, además de inhibirse la actividad de relación con el exterior (tono muscular) y de reducirse las funciones vitales (temperatura, ritmo cardiaco, etc.,) las neuronas experimentan un proceso de restablecimiento.
	Calidad de sueño 000404			x		Nuestro cerebro necesita horas de 'desconexión' para poder procesar todos los datos acumulados durante el día. Un sueño suficiente y en buenas condiciones potencia nuestra capacidad de retentiva al despertar y ayuda a mejorar los procesos racionales.
	Sueño interrumpido 000406	x				Tener un recién nacido y proporcionarle lactancia materna a libre demanda favorecer a tener un

						sueño interrumpido.
	Despertar a horas apropiadas 000410			x		El sueño está asociado con funciones inmunes, endocrinas, de aprendizaje y memoria. También juega un rol esencial en nuestro bienestar emocional y puede conducir a ideas creativas. El sueño ayudaría a consolidar los nuevos recuerdos y a actualizar los antiguos sobre la base de lo que acabamos de aprender. También a forjar nuevas conexiones neuronales filtrando de estas las que no tienen importancia.
	Cama confortable 000419			x		Un ambiente ordenado nos ayuda a organizar nuestra mente, además para dormir bien el entorno tiene que ser lo más confortable posible. Y esto se consigue descansando en oscuridad, sin ruidos, con la temperatura adecuada y, cómo no, con una cama ordenada sin arrugas.
	Temperatura de la habitación confortable 000420				x	Una temperatura adecuada nos ayuda a dormir mejor, contribuyendo a nuestro equilibrio mental.
	Ronquidos 00024	x				El compartir la habitación y tener una fuente de ruido tan cercana influye en la calidad del sueño de la pareja, provocándole microdespertares que activan el

							sistema nervioso y causan estrés. Como consecuencia, convivir con una pareja roncadora, altera también el estado emocional.
--	--	--	--	--	--	--	---

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea (00046)							
Resultado esperado: Curación de la herida: por segunda intención. 1103	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Granulación. 110301	x					Se forma por la proliferación de los nuevos capilares de vasos sanguíneos dañados en la zona donde sufrió el trauma.
	Formación de la cicatriz. 110320		x				Cuando una persona sufre una herida, en el proceso de reparación se llevan a cabo una serie de complejas reacciones bioquímicas que suceden para reparar el daño.
	Disminución del tamaño de la herida. 110321		x				Aproximadamente una semana luego de producida la herida, los fibroblastos se han diferenciado en miofibroblastos y la herida comienza a contraerse La finalidad de la contracción es disminuir el tamaño de la herida. Una herida grande puede reducir su tamaño entre un 40% a un 80%.

Diagnóstico de enfermería: Interrupción de los procesos familiares (00060)

Resultado esperado: Funcionamiento de la familia 2602	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Socializa los nuevos miembros de la familia 260201		x				El obtener una buena comunicación beneficia a una socialización familiar, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia y se establecen relaciones de afectividad.
	Cuida los miembros dependientes de la familia 260202		x				El ser una persona responsable y tener el control del núcleo familiar ayuda a un buen funcionamiento familiar.
	Regula la conducta de los miembros 260203		x				Poseer dominio sobre el núcleo familiar mantiene al margen la formación y conducta familiar.
	Distribuye las responsabilidades entre los miembros 260204			x			Saber distribuir tareas en la familia favorece los lazos de efectividad. Apoyando a poder realizar las actividades que en determinados momentos ayuden disminuir la sobrecarga.
	Se adapta a los cambios de desarrollo 260208			x			Los valores fomentados en la familia benefician a los nuevos cambios de la familia
	Los miembros se			x			Deslindar responsabilidades en la

	apoyan entre si 260222						familia es un gran apoyo los valores se aprenden mientras los miembros de la familia trabajan juntos.
	Los miembros participan en actividades de la comunidad.			x			El mantener comunicación con la comunidad apoyan a las actividades sanitarias

Diagnóstico de enfermería: Estrés por sobrecarga (00177)							
Resultado esperado: Factores estresantes del cuidador familiar 2208	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Factores estresantes referidos por el cuidador 220801	x					La combinación del cansancio, la distancia y problemas de conducta por la paciente agravan aún más el estrés que los cuidadores tienen que soportar.
	Conflicto del rol 220805		x				La estancia hospitalaria, la falta de comunicación con su familia que se encuentra en casa afecta el rol familiar.
	Conflicto entre responsabilidades laborales y del cuidador 220819		x				El cuidador aumenta las responsabilidades y surgen nuevas tareas y labores. El hecho de que todo esto que está ocurriendo es algo nuevo e inesperado podría agregar otro nivel de complejidad a la situación que usted confronta como cuidador.

	Alteración de la relación entre el cuidador y el paciente 220813		x				La cuidadora puede quedar agotada física y psicológicamente como consecuencia de la carga y la renuncia personal que implica el cuidado de la paciente.
	Deterioro de las relaciones familiares 220821		x				La ausencia temporal de uno de los progenitores provoca repercusiones psicológicas principalmente en los hijos. Mal funcionamiento de los roles asignados, creando una situación inadecuada, una atmósfera de insatisfacción, angustia, depresión, malestar en general y por tanto, poca o mala comunicación entre sus miembros familiares.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección (00004)							
Resultado esperado: Control del riesgo 1902	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Identifica los factores de riesgo 190220	x					Conocer dichos factores de riesgo nos permite tomar medidas de prevención frente al problema, lo cual aporta un gran beneficio; garantizando una pronta recuperación de la paciente.
	Reconoce los factores de riesgo personales		x				Poseer antecedentes de factores de riesgo personales debe de tener mayor cuidado para prevenir alguna complicación.

	190221					
	Controla los factores de riesgo personales 190203		x			La desinfección es un proceso básico para la prevención y control de las infecciones un ejemplo de ello es un buen lavado de manos y un aseo diario para evitar una infección en la zona de la herida.
	Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas 190207		x			Llevar a cabo medidas de seguridad favorece para una pronta recuperación
	Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo 190208		x			Consumir alimentos nutritivos y con alto contenido en zinc, las carnes rojas, los huevos, almejas, salvado de trigo, legumbres, frutos secos y las contiene un alto contenido de zinc, que ayudan a que el sistema inmune impida a que una herida se infecte. Los cítricos tienen gran contenido de vitamina C, por lo que ayudan a formar una proteína utilizada en el tejido cicatricial, de la piel, tendones, ligamentos y vasos sanguíneos favoreciendo una vida saludable.
	Evita exponerse a las amenazas para la salud		x			Tener conocimientos de los riesgos contribuye a una vida saludable.
	Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus		x			Llevar control en su clínica beneficia para su revisión general evitando cualquier complicación.

	necesidades 190213						
	Reconoce cambios en el estado general de salud 190216		x				Identificar los cambios de su estado general de salud prioriza a su atención más oportuna.

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar el confort (00183)							
Resultado esperado: Bienestar personal 2002	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Realización de las actividades de la vida diaria 200201	x					Llevar a cabo su rutina optimiza su estado general y le brinda confianza a su entorno familiar.
	Desempeño de los roles habituales 200212		x				Realizar todas las tareas diarias optimiza el entorno familiar y a una adaptación para el nuevo integrante familiar.
	Salud psicológica 200202		x				Lograr un estado de bienestar, armonía y equilibrio nos dará la habilidad para funcionar de manera óptima como ser humano y tener la energía y vitalidad para ser exitosos en nuestra vida
	Relaciones sociales 200203		x				Uno de los aspectos más importantes de las relaciones entre las personas es la comunicación, ya que a través de ella logramos intercambiar ideas, experiencias y

						valores; transmitir sentimientos y actitudes, y conocernos mejor.
	Vida espiritual 200204		x			La espiritualidad es casi imposible definir porque significa algo diferente para cada persona. Por lo tanto, la salud espiritual implica la reflexión de nuestras creencias. Lo que importa no son nuestras elecciones espirituales, sino que estemos viviendo de acuerdo a nuestras creencias y convicciones.
	Capacidad de relax 200208		x			Las actividades recreativas nos ayudan a relajarnos en el tiempo libre para el desarrollo de los conocimientos, habilidades, motivos, actitudes, comportamientos y valores en relación con el empleo positivo del tiempo libre.
	Nivel de felicidad 200209		x			Mantener un núcleo familiar y tener un nuevo integrante apoyan a mantener una estabilidad emocional. Ser Feliz es sencillamente lo mejor, y para ser feliz ahí que aprender a disfrutarla vida.
	Oportunidades para elegir cuidados de salud 200214		x			Contar con servicio de salud y tener conocimientos sobre los factores de riesgo garantiza una vida saludable.

Diagnóstico de enfermería: Disfunción sexual (00059)

Resultado esperado: Funcionamiento sexual 0119	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Consigue la excitación sexual 011901			x			Llevar acabo estrategias sexuales garantiza una mayor garantía sexual.
	Expresa capacidad para intimar 011912			x			Conservar una buena comunicación con la pareja optimiza para disfrutar su sexualidad.
	Expresa respeto por la pareja 011915			x			Respetarse entre parejas garantiza mayor fidelidad y mayor confianza en la intimad.
	Expresa aceptación de la pareja 011916			x			Mantener una buena relación entre pareja incluye la pasión, la intimidad y el compromiso. Para potenciar y conseguir una relación de pareja plena hay que actuar en estos tres puntos.
	Se comunica fácilmente con la pareja 011921			x			La comunicación en la pareja determina, no solo la calidad de la relación, sino que, también, una parte importante en nuestra calidad de vida.
	Comunica las necesidades sexuales con la pareja 011922			x			El respeto y la comunicación son fundamentales para un buen rendimiento sexual.
	Realiza la actividad sexual			x			El ambiente es clave en cualquier tipo de situación romántica. Ya que

	si el ambiente es adecuado 011924						pueden tener fantasías sexuales que se les ocurran.
--	--------------------------------------	--	--	--	--	--	---

Diagnóstico de enfermería: Cansancio del rol de cuidador (00061)							
Resultado esperado: Alteración del estilo d vida del cuidador principal 2203	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación
		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
	Trastorno de la rutina 220315	x					No podemos olvidar que muchos cuidadores no reciben ninguna instrucción en el manejo de los enfermos, por lo que no saben cómo reaccionar ante elementos tan estresantes como, por ejemplo, las alteraciones conductuales del paciente.
	Trastorno de la dinámica familiar 220317		x				La percepción de la propia salud por parte de los cuidadores es mala. Se ha encontrado que los cuidadores tienen una peor salud cardiovascular, mayores índices de obesidad, más marcadores metabólicos indicadores de estrés.
	Cargas económicas a causa del papel de cuidador 220319		x				El encontrarse fuera de casa y estar en un hospital genera gastos para sus viáticos y el transporte.
	Responsabilidades del rol			x			Los cuidadores tienen más síntomas de estrés, son más

	220310						propensos a tomar relajantes y dedican menos tiempo a su propia salud.
	Sueño 220320				x		Permanecer un gran número de horas en vigilia, el estrés, cansancio y el ayuno favorece para cursar con sueño,
	Relaciones con otros miembros de la familia 220305			x			Tener el contacto con el enfermo y saber sobre su estado de salud favorece para una comunicación más amplia y ponerlos al tanto sobre su salud con el resto de la familia.
	Apoyo social 220307			x			Favorece para el bienestar de la paciente.
	Actividades de ocio 220308			x			Escaso tiempo libre y abandono de actividades gratificantes. Muchos cuidadores tienden a recortar progresivamente su autonomía hasta hacer de su rutina una extensión de la rutina del enfermo, sin reservarse espacios a lo largo de la semana que le permitan relajarse.

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)							
Resultado	Indicador	1	2	3	4	5	Fundamentación

esperado: Conocimiento: Régimen terapéutico 1813		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No comprometido	
	Beneficios del tratamiento 181301		x				Llevar acabo de una manera correcta el tratamiento indicado beneficia a un pronto recuperación y una reintegración más pronta con su familia.
	Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso 181302		x				Comprometerse consigo mismo tener conocimiento sobre su tratamiento y llevar a cabo las medidas necesarias optimizara para su salud.
	Efectos esperados del tratamiento 181304		x				El tener una herida sin algún dato de infección y sentirse recuperada e incorporarse a sus roles en óptimas condiciones son datos de bienestar.
	Dieta prescrita 181305		x				Hay que tomar en cuenta que debemos seguir una dieta variada, equilibrada y moderada en la que se incluyan todos los grupos de alimentos tomando en cuenta la pirámide nutricional de acuerdo a las proporciones indicadas.
	Actividad física prescrita 181307		x				Realizar de forma regular y sistemática una actividad física ha demostrado ser una práctica muy beneficiosa en la prevención,

							desarrollo y rehabilitación de la salud, a la vez que ayuda al carácter, la disciplina y a la toma de decisiones en la vida cotidiana.
	Ejercicio prescrito 181308		x				El ejercicio físico, ya sea de corta o larga duración, contribuye a establecer un bienestar mental, mejorando la autonomía de la persona, la memoria, rapidez de ideas, etcétera, y promoviendo sensaciones como el optimismo o la euforia, al tiempo que se mejora la autoestima de las personas, lo que produce beneficios en diferentes enfermedades como la hipertensión.

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante (00117)							
Resultado esperado: Adaptación del recién nacido 0118	Indicador	1 Extremadamente	2 Sustancialmente	3 Moderadamente	4 Levemente	5 No	Fundamentación
	Puntuación Apgar 011801	x					La prueba de Apgar es un método clínico que permite valorar al niño inmediatamente después del parto o cesárea que se realiza al primer

						y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al médico qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.
	Frecuencia cardíaca (100-160) 011803		x			La frecuencia cardíaca normal en reposo habitualmente corresponde a 100-160 minutos, varía con los cambios de actividad del RN.
	Frecuencia respiratoria (30 a 60)011804		x			La frecuencia respiratoria normal es entre 40 y 60 por minuto. Los RN son respiradores periódicos más que regulares, en el RN normal no debe existir quejido espiratorio, ni aleteo nasal. Al llorar.
	Termorregulación 011807		x			La importancia de mantener la temperatura del recién nacido se reconoce desde hace siglos. El estrés térmico se ha asociado a un aumento de la morbilidad y la mortalidad, lo que hace que la detección temprana cobre una gran importancia en la monitorización de niños enfermos.
	Coloración cutánea 011808		x			El color del R.N es un importante indicador de la función cardiorrespiratoria del niño. Lo normal es un color rosado generalizado o a menudo una discreta cianosis de manos y pies.

							El color de las membranas mucosas también es un indicador fidedigno, en especial en los niños de piel oscura.
	Peso 011811		x				El peso, la talla y la circunferencia craneana se miden al momento de nacer de acuerdo a técnicas de enfermería estandarizadas. Estas se evalúan ubicándolas en la curva de crecimiento intrauterina.

Plan de cuidados

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de estreñimiento (00015)	
Intervención de Enfermería: Manejo del estreñimiento/ impactación 0450	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.	
Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.	El consumir abundantes líquidos, de 1'5 a 2 litros al día (unos 6-8 vasos) que puede ser tanto agua como infusiones suaves, caldos de verduras, zumos naturales (con pulpa) Si vives en climas cálidos y húmedos, la cantidad de agua debe de ser mayor para evitar que te deshidrates. Manteniendo tu cuerpo bien hidratado ayudas a prevenir y a tratar el estreñimiento.
Enseñar al paciente familia a mantener un diario de comidas.	El consumir frutas y verduras a diario son alimentos ricos en fibra, lo que permite regular nuestra función intestinal, corregir el estreñimiento y generar beneficiosos efectos en la prevención y tratamiento de otros trastornos como hipercolesterolemia, diabetes, obesidad.

	Debemos tener en cuenta que el contenido de fibra se reduce al <i>pelarlas</i> , y que la mayor concentración de sus vitaminas está justo bajo la piel, por lo que es mejor consumirlas con cáscara.
Instruir al paciente, familia sobre la relación de dieta y ejercicio	Aunque no lo creas, los movimientos peristálticos de tu intestino, aumentan favorablemente con el ejercicio. Cuando una persona tiene que estar en reposo prolongado en cama ejemplo: (cuando se presenta una amenaza de aborto, una amenaza de parto prematuro) también hay problemas de estreñimiento.
Vigilar la existencia de peristaltismo	El comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen, color nos favorece para la eliminación de las heces fecales.

Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)	
Intervención de Enfermería: manejo de la nutrición 1100	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Proporcionar un sustituto del azúcar, cuando resulte oportuno.	Los sustitutos del azúcar nos favorecen en la pérdida de peso, esto permite consumir los mismos alimentos que normalmente consumían, mientras se pierde peso y evitan otros problemas asociados con el consumo excesivo de calorías.
Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.	Una instrucción eficaz en nutrición puede motivar a las personas y permitirles adoptar pautas saludables de alimentación y de vida.
Realizar una selección de comidas.	La adopción de correctos hábitos alimentarios y una buena selección de alimentos es importante

	<p>para la promoción de la salud individual y colectiva, así como para prevenir un gran número de enfermedades que en mayor o menor medida están relacionadas con la alimentación. Por todo ello, el adquirir conocimientos sobre los alimentos y los nutrientes, la frecuencia de consumo y las cantidades que son adecuadas en función de las circunstancias de cada persona, conforman la base fundamental para crear una actitud responsable hacia la forma de alimentarse.</p>
<p>Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario.</p>	<p>La dieta es el conjunto de sustancias que ingerimos habitualmente y que nos permiten mantener un adecuado estado de salud y una buena capacidad de trabajo. Una dieta cuantitativamente es correcta cuando aporta la energía adecuada, permite el mantenimiento o consecución del peso ideal y aporta todas las vitaminas y minerales en cantidades no inferiores a 2/3 de los aportes dietéticos recomendados (RDA). Una dieta equilibrada es aquella que contiene todos los alimentos necesarios para conseguir un estado nutricional óptimo.</p>
<p>Pesar a la paciente a intervalos adecuados</p>	<p>El pesar a la paciente a intervalos adecuados nos indica si hemos hecho las cosas bien, aunque el peso corporal es el parámetro más utilizado y fiable, que nos permite llevar un control eficaz, siempre y cuando nos pesemos con la misma cantidad de ropa (la mínima posible), en el mismo horario (preferible por la mañana) y con la vejiga vacía.</p>
<p>Fomentar actividad física</p>	<p>Hacer ejercicio físico es beneficioso para la salud en todas las edades, la actividad física</p>

	ayuda a evitar el exceso de peso, así como fortalecer los huesos, aumenta la fuerza y la flexibilidad del cuerpo, ayuda a estar más ágil a prevenir fracturas, dolores musculares y de espalda, previene el nerviosismo, la depresión o la ansiedad y disminuye la posibilidad de tener diabetes o enfermedades cardiovasculares etcétera.
Ayudar a la paciente a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios.	La educación en nutrición nos brinda conocimientos sobre el beneficio que produce consumir ciertos alimentos y adopción de ciertas conductas, adquirir aptitudes personales para adoptar prácticas alimentarias saludables.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección (00004).	
Intervención de Enfermería: cuidados de las heridas 3660	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.	Al proporcionar las características de la herida favorecerá para la detección, prevención y tratamiento en la intervención inmediata.
Enseñar al paciente a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.	La participación de la familia favorece en el cuidado integral de la paciente en su pronta recuperación.
Enseñarle al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.	El enseñarle los signos y síntomas de infección al paciente y al familiar contribuyen a la pronta y satisfactoria recuperación de la integridad cutánea del paciente, disminuyendo factores de riesgo que afecten o retrasen la evolución del proceso de cicatrización.
Fomentar la ingesta de una dieta blanda por la localización de la herida.	El consumir una dieta rica en fibra (fruta, verdura, legumbres, cereales

	integrales) e incrementando la ingesta de líquidos, ayudará a evitar el estreñimiento para no ejercer más presión en el periné.
--	---

Diagnóstico de Enfermería: Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)	
Intervención de Enfermería: cuidados circulatorios: insuficiencia venosa.	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Enseñar al paciente la importancia cremas vasculares.	Las cremas vasculares, efecto frío ayudan a reducir molestias, aplicándose mediante un masaje circular ascendente mejorando los síntomas aumentando la tensión en la pared muscular de las venas.
Aplicar modalidades de terapia de compresión (vendajes de larga/corta extensión), según sea conveniente.	Las medias elásticas no eliminan las varices, pero pueden servir como prevención o para aliviar los síntomas, ya que, mediante su compresión gradual, disponible en varios niveles, activan la circulación.
Elevar los miembros pélvicos inferiores a 20° o más por encima del corazón, según sea conveniente.	El colocar los miembros inferiores en alto siempre nos va a proporcionar descanso y alivio, igual que una buena ducha de agua fría, dirigido a las piernas de forma ascendente, para activar la circulación.

Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)	
Intervención de Enfermería: Manejo de la nutrición. 1100	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Determinar el estado nutricional del	Una dieta equilibrada se tiene que

<p>paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</p>	<p>adaptar a las necesidades de energía de cada persona. Es indispensable contar con la ayuda y el asesoramiento de un nutricionista para elaborar un régimen adecuado a cada persona. La elección de una dieta o un plan de alimentación equilibrado, para controlar el peso incluyen una variedad de alimentos que quizás no se hayan considerado.</p>
<p>Determinar las preferencias alimentarias del paciente.</p>	<p>Hay que tomar en cuenta que debemos seguir una dieta variada, equilibrada y moderada en la que se incluyan todos los grupos de alimentos, sin excluir ninguno.</p>
<p>Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices o las pirámides de alimentos).</p>	<p>Un estilo de vida saludable conlleva, la elección de una dieta o un plan de alimentación equilibrado, de acuerdo a las pirámides de alimentos.</p> <p>un plan de alimentación saludable tiene en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Resalta la importancia de las frutas, las verduras, los cereales integrales, la leche y los productos lácteos sin grasa o bajos en grasa •Incluye carnes magras, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces •Contiene poca cantidad de grasas saturadas, grasas, sal (sodio) y azúcares adicionales •Se mantiene dentro de sus necesidades calóricas diarias.
<p>Proporcionar la selección de alimentos mientras se orienta hacia opciones</p>	<p>Las recomendaciones son equilibrar las calorías para controlar el peso</p>

<p>más saludables, si es necesario.</p>	<p>corporal y dar prioridad a alimentos y bebidas que tengan un alto contenido de nutrientes (al mismo tiempo que se controla el consumo de calorías y sodio). La opción es consumir más alimentos saludables, como verduras, frutas, granos integrales, productos lácteos descremados y semidescremados y mariscos, y a consumir menos sodio, grasas saturadas y trans, azucaradas agregados y granos refinados. Además, se hace mucho más énfasis en que hay que equilibrar el consumo de calorías con la actividad física.</p>
<p>Ajustar la dieta, según sea necesario (es decir, proporcionar alimentos con alto contenido proteico; sugerir el uso de hierbas y especias como una alternativa a la sal; proporcionar sustitutos del azúcar; aumentar o reducir las calorías; aumentar o disminuir las vitaminas, minerales o suplementos).</p>	<p>La cantidad total de alimentos se debe de ajustar de acuerdo a cada persona sus características y guiándonos de acuerdo a la pirámide nutricional ayudándonos a conocer la proporción y la frecuencia de los alimentos en la dieta. Los carbohidratos, frutas, verduras, son los que se deben ingerir en mayor cantidad.</p>
<p>Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (p. ej., limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes).</p>	<p>La higiene de los alimentos también incluye la limpieza de la zona de su preparación. Esta debe estar libre de gérmenes. Los utensilios deben lavarse antes de ser utilizados, las tablas de cortar también deben encontrarse perfectamente limpias. Mantener la cocina en una buena condición sanitaria reduce el riesgo de</p>

	contraer enfermedades al momento de preparar la comida.
Asegúrese que la comida se sirva de forma atractiva y a la temperatura más adecuada para el consumo óptimo.	Un factor imprescindible para abrirle el apetito a cualquier edad como pequeños y adultos consiste en que la comida sea llamativa.
Animar a la familia a traer alimentos favoritos del paciente, mientras esta en el hospital o centro asistencial, según corresponda.	El llevar los alimentos que la paciente desee favorece en el que ella se alimente bien tomando en cuenta que necesita alimentos para mantenerse fuerte y reemplazar las reservas perdidas de nutrientes.
Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibras para evitar el estreñimiento.	Los beneficios de los alimentos ricos en fibra son valiosos: además de colaborar con nuestra digestión, aportan muchos nutrientes de una forma natural y sana, nos ayudan a prevenir enfermedades del corazón y reducir el riesgo diabetes, entre otras enfermedades.
Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.	El tener un registro del control de peso favorece en las técnicas que se vaya a retomar de acuerdo a nuestro control de peso.
Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.	El Manipulador de alimentos necesita conocer el proceso de preparación y conservación de alimentos y respetar las exigencias sanitarias y nutritivas que permiten que el alimento se consuma en las mejores condiciones de calidad.
Ayudar al paciente a acceder a programas nutricionales comunitarios	El programa nutricional pretende mejorar las condiciones nutricionales

específicos (p. ej., Para mujeres, bebés y niños, cupones de alimentos y comidas a domicilio)	con los comedores, se difunden y generan hábitos alimentarios saludables, con base en dietas balanceadas, en los que se podrán incluir diferentes ingredientes.
---	---

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de sangrado (00206)	
Intervención de Enfermería: Disminución de la hemorragia 4020	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Identificar la causa de la hemorragia.	El tener localizado la causa de la hemorragia nos beneficia para poder aplicar las estrategias y así poder evitar el sangrado.
Registrar el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre.	Contar con laboratorios previos antes del evento quirúrgico evitara mayores complicaciones y de igual manera si la paciente tuvo pérdida de sangre durante el evento quirúrgico nos favorece para poder tomar una decisión en el caso de transfundirla.
Monitorizar la presión arterial y de los parámetros hemodinámicos, si están disponibles (p. ej., presión venosa central y presión capilar pulmonar/ de enclavamiento de la arteria pulmonar).	La monitorización constituye un aspecto fundamental del cuidado del paciente. La monitorización hemodinámica nos permite obtener información acerca de la fisiopatología cardiocirculatoria que nos ayudará a realizar el diagnóstico y a guiar la medicación en las situaciones de inestabilidad hemodinámica.
Monitorizar la coagulación, incluidos el tiempo de protrombina (TP), y el tiempo de tromboplastina parcial (TTP), el fibrinógeno, los productos de	El verificar los tiempos de coagulación nos asevera el poder evitar que la paciente presente algún tipo de sangrado en cualquier momento de la

degradación/ escisión de la fibrina y recuenta de plaquetas, según corresponda.	cirugía.
Organizar la disponibilidad de hemoderivados para la transfusión, si fuera necesario.	El poseer con recursos hemoderivados nos auxilia y nos previene de un shock hipovolémico.
Mantener un acceso i.v. permeable	Tener una vía permeable nos favorece para una atención más oportuna y un tratamiento con mayor rapidez.
Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre	Monitorizar la pérdida de sangre de la paciente nos beneficia para poder tomar las acciones adecuadas con el fin del bienestar de la paciente.
Instruir al paciente y a la familia sobre la gravedad de la pérdida de sangre y sobre las acciones adecuadas que han de tomarse.	Mantener informada a los familiares del paciente o en este caso al cuidador les brinda mayor confianza, seguridad y menor estrés.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la ambulación (0008)	
Intervención de Enfermería: terapia de ejercicios: ambulación. 0221	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Vestir al paciente con prendas cómodas.	Habitualmente en un hospital la ropa debe permitir libertad de movimientos, facilitar el acceso a aquellas zonas del paciente que necesiten una manipulación o visualización frecuentes, proteger adecuadamente del frío o del calor, y que no hieran la imagen de la paciente.
Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.	Generalmente en un hospital el calzado para su deambulación debe de ser confortable, seguro, antiderrapante y bajito para una mayor comodidad y su

	deambulaci3n sea eficaz.
Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, seg3n tolerancia.	El que la paciente cambie de postura facilita para que haya una deambulaci3n m3s pronta.
Enseñar al paciente a colocarse en la posici3n correcta durante el proceso de traslado.	Orientar a la paciente sobre la mec3nica para su traslado u cambio de posici3n siempre se debe realizar utilizando los m3sculos de las piernas manteniendo la espalda recta, el paciente debe estar apegado al cuerpo del monitor para poder ser trasladado sin q los m3sculos de 3ste se fatiguen.
Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.	Apoyar al paciente a su cambio de posici3n le facilita su cambio de lugar o de postura y le se le brinda mayor seguridad.
Ayudar al paciente con la deambulaci3n inicial, si es necesario.	Brindar apoyo en la deambulaci3n nos garantiza mayor seguridad en deambular y m3s satisfacci3n hacia la paciente.
Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancias realistas para la deambulaci3n.	Caminar aumentos de distancia garantiza una deambulaci3n m3s segura y m3s independencia.
Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.	El ser m3s independiente aprueba mayor estabilidad en sus movimientos.

Diagn3stico de Enfermer3a: Fatiga (00093)

Intervenci3n de Enfermer3a: manejo de la energ3a 0180

Actividades: Independientes

Fundamentaci3n

Determinar los d3ficits del estado fisiol3gico del paciente que producen fatiga seg3n el contexto de la edad y el

El que haya tenido un trabajo de parto, estr3s, ayuno y un n3mero de horas sin dormir sondatos estresantes a nivel

desarrollo	mental y emocional, y esto puede acentuar la sensación de fatiga.
Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.	El tener una alimentación completa durante el embarazo y el haber consumido hierro y ácido fólico favorece para tener reservas energéticas.
Observar/ registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.	Llevar un registro de número de horas apoya para una buena orientación y explicación a la paciente sobre la importancia del sueño.

Diagnóstico de Enfermería: Deprivación de sueño (00096)	
Intervención de Enfermería: Mejorar el sueño 1850	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.	Los buenos hábitos de sueño y el utilizar una siesta durante el día también fortalecen el cerebro a largo plazo y auxiliarían al cerebro en tareas de autorreparación.
Observar/ registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.	Llevar un registro de número de horas apoya para una buena orientación y explicación a la paciente sobre la importancia del sueño.
Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/ molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad que interrumpen el sueño).	El proporcionar lactancia materna interrumpe el ciclo del sueño ya que es a libre demanda.
Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para	Un ambiente ordenado nos ayuda a organizar nuestra mente, además para

favorecer el sueño.	dormir bien el entorno tiene que ser lo más confortable posible. Y esto se consigue descansando en oscuridad, sin ruidos, con la temperatura adecuada y, cómo no, con una cama ordenada sin arrugas.
Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.	Escuchar música, tomar 10 inhalaciones y exhalaciones suaves o hasta cuenta ovejas, pero hazlo a oscuras y sin ruido. Estas técnicas favorecerán conciliar el sueño. Además el sueño ayuda a consolidar la memoria, a reorganizar la información y a extraer los datos más relevantes, de este modo el sueño favorece la producción de nuevas ideas.

Diagnóstico de Enfermería: Trastorno del patrón de sueño (00198)	
Intervención de Enfermería: Técnica de relajación 5880.	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Coger y calmar al bebe o niño.	Arrullar al bebé cuando se encuentre inquieto favorece que haya una estreches de lazos y se sienta querido.
Mecer al bebe, según corresponda.	Mantener una relación más estrecha con él bebé y brindarle muestras de cariño favorece en su crecimiento.
Hablar suavemente o cantar al bebe, según corresponda.	Escuchar la voz de su mama, tranquiliza al bebé teniendo un ambiente confortable.
Ofrecer un chupete al bebé, según corresponda.	El proporcionar un chupón puede ayudarles a calmar la ansiedad y tranquilizarse.
Instruir sobre técnicas que han de	Utilizar técnicas para calmar al bebé

utilizarse para calmar al bebé que llora (hablar al bebé, sujetar los brazos, levantarlo, sostenerlo y mecerlo.)	facilita tranquilizarlo y sentirse confortable.
Proporcionar tiempo y espacio para estar a solas, según corresponda.	Estar a solas ayuda a relajarse y poder atenderse para sus asuntos personales.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea (00046)	
Intervención de Enfermería: Cuidados de las heridas 3660	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Despegar los apósitos y el vendaje.	Para ayudar a algunas heridas quirúrgicas a sanar, se pueden colocar un apósito a la herida y ayuda con la recuperación. Vigilar una herida favorece a una cicatrización segura.
Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.	Estar alerta en cuanto a los signos favorece la integridad cutánea del paciente, disminuyendo factores de riesgo que afecten o retrasen la evolución del proceso de cicatrización.
Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.	La solución fisiológica favorece en la desinfección de la herida y a una cicatrización efectiva.
Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.	Usar técnicas estériles para el manejo y prevención de la herida un ambiente de la habitación limpio, asepsia, lavado de manos, uso de antiséptico, equipo de cura necesario, cambiar de apósito cuando precise favorece a una cicatrización.
Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.	Usar vendaje apoya a una mayor seguridad y protección de la herida quirúrgica.

Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.	El cambio de gasa y de apósito favorece para una herida estéril y limpia.
Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje	Examinar el color, olor y tamaño garantiza a una herida limpia sin datos de infección.
Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.	Usar técnicas estériles en la herida garantiza una cicatrización eficaz.
Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.	Conocer los signos y síntomas de infección previene para algún dato de infección.

Diagnóstico de Enfermería: Interrupción de los procesos familiares (00060)	
Intervención de Enfermería: Fomentar la implicación familiar (7110)	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.	Mantener una relación efectiva mejora una mayor comunicación obteniendo información del estado de salud.
Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.	La persona que sea el cuidador debe de ser una persona adulta, con conocimiento respecto al diagnóstico de la paciente y no tener limitantes para poder desplazarse con la finalidad que tengan informada a la familia.
Informar a los miembros de la familia de los factores que puedan mejorar el estado del paciente.	Comunicar a la familia sobre el estado de salud da la paciente beneficia para mayor tranquilidad y menor estrés mejorando el estado de salud de la paciente.

Diagnóstico de Enfermería: Estrés por sobrecarga (00177)
Intervención de Enfermería: Terapia de relajación 6040

Actividades: Independientes	Fundamentación
Explicar el fundamento de la relajación disponible (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).	Conducir a la paciente a un estado de tranquilidad teniendo beneficio tanto a nivel subjetivo, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a la propia salud física y psicológica.
Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.	El ambiente tranquilo, el silencio de las montañas producen estados de conciencia logrando dejar la mente vacía sin pensar nada llegar a un estado de calma favoreciendo su estado de recuperación de la puérpera.
Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.	<p>La posición para la relajación</p> <p>La paciente debe tomar la posición en la cual se sienta más cómodo, tranquila, sin molestias ni dolor. Esta posición además le debe permitir respirar de manera profunda y suave.</p> <p>Se recomiendan tres posiciones generales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tendida sobre una cama o un sofá con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo. 2. En un sillón cómodo y con brazos, en este caso es conveniente que se usen apoyos para nuca y pies. 3. Sentados en un taburete o banqueta sin respaldo. En lo que se conoce como la posición del cochero, descansando la

	<p>parte superior del cuerpo sobre la región dorso lumbar.</p> <p>La ropa</p> <p>La vestimenta ideal para la sesión es aquella que es fresca y libre.</p> <p>No se debe utilizar ropa ajustada, ya que pueden ser una tensión extra.</p> <p>Se recomienda no usar las gafas o anteojos. Tampoco son necesarios los zapatos, fajas, cinturones, sujetadores, entre otros.</p> <p>Es buena práctica que la ropa sea de algodón, que permita la transpiración y se sienta bien en el contacto con la piel.</p> <p>Como recomendación se extra se habla del uso de ropa blanca para aumentar los niveles y la sensación de relajación.</p>
<p>Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.</p>	<p>El tono de voz es un punto clave para conducir a la paciente la mayor tranquilidad y relajación muscular obteniendo un bienestar físico, emocional un entorno agradable.</p>
<p>Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.</p>	<p>La técnica de la respiración es un control adecuado sobre nuestra respiración una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés</p>

	<p>Unos hábitos correctos de respiración son muy importantes porque aportan al organismo el suficiente oxígeno para nuestro cerebro. El ritmo actual de vida favorece la respiración incompleta que no utiliza la capacidad de los pulmones a totalidad.</p> <p>Algunos ejercicios de respiración:</p> <p>Inspiración abdominal: Colocar una mano en el vientre y otra en el estómago. Al respirar se debe percibir el movimiento de la mano en el vientre, pero no en el estómago. Al principio puede parecer difícil, pero al cabo de 15 o 20 min se controla.</p> <p>Inspiración abdominal, ventral y costal: La persona al inspirar debe llenar primero de aire la zona del abdomen, luego del estómago y el pecho, por último.</p> <p>Espiración: Es continuación del ejercicio anterior. Al espirar se deben cerrar los labios de forma que al salir el aire se produzca un resoplido. Debe ser pausada y controlada.</p>
Fomentar la repetición o práctica frecuente de la técnica seleccionada.	El que lleve a la práctica sus técnicas de relajación evitara el estrés manifestando tranquilidad en su entorno familiar.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección (00004)	
Intervención de Enfermería: Identificación de riesgos 6610	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.	El conocer los factores de riesgo ayuda a prevenir estas infecciones.
Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.	<p>Muchos hospitales toman las siguientes medidas para ayudar a prevenir infecciones de las heridas quirúrgicas:</p> <p>Lavado de las manos: Antes de la operación, el cirujano y todo el personal del quirófano se limpian las manos y los brazos frotándose con un jabón antiséptico.</p> <p>Limpieza de la piel: La zona donde va a hacerse la incisión (corte) se limpia cuidadosamente con una solución antiséptica.</p> <p>Esterilidad de la ropa y las compresas quirúrgicas: Los miembros del equipo quirúrgico se ponen uniformes médicos, batas operatorias de manga larga, cubre boca, gorros, botas y guantes estériles. El cuerpo del paciente se cubre totalmente con ropa estéril (sábana grande estéril), salvo la zona donde va a realizarse la incisión.</p> <p>Aire limpio: Los quirófanos tienen filtros de aire especiales y flujo de aire con presión positiva para impedir que en la sala entre aire no filtrado.</p>

Uso de antibióticos: Los antibióticos se administran como máximo 60 minutos antes de realizar la incisión y se suspenden dentro de las 24 horas siguientes a la operación. Esto ayuda a matar los microbios, pero evita los problemas que pueden ocurrir cuando los antibióticos se usan por períodos más prolongados.

Control de la temperatura corporal: Una temperatura más baja de lo normal durante o después de la operación impide que el oxígeno llegue a la herida y hace que al cuerpo le sea más difícil combatir la infección. Los hospitales pueden entibiar los líquidos IV, subir la temperatura del quirófano y facilitar mantas de aire tibio.

Eliminación correcta del vello: El pelo que deba eliminarse se recorta en lugar de rasurarse con una afeitadora, para evitar cualquier pequeña melladura o cortada que permitiría la entrada de los microbios al cuerpo.

Cuidado de la herida: Después de la operación, las heridas cerradas se cubren con una gasa estéril por uno o dos días.

Y en casa es muy importante el baño

	diario y curación en la herida quirúrgica diaria, así como el lavado de manos antes de cada procedimiento.
Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción de riesgos.	Usar técnica estéril en casa, así como el lavado de manos, el baño diario y curación favorecerá para una cicatrización eficaz.

Diagnóstico de Enfermería: Disposición para mejorar el confort. (00183)	
Intervención de Enfermería: Facilitar el aprendizaje 5520	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina del paciente.	Llevar a cabo la información obtenida y sobre todo aplicarla a nuestro estilo de vida rutinaria facilita para una mejora en el estado de salud.
Utilizar un lenguaje familiar.	Comunicarnos de una manera clara, concisa y precisa favorece para un mayor entendimiento para la paciente.
Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes.	Brindar toda la confianza y seguridad para poder aclarar todas las dudas de la paciente y poder aclararlas para que lleve un buen manejo en sus cuidados.
Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.	Esclarecer sus dudas nos dará mayor pauta para una recuperación favorable.

Diagnóstico de Enfermería: Disfunción sexual (00059)	
Intervención de Enfermería: Asesoramiento sexual 5248	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Explicar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos	La Información es fundamental que esté informada de su recuperación y de qué tipo de esfuerzos puede llevar a cabo. Aunque el trastorno sexual lo padezca un único miembro de la pareja, es

<p>que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.</p>	<p>recomendable que los dos acudan al médico para que ambos sepan el diagnóstico y conozcan los posibles tratamientos. El diálogo puede ser una buena oportunidad para compartir los sentimientos con su compañera. No hay que avergonzarse por pedir apoyo, sino convencernos de que compartir el problema nos llevará más rápidamente a encontrar una solución. Aunque el trastorno se produzca en un solo miembro de la pareja, es importante asumir que las consecuencias las padecen los dos</p>
<p>Animar al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual.</p>	<p>Recibir una información adecuada, con el fin de eliminar los miedos y dudas que la paciente pueda sentir a la hora de retomar con naturalidad su vida sexual tras haber cursado por el puerperio.</p>
<p>Evaluar la presencia de estrés, ansiedad y depresión como posibles causas de la disfunción sexual.</p>	<p>Aplicar técnicas de relajamiento para evitar el estrés, ansiedad y depresión y tener un entorno cómodo y agradable adecuado donde se encuentre tranquila para poder llevar a cabo una buena relación sexual.</p>
<p>Determinar el nivel de conocimiento y comprensión del paciente sobre sexualidad en general.</p>	<p>Dar información de una manera clara y concisa e informarle que el mejor momento para realizar la actividad sexual es aquel en el que el paciente está relajado y descansado. Quizá la mejor hora sea por la mañana (tras una noche en la que se haya dormido bien) o después de una siesta. No es</p>

	deseable realizar el coito tras una comida abundante, haber ingerido alcohol o realizado un ejercicio agotador.
--	---

Diagnóstico de Enfermería: Cansancio del rol de cuidador (00061)	
Intervención de Enfermería: Apoyo al cuidador principal 7040	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Determinar el nivel de conocimiento del cuidador.	Estipular a la persona indicada como cuidador debe de poseer conocimiento sobre los cuidados de la puérpera favoreciendo en su recuperación.
Determinar la aceptación del cuidador de su papel.	La persona que desempeña el rol de cuidador es la persona que tomo responsabilidad sobre las decisiones y cuidados de la puérpera.
Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, según corresponda.	Ser cuidador, dependiente de la puérpera son actividades que ejerce el cuidador cuando desempeña su labor.
Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.	El que tome decisiones el cuidador teniendo conocimiento sobre su recuperación beneficia en su salud.
Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias.	Proporcionar información del estado de salud de la paciente a los familiares más cercanos sirve para una mayor tranquilidad y confianza.
Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.	Brindar conocimiento sobre técnicas de relajación contribuye a disminuir los niveles de estrés
Identificar fuentes de cuidado por relevo.	Haber otro suplente como cuidador apoya en menor carga de trabajo favoreciendo mayor calidad en los cuidados de la puérpera.

Diagnóstico de Enfermería: Disposición para mejorar la nutrición (00163)	
Intervención de Enfermería: Manejo de la nutrición. 1100	
Actividades: Independientes	Fundamentación
Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.	<p>Una dieta equilibrada se tiene que adaptar a las necesidades de energía de cada persona. Es indispensable contar con la ayuda y el asesoramiento de un nutricionista para elaborar un régimen adecuado a cada persona.</p> <p>Partiendo de estas premisas, la siguiente es una dieta modelo para una persona con unas necesidades energéticas de entre 1.700 Kcal. Y 3.000 Kcal.:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Entre 6 y 10 raciones al día de cereales, derivados, patatas y legumbres. -Entre 2 y 4 raciones al día de frutas y zumos de frutas. -Entre 3 y 5 raciones de verduras y hortalizas al día. -Entre 2 y 3 raciones al día de leche y productos lácteos. -Entre 1 y 2 raciones al día de carnes, pescados y huevos. -Conviene consumir los aceites y las grasas con moderación, intentando no pasar de los 80 g/día. -Hay que reducir al mínimo el consumo de azúcar, dulces y bollería industrial, haciéndolo sólo de forma ocasional.
Instruir al paciente sobre las	La información nutricional de un

<p>necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices o las pirámides de alimentos).</p>	<p>alimento se refiere a su valor energético y determinados nutrientes: grasas, grasas saturadas, hidratos de carbono, azúcares, proteínas y sal.</p>
<p>Ayudar al paciente a determinar las directrices o las pirámides de alimentos (p. ej., pirámide de alimentos vegetarianos, pirámide de los alimentos y pirámide de alimentos para personas mayores de 70 años) más adecuadas para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales.</p>	<p>Un estilo de vida saludable conlleva muchas decisiones. Entre ellas, la elección de una dieta o un plan de alimentación equilibrado, para controlar el peso incluyen una variedad de alimentos que quizás no se hayan considerado.</p> <p>un plan de alimentación saludable tiene en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Resalta la importancia de las frutas, las verduras, los cereales integrales, la leche y los productos lácteos sin grasa o bajos en grasa •Incluye carnes magras, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces •Contiene poca cantidad de grasas saturadas, grasas, sal (sodio) y azúcares adicionales •Se mantiene dentro de sus necesidades calóricas diarias.
<p>Proporcionar la selección de alimentos mientras se orienta hacia opciones más saludables, si es necesario.</p>	<p>Llevar una alimentación equilibrada no es ingerir mucha comida, ya que es tan importante la cantidad como la calidad de la misma.</p>
<p>Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (p. ej., limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes).</p>	<p>Ofrecer un ambiente agradable optimiza el estado del gusto.</p>
<p>Asegúrese que la comida se sirva de forma atractiva y a la temperatura más</p>	<p>La comida que se encuentra servida de forma atrayente teniendo los</p>

adecuada para el consumo óptimo.	requerimientos nutricionales adecuados garantiza un consumo más pronto.
Animar a la familia a traer alimentos favoritos del paciente, mientras esta en el hospital o centro asistencial, según corresponda.	El llevar alimentos favoritos que consuma la puérpera durante la estancia hospitalaria manifestara mayor energía y un estado de ánimo óptimo.
Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibras para evitar el estreñimiento.	Ingerir fibra durante el puerperio es bueno para el sistema digestivo. Ayuda a producir heces (materia fecal) blandas y voluminosas. Esto ayuda a prevenir la constipación. La fibra se encuentra en los productos de trigo integral, el salvado de maíz y las semillas de lino. También se encuentra en algunos vegetales y en algunas frutas.
Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.	Llevar un registro en cuanto al peso nos ayuda en una evaluación más certera.
Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.	Manejar técnicas para la preparación de alimentos facilita el trabajo y el consumo es más agradable.
Ayudar al paciente a acceder a programas nutricionales comunitarios específicos (p. ej., Para mujeres, bebés y niños, cupones de alimentos y comidas a domicilio)	Orientar a la puérpera sobre programas nutricionales como el que se menciona a continuación: Salud y Nutrición Comunitaria AMEXTRA capacita a familias para que mejoren su nutrición, transformando sus hábitos alimenticios y logrando buenas prácticas de salud comunitaria

Diagnóstico de Enfermería: Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante (00117)

Intervención de Enfermería: Asesoramiento en la lactancia 5244

Actividades: Independientes	Fundamentación
Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.	<p>El amamantamiento no sólo posee un valor nutricional. Para el bebé, el pecho de su madre es afecto, consuelo, seguridad y comunicación entre la madre y el hijo.</p> <p>La lactancia materna aporta beneficios psicológicos un mejor desarrollo cognitivo, psicomotor y del lenguaje y mayor agudeza visual.</p>
Proporcionar a la madre la oportunidad de dar lactancia tras el parto, cuando sea posible.	<p>La importancia de la primera hora tras el parto para el éxito de la lactancia materna</p> <p>El mejor lugar del mundo donde debe ser colocado un bebé al nacer tras ser secado es sobre su madre, piel con piel, ninguna tela entre ambos, pero cubierto con una toalla caliente.</p> <p>La madre y su pareja llevan 9 meses esperando este momento tan importante en sus vidas, es un momento sagrado, nadie tiene derecho a interrumpirlo como no sea que la vida de la madre o del bebé corra peligro.</p> <p>La lactancia materna no es un proceso totalmente instintivo en el ser humano, sino que precisa de un aprendizaje social. Ver a otras madres amamantar correctamente a sus hijos facilita que el propio bebé mame en posición adecuada.</p> <p>Fomentar la lactancia materna después</p>

	<p>del parto es un proceso activo por parte de sus dos protagonistas, madre e hijo. Por un lado, la leche no espera pacientemente en el pecho a que alguien la saque, sino que es empujada por la acción de una hormona, la oxitocina. El bebé tampoco es pasivo, no espera con la boca abierta a que le caiga la leche que gotea sola, sino que tiene que hacer unos movimientos de succión determinados para obtener toda la leche que necesita. Para que todo este proceso sea óptimo, la posición y la succión del bebé han de ser correcta y la lengua tiene que tener total movilidad.</p> <p>La posición del niño al pecho es uno de los aspectos que más influyen en el éxito de la lactancia.</p>
<p>Mostrar la forma de amamantar, si es necesario (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón).</p>	<p>Cómo colocar el bebé al pecho paso a paso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La madre se sitúa en la postura elegida apoyando bien espalda y pies. 2. Se acerca el niño al pecho allí donde quede éste sin desplazarlo. 3. Se coloca al bebe perpendicular a la orientación del pezón. 4. Se enfoca nariz – pezón. 5. Antes de abrir la boca, sin necesidad de ladear, doblar o girar el cuello, el pezón ha de estar frente a la nariz del bebé. 6. Cuando abre la boca, acercar al bebé

	<p>con rapidez y decisión al pecho.</p> <p>7. Madre e hijos han de quedar cuerpo contra cuerpo (frente a frente)</p> <p>8. El pezón ha de quedar apuntando al paladar del bebé.</p> <p>9. Nunca el pecho ha de ir hacia el bebé, es el niño el que va hacia el pecho.</p> <p>10. La cabeza del bebe no ha de quedar en el hueco del codo, sino en el antebrazo.</p> <p>11. La madre no sujeta al bebé por las nalgas con esa mano, sino que ésta queda a mitad de la espalda, aunque puede sujetarlo con la otra.</p> <p>12. Es recomendable evitar el uso de ropa o mantas que aumenten la distancia del bebe al pecho.</p>
<p>Enseñar a la madre a dejar que el lactante termine con la primera mama antes de ofrecer la segunda.</p>	<p>¿Cuánto tiempo necesita el bebé en cada pecho?</p> <p>Algunos necesitan 10 minutos en cada pecho, otros, veinte, otros en cinco minutos terminan.</p> <p>Vaciar el pecho entero: la primera leche es más líquida y la del final es más grasa. El niño soltará el pecho cuando lo haya vaciado. Después, ofrécele el otro. A veces no querrá más.</p> <p>Déjelo succionar y obsérvelo, tendrá un ritmo sostenido por unos minutos, hará una pausa y luego retomará el ritmo.</p>

	<p>Cuando la pausa se alargue, levante el mentón con un dedo.</p> <p>El recién nacido amamantado a demanda puede hacerlo entre ocho y catorce veces al día. El número de mamadas disminuye a medida que el niño crece. El verdadero ritmo lo acordarán su bebé y usted, llevada por su instinto materno.</p>
<p>Explicar a la madre los cuidados del pezón.</p>	<p>No es necesario que limpie el pecho o el pezón de una forma especial antes de dar el pecho a su bebé. Todo lo que tiene que hacer es aclarar el pecho con agua durante el baño o ducha diaria. Evite los productos que deshidraten o dañen de alguna otra forma la piel. Esto incluye el uso de jabón o desinfectantes en el pezón y areola, ya que puede deshidratar la piel y contribuir a tener pezones doloridos.</p> <p>Ya durante el embarazo, las glándulas de Montgomery que rodean el pezón empiezan a secretar un aceite natural que lubrica la piel y evita el crecimiento de bacterias. Es perfecto dejar que esta sustancia natural haga su trabajo.</p> <p>Puede extraer unas gotas de leche después de la toma, masajearlo suavemente en la piel y dejarlo secar al aire. Si tiene la piel especialmente seca o dañada puede aplicarse en el pezón y</p>

	<p>la areola una pequeña cantidad como lanolina.</p>
<p>Explicar los signos, síntomas y estrategias de manejo de la obstrucción de los conductos, la mastitis y la infección candidiásica.</p>	<p>La mastitis y el absceso mamario pueden prevenirse en gran parte, si la lactancia materna se guía adecuadamente desde el principio para evitar situaciones que producen estasis de la leche</p>
<p>Explicar las opciones para el destete.</p>	<p>La lactancia materna debe ser abandonada de forma gradual y no dejarse influenciar por las presiones externas.</p> <p>Más tarde o más temprano, el fin de la lactancia materna siempre llega. Algunas madres deciden iniciar el destete de forma dirigida. Otras optan por que sea el pequeño quien decida y deje de mamar de forma natural. En cualquiera de los casos, para evitar que tanto la madre como el hijo sufran con el destete, los especialistas señalan que es importante abandonarlo de un modo gradual y, sobre todo, ofrecer mucho amor y cariño al niño durante el proceso.</p> <p>Destete natural y respetuoso para el bebé</p> <p>En el destete natural, el pequeño, poco a poco y de forma progresiva, abandona por sí mismo la lactancia materna. Los expertos señalan que un bebé, salvo excepciones, rara vez se desteta solo antes de los cuatro años.</p>

El mismo niño, conforme crece, inicia el destete de forma progresiva. Lo necesita menos y mama con menor frecuencia, hasta que llega un momento en que madura y deja de hacerlo.

En otros casos, el destete natural está propiciado por la introducción de la alimentación complementaria o por la combinación de las tomas de pecho con biberones. Pero cada pequeño es distinto y lleva su propio ritmo de destete.

Un consejo útil para lograrlo es ofrecer sustitutos al pecho, como agua o comida, e incrementar los momentos íntimos, de atención y cariño con el niño, para que no sienta que ha perdido el amor de su madre.

Otra recomendación es iniciar el destete parcial cuando se incorpora la alimentación complementaria a la dieta del bebé. Estos alimentos hay que ofrecerlos después de las tomas del pecho, con cuchara (no biberón) y sin forzar al pequeño.

En el caso de que se opte por el destete total y se quiera sustituir las tomas de pecho por leche artificial, los pediatras aconsejan la sustitución gradual de las tomas de pecho por las de biberón a lo largo de dos semanas.

	<p>Pero hay que mantener el mayor tiempo posible, al menos, la toma de la mañana y la noche.</p> <p>Destete dirigido o precoz: Es cuando la madre impone el abandono de la lactancia al bebé, se habla de un destete dirigido o forzado. Si este, además, se produce antes de que el pequeño cumpla los dos años, se denomina también destete precoz. Las razones de provocar el fin de la lactancia son diversas. Estas son las principales:</p> <p>La vuelta al trabajo, un nuevo embarazo, alimentación complementaria.</p>
<p>Comentar los métodos anticonceptivos.</p>	<p>El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y a mantener el nivel de salud.</p> <p>Tomando en cuenta que la puérpera eligió OTB. Ya que se encuentra satisfecha con los hijos que tiene.</p>
<p>Fomentar que se les facilite a las madres lactantes la extracción y almacenamiento de la leche durante la jornada laboral.</p>	<p>El uso de pezoneras puede ser útil en algunos casos difíciles en los que el bebé es incapaz de agarrar el pecho de cualquier otro modo, pero también puede ser causa de otros problemas, como bajada de producción de leche, por lo que su uso ha de ser muy</p>

	<p>prudente.</p> <p>Extracción de la leche</p> <p>Cómo extraer manualmente la leche</p> <p>Enseñe a la madre a hacerlo ella misma. No extraer la leche por ella. Tocarle sólo para mostrarle qué hacer, y ser delicado.</p> <p>Enséñele a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lavar sus manos cuidadosamente.• Sentarse o colocarse confortablemente, y mantener el recipiente cerca de su pecho.• Colocar su pulgar sobre su pecho ENCIMA del pezón y la aréola, y su primer dedo sobre el pecho DEBAJO del pezón y la aréola, opuesto al pulgar. Ella sujeta el pecho con sus otros dedos.• Presionar con su pulgar y primer dedo ligeramente hacia dentro en dirección a la pared torácica. Debería evitar presionar demasiado lejos, pues puede bloquear los conductos lácteos.• Presionar su pecho por detrás del pezón y la aréola entre su primer dedo y el pulgar. Debe presionar galactóforos bajo la aréola. A veces en un pecho lactante es posible notar los senos. Son como vainas o cacahuetes. Si puede notarlos, puede presionar sobre ellos.• Presionar y soltar, presionar y soltar.• Esto no debería doler: si duele, la técnica es incorrecta.
--	---

	<ul style="list-style-type: none">• Al principio puede que no salga leche, pero tras presionar unas cuantas veces, la leche comienza a gotear. Puede fluir a chorro si el reflejo de oxitocina es activo.• Presionar laaréola de la misma manera desde los LADOS, para asegurar que se extrae la leche de todos los segmentos del pecho.• Evitar friccionar o deslizar sus dedos a lo largo de la piel. El movimiento de los dedos debería ser más bien como de enrollar.• Evitar estrujar el pezón. No se puede extraer la leche presionando o tirando del pezón. Es lo mismo que ocurre cuando el niño succiona sólo el pezón.• Extraer de un pecho durante al menos 3-5 minutos hasta que el flujo se enlentece; entonces extraer del otro lado; y luego repetir en ambos lados. Puede usar cualquier mano para ambos pechos, y cambiar cuando se canse. <p>Explicar que la extracción adecuada de la leche puede durar 20-30 minutos. Es importante no intentar extraerla en menos tiempo.</p>
--	--

3.2. Plan de alta: Programa de educación para la salud

Se recomienda el baño diario, aseo genitourinario mantener la zona de la episiotomía y de la O.T.B. limpia y seca.

Mantener un ambiente limpio. Sábanas y ropa deben cambiarse 1 vez por semana. No debe caminar descalza para prevenir la contaminación de las sábanas cuando regresa a la cama.

Se sugiere una dieta blanda con alimentos ricos en fibra que ayuden a la evacuación intestinal.

Agua a libre demanda.

Se aconseja la movilización y deambulación, se evitará con esta medida la estasis circulatoria, favorecerá la eliminación de los loquios y facilitará la pronta recuperación.

Cambiar las toallas sanitarias por lo menos cada 4 horas.

El proceso de cicatrización es de aproximadamente 10 días de la episiotomía y de la OTB.

Vigilar que el proceso de cicatrización sea el normal y que no haya signos de inflamación importante o de infección.

Vigilar el estado de las mamas signos y síntomas como inflamación, dolor, calor o enrojecimiento, fiebre, escalofríos, cefalea, malestar general.

Proporcionar la lactancia materna a libre demanda (recordando que durante el periodo de amamantamiento el lavado de manos, lavado de mamas es un importante).

Es muy importante hablar con la pareja de su rol en la maternidad contar con el apoyo familiar de la paciente.

Planificar intervenciones para satisfacer las necesidades de sueño y reposo.

Proporcionar el mejor confort posible en la habitación. Identificar con prontitud un sangrado excesivo. Observar, color, características y cantidad de los loquios, revisar la toalla para asegurarse que el sangrado no es excesivo.

CONCLUSIÓN

Al utilizar el Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson se observó que la atención proporcionada a la puérpera con OTB, fueron cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico, de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud centrados de una forma racional, lógica y sistemática.

Hasta las primeras décadas del siglo pasado el puerperio representó una fase de alto riesgo obstétrico, siendo las infecciones y las hemorragias las principales causas de muerte en este periodo. Por ello, con la aplicación PAE en la práctica asistencial enfermera, es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. La aplicación del proceso de enfermería de Virginia Henderson de las 14 necesidades el modelo es una guía central que permite al profesional de Enfermería proporcionar cuidados con fundamentación metodológica, a través del lenguaje internacional NANDA, NOC, NIC. Para tener éxito en la implementación se requiere del desarrollo de competencias intelectuales, interpersonales y técnicas, además de la aplicación de la práctica reflexiva, lo cual es una fortaleza en el gremio de Enfermería. Nos permitió evaluar los tipos de autocuidado intencional que requiere la puérpera más OTB para mejorar su estado o condición de salud.

Y por último hay que tener en cuenta que, para la madre y el binomio, el apoyo de la familia y de la pareja es fundamental para disminuir la ansiedad y el temor que le genera la maternidad ya que el puerperio es el período en el deben adaptarse a numerosos y complejos cambios fisiológicos y psicosociales.

Es de hacer notar que el seguimiento domiciliario a madres y recién nacidos durante el puerperio es una estrategia de enfermería para dar continuidad al cuidado iniciado en el hospital; y, es que el puerperio está caracterizado por dudas, miedos y desconocimiento de la evolución habitual en la madre y el desarrollo normal del niño; así como la vulnerabilidad ante múltiples factores de riesgo que inducen complicaciones que comprometen la salud.

SUGERENCIAS.

Vigilancia de la continuidad del cuidado teniendo como base el proceso enfermero.

Capacitación del personal en las principales patologías asociadas al embarazo, parto y puerperio.

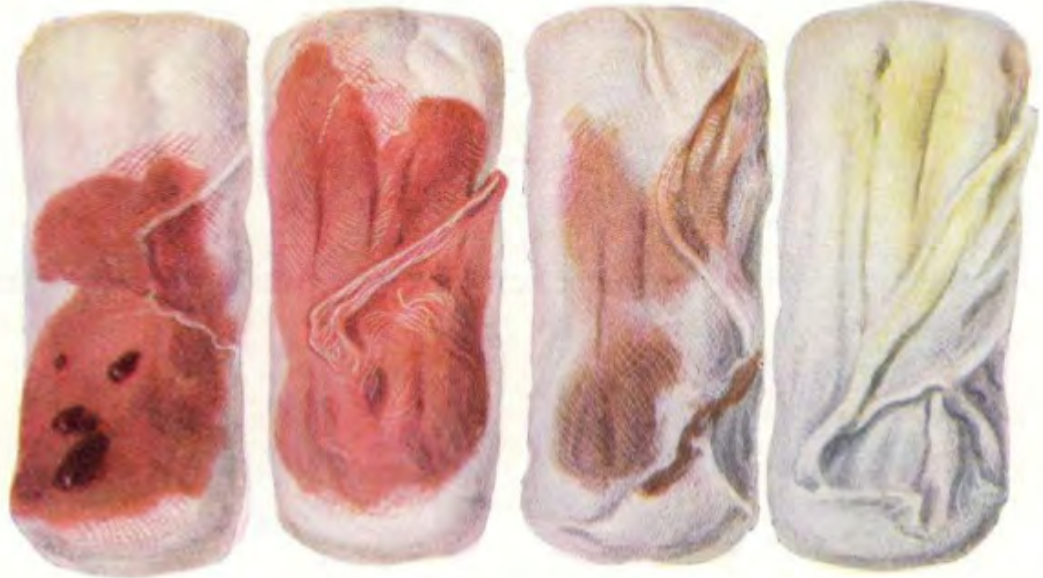
Información continua a los familiares de la evolución y del estado de las personas del cuidado obstétrica y neonatal.

Orientación e información de los signos y síntomas de alarma.

Concientización de la paciente en consejería para la elección de un método de planificación familiar.

Fomentar la actitud para favorecer la atención del parto humanizado.

Difusión de la NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN.



Loquios cruentos.

Loquios rojos.

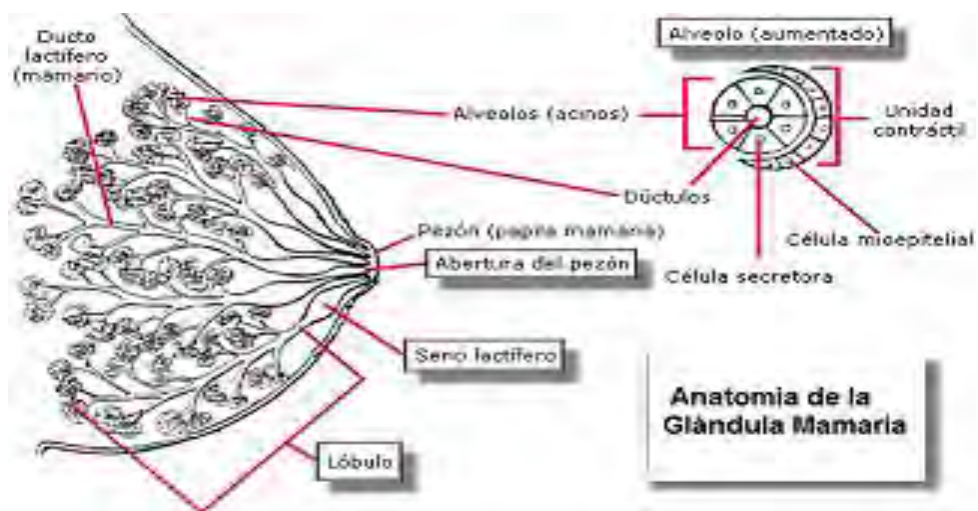
Loquios serosos.

Loquios blancos.

Fig. 1. Loquios.

Biblioteca de Cándido Nogales Passolas
Ginecologo. La Línea s de la Concepción
+ 1981





Cambios en las mamas



ANEXO 1.- GLOSARIO

Alumbramiento: Es la tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.

Atonía uterina: es la incapacidad del músculo del miometrio de contraerse y permanecer así para que los vasos abiertos del sitio placentario sanen.

Desgarros del canal del parto: por traumatismos y laceraciones. Los traumatismos incluyen: laceraciones vaginales, perineales o cervicales. Todas deben ser suturadas de inmediato. Las grandes ocurren siempre en partos difíciles o precipitados, en primigrávidas con niños grandes o en partos instrumentados. Es muy importante revisar el canal del parto tras el expulsivo. Se sospecha de laceraciones cuando hay un sangrado excesivo y el fondo uterino está firmemente contraído. La hemorragia es de un color rojo vivo brillante a diferencia de los loquios que son oscuros.

Retención de restos placentarios: cuando algunas porciones de la placenta se quedan adheridas a la pared del útero se produce hemorragia, porque éste no se contrae para prevenirla. Puede ser temprana o tardía. Es esencial el examen cuidadoso de la placenta tras el alumbramiento. Para expulsar los fragmentos se administra oxitocina, y si no es suficiente, será necesario la dilatación y el raspado.

Cuando la placenta no se desprende de la pared uterina se llama Acreta, ésta puede provocar sangrado profuso y obligar a la histerectomía.

Hematomas: suelen ser producto de lesiones de vasos sanguíneos, del perineo o de la vagina. La característica distintiva del hematoma es el dolor perineal, la ausencia de sangrado y un útero firme. La paciente podría no ser capaz de miccionar.

Catabolitos: Producto de desecho del metabolismo, que se elimina por alguna de las vías de excreción.

Bradicardia: Se define como un ritmo cardíaco lento o irregular, normalmente de menos de 60 latidos por minuto. A esta frecuencia, el corazón no puede bombear suficiente sangre con altos niveles de oxígeno al cuerpo durante la actividad normal o el ejercicio.

Bradisfigmia: Lentitud anormal del pulso, con la presencia o no de bradicardia.

Hiperpigmentación: Es uno de los cambios al inicio del embarazo son producidos por los niveles elevados de estrógenos y progesterona. Posteriormente la placenta es responsable por la secreción de hormona relacionada a la corticotropina y péptidos derivados a la pro-opiomelanocortina, tales como: Hormona adrenocorticotropina, hormona estimulante de melanocitos, alfa y beta-endorfinas. Histológicamente se observa un aumento en el número y pigmento de los melanocitos.

Hemorroides: Son venas hinchadas en el ano o la parte inferior del recto.

Atonía uterina: La atonía uterina es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

Cuando la madre expulsa al bebé y a la placenta, se desencadena un mecanismo de suma importancia: se trata de una potente contracción uterina cuya función es el cierre de los vasos sanguíneos del útero. Gracias a esta contracción, el sangrado es mínimo en la madre.

La hipertermia: Es un aumento de la temperatura por encima del valor hipotalámico normal por fallo de los sistemas de evacuación de calor, esto es, una situación en la que la persona experimenta un aumento de la temperatura por encima de los límites normales, es decir, por encima de los 37'5 grados.

Loquios: Es el término que se le da a una secreción vaginal normal durante el puerperio, es decir, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario.

Tromboflebitis: En las arterias o en las venas pueden formarse coágulos.
A la inflamación en una vena causada por un coágulo se le llama tromboflebitis.

ANEXO 2.- Puerperio

Concepto.

Puerperio fisiológico

Es la etapa del estado grávido puerperal que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital del organismo materno se completa. Este periodo dura de 6 a 8 semanas y es el tiempo que el organismo materno emplea en regresar a las condiciones pre gestacionales, decir, todas aquellas modificaciones que se presentaron en el embarazo y en el parto van a desaparecer.

Modificaciones generales:

Son todas aquellas modificaciones anatomo funcionales que se presentan en el organismo de la mujer puérpera, exceptuando el aparato genital.

En lo que se refiere al metabolismo, en los primeros días del puerperio existe una elevación del nitrógeno sanguíneo por la gran destrucción de tejidos que se presenta en el área genital, con el consiguiente aumento del catabolismo y elevación del nitrógeno. La mujer puérpera, sobre todo la que está amamantando, presenta una disminución de las grasas sanguíneas, ya que ellas intervienen en la composición de la leche materna los hidratos de carbono, están aumentados en los dos primeros días del puerperio, pero luego rápidamente, recuperan sus niveles sanguíneos normales.

En el parto, la mujer puérpera sufre una pérdida de peso de 4 a 4.5 kg y en los días posteriores continua perdiendo peso paulatinamente, pero rara veces recupera su peso pre-gravídico, ya que desafortunadamente y sobre todo en nuestro medio, la mujer siempre se queda con unos kilogramos adicionales que al irse sumando en cada embarazo (por falta de ejercicio, exceso de alimentación, dieta mal balanceada, etc.) hace que al final de su vida reproductiva, la mayoría queden con 10 a 15 o más kilogramos de sobrepeso, en relación con el peso que tenían antes de sus embarazos. Desde luego, que esta pérdida de peso que sufre

la mujer puérpera, es tanto de peso somático como de líquido extracelular; es decir, va desapareciendo la hidremia circulatoria.

En general la mujer puérpera es de 36.5 a 37 °C; es decir, una temperatura normal. Pero en las primeras 24 h del puerperio se puede presentar una elevación térmica hasta de 38°C que es transitoria y que se explica por la resorción de tejidos necrosados y el almacenamiento de catabolitos en el organismo. En la piel de la mujer puérpera en las primeras horas del puerperio, se aprecia una diaforesis marcada, que le sirve al organismo para eliminar en parte, la hidremia circulatoria, que tenía durante el embarazo. Más adelante, va a disminuir la Hiperpigmentación que la mujer presentaba en algunas partes de su organismo, como la cara, los pezones los genitales externos, las cicatrices, inclusive las “cuarteaduras” de mamas y abdomen van a ir perdiendo su color morado y en el transcurso del tiempo serán blanco nacaradas y así quedarán permanentemente.

En el sistema muscular, en las primeras horas del puerperio, la mujer se aprecia con una gran laxitud, en una especie de reposo compensador; está cansada, agotada por el gran esfuerzo que realizó en el parto. Su pared abdominal esta flácida e inclusive, puede llegar a presentar una diástasis o separación de los músculos rectos abdominales, que es persistente.

A nivel de las articulaciones, sobre todo en las pélvicas. Va a ir retrocediendo lentamente el reblandecimiento gravídico, sin embargo, la mujer puede quejarse de cierto dolor en el pubis, por el traumatismo del parto.

En el parto cardiovascular, el corazón rápidamente retoma su posición normal y se rectifica la posición de la punta del corazón. En las primeras 24 horas puede presentarse bradicardia y bradisfigmia, que son fisiológicas y de naturaleza neurovegetativa por predominio del parasimpático. A este vagotonismo parece contribuir la descompresión brusca que sufren los plexos nerviosos y vasculares del abdomen, y el gran flujo de sangre que existe hacia esos plexos abdominales, de tal manera que la sangre fluye súbitamente en gran cantidad y de esta manera circula en menor cantidad por la víscera cardiaca y por el resto de los territorios periféricos del sistema circulatorio.

En los vasos venosos, disminuye la insuficiencia venosa, la intensidad de las varices, pero lo que no disminuyen son las hemorroides; por el contrario, se inflaman y desarrollan más en el puerperio, no por problema vascular, sino por el traumatismo que sufrieron estos plexos venosos durante el parto; por los

esfuerzos de pujo, por el paso de la cabeza por el piso perineal, por alguna lesión o traumatismo obstétrico, etc.

En el aparato respiratorio, no se aprecian alteraciones de importancia, pero subjetivamente la paciente se siente más aliviada para llevar a cabo sus movimientos respiratorios, sobre todo ahora que el útero desocupado ya no ejerce presión sobre los campos pulmonares.

En el aparato digestivo y debido a los componentes musculares de fibra lisa, existe cierta hipotonía muscular, sobre todo en el intestino grueso y en el intestino delgado esto ocasiona un retardo en el tránsito intestinal con estasis de materia fecal y fenómenos de estreñimiento, que, en algunas ocasiones, se pueden prolongar por los fenómenos psíquicos y dolorosos, que dejaron en la paciente los traumatismos del parto en esa región.

En la sangre, en 1 o 2 semanas, disminuye la hidremia circulatoria que la paciente presentaba durante el embarazo y sin embargo, persiste la leucocitosis fisiológica característica con predominio de neutrófilos.

Los riñones siguen utilizando su reserva renal durante los 8 a 14 días siguientes con una diuresis diaria de 1500 a 2000 ml en 24 h. además, la hipotonía vesical residual ocasiona cierta retención urinaria, de tal manera que la primera micción, generalmente se presenta de 12 a 24 h después del parto.

A nivel del sistema endócrino, cabe señalar que al final del embarazo, se presentó una caída brusca de estrógenos y de progesterona y entonces la hipófisis se ve liberada de la acción inhibitoria de los estrógenos, empieza a funcionar normalmente y a secretar una mayor cantidad de la prolactina y esto va a determinar, después del parto, la aparición de la secreción láctea en las glándulas mamarias, que necesariamente tuvieron que ser estimuladas con estrógenos y progesterona durante la gestación.

La secreción láctea se instala en un lapso de 48 a 72 horas y puede producir hipertermia local en las mamas, congestión, aumento de volumen y dolor. La leche materna tiene una composición aproximada de 88% de agua, 6% de lactosa o hidratos de carbono, 4% de grasas y 2% de proteínas. La cantidad de leche secretada va aumentando conforme avanza la lactancia; pues al sexto mes la mujer ya produce de 1 a 1.5 L en 24 horas. Al séptimo mes 1.5 a 2 L y al octavo mes 2 a 2.5 L de leche en 24 Horas.

La glándula tiroides también involuciona, más o menos rápidamente, decrece su hiperfuncionamiento y por tanto su producción.

Las modificaciones locales son las que se presenta en el aparato genital y se describirán a continuación:

Útero: el útero pos parto generalmente tiene una longitud de 19 cm una anchura de 12 cm y un peso aproximado de 2 kg. Tiene una consistencia de músculo contraído, con periodos de relajación y contracción, con su fondo situado a la altura y a la derecha de la cicatriz umbilical, pues el cuerpo uterino no se puede equilibrar sobre los cuerpos vertebrales. La cavidad uterina es prácticamente virtual, pues las paredes del útero están adosadas una contra otra y en la cara interna uterina se puede apreciar la zona de inserción placentaria de alrededor de 8 a 10 cm de diámetro, que se presenta como una herida anfractuosa, con algunos vasos abiertos y otros ocluidos por coágulos. Por cierto, que la cantidad de sangre que mana de estos vasos depende, sobre todo, de la contracción uterina; entre más contraído esté el útero menos sangre dejará escapar, entre más prolongado sea el tiempo de relajación uterina, mayor será la cantidad de sangre que pierda la mujer.

Ya en esta primera etapa del puerperio, se empieza a notar una gran afluencia de leucocitos, que van a tapizar la cara interna del útero, sobre todo a nivel de la zona de inserción placentaria y van a constituir la llamada, barrera fisiológica leucocitaria anti infecciosa, que va a proteger a la mujer de las severas posibilidades de infección uterina en el puerperio. Por ejemplo, la vagina es una cavidad séptica y el escurrimiento sanguíneo procedente del útero, tiene un pH alcalino que favorece el desarrollo y la virulencia de los gérmenes ascendentes, que fácilmente se convierten en patógenos y que al infectar el útero, van a producir endometritis, miometritis o parametritis puerperal.

El escurrimiento que procede de la cavidad uterina después del parto, recibe el nombre de loquios y tienen características particulares, según los días transcurridos del puerperio: en los 2 a 4 primeros días son francamente hemáticos, enriquecidos con leucocitos, están constituidos por sangre, secreciones y restos necróticos de la decidua, fundamentalmente de la zona de inserción placentaria y tienen un olor sui generis. En los 5 a 6 días siguientes son serohemáticos y en los últimos 6 a 7 días son serosos.

Cabe mencionar, que aparentemente la duración de los loquios en las mujeres lactando es más breve, porque la cicatrización del endometrio es más rápida y se lleva a cabo a expensas de los restos de la capa esponjosa, de donde se repara el epitelio de la capa compacta con el epitelio glandular y se calcula que esta reparación tarda de 3 a 4 semanas.

Por lo que se refiere a la reducción en el tamaño del útero, ésta se puede apreciar por la identificación de la altura del fondo uterino, que disminuirá a razón de 2cm por día lográndose la reducción total en aproximadamente 6 a 8 semanas, mediante la destrucción por degeneración hialina de muchas fibras y la disminución en el tamaño y grosor de algunas otras.

A nivel de los órganos intrapélvicos, poco a poco desaparece la imbibición serosa, las trompas reducen sus dimensiones y recuperan su espesor normal y el peristaltismo tubario empieza a realizarse nuevamente, ya que estaba casi totalmente abolido durante el embarazo.

Pocos días después del parto, en los ovarios empiezan a desarrollarse algunos folículos de De Graaf, solamente uno de ellos va a completar su maduración y la puesta ovular generalmente es 30 a 45 o 60 días, aun cuando este lapso generalmente está influido por la lactancia que ejerza la madre.

También a los pocos días, la vagina y el perineo recuperan sus dimensiones y su tono normal, aunque por supuesto, la vagina no va a recuperar íntegramente ni su forma, ni su consistencia ni sus dimensiones después de haber sido circulada por un feto y se queda con algunas características diferenciales, en relación con la vagina de la paciente nulípara.

Desde el punto de vista clínico, el puerperio se divide:

- 1) puerperio inmediato.
- 2) Puerperio mediato.
- 3) Puerperio tardío o de recuperación.
- 4) Puerperio alejado.

En el periodo del posparto inmediato, el útero continuo con fases de contracción y relajación alternas hasta que alcanza un estado de contracción, fija, permanente e irreversible, constituyéndose así el globo de seguridad de Pinard.

Este periodo puede durar 1, 2,3, y a veces hasta 24 horas y durante él se puede presentar la peligrosa hipotonía o atonía uterina posparto pues los vasos sanguíneos abiertos en la zona de inserción placentaria, solamente se cierran con

la contracción. Pero si el útero está relajado por más tiempo de lo normal, los vasos sanguíneos permanecen abiertos la paciente seguirá sangrando y estas hemorragias son tan peligrosas, que en pocos minutos pueden matar a la mujer, por tanto, en este periodo es imperativa la vigilancia estrecha del sangrado y tono uterino.

Clínicamente, se observa a la paciente reposando, discretamente pálida y diaforesis por el gran esfuerzo que acaba de realizar, tiene cierta laxitud muscular y puede presentar un escalofrío fisiológico transitorio, probablemente ocasionado por la resorción súbita de los elementos proteicos procedentes de los tejidos necróticos del útero. También puede ser por el gran flujo de sangre que hay desde los territorios periféricos, a los plexos vasculares abdominales, que quedan descomprimidos después del parto. Este escalofrío fisiológico generalmente cede con la administración de una bebida caliente con un poco de alcohol.

En la segunda etapa o etapa del puerperio mediato, el útero ya ha alcanzado su estado de contracción fija, permanente e irreversible, generalmente dura de 5 a 10 días. En el ocurre bradicardia y fiebre fisiológica transitoria y ocurre también la cicatrización de las heridas.

Es esta etapa del puerperio, pueden infectarse las heridas abiertas y expuestas a la agresión bacteriana, puede haber problemas con el estreñimiento intestinal o con el retraso de la primera micción. Es en esta etapa, cuando el útero está reduciendo su tamaño, cuando se pueden presentar los llamados entuertos, que son cólicos hipogástricos reducidos por las contracciones uterinas dolorosas, esporádicas y necesarias para expulsar los coágulos o loquios retenidos dentro de la cavidad uterina. Normalmente, en este tiempo los loquios son serohemáticos. Es también en esta etapa, cuando ocurre la instalación de la secreción láctea. Al segundo, tercero o cuarto día del parto viene la fluxión mamaria, el crecimiento de los senos, el dolor, la congestión sanguínea y linfática, la congestión láctea, el aumento de la temperatura local y el establecimiento de la secreción de leche; a partir de este momento la mama produce leche y esta producción va a ser tanto mayor, mientras mejor sea la nutrición de la mujer, con buen aporte de líquidos y mientras mayor sea la frecuencia e intensidad, con que efectúe el recién nacido, la succión sobre el pezón.

En relación con los mecanismos necesarios para el mantenimiento de la lactancia, se pueden dividir en factores mecánicos y factores hormonales.

La glándula mamaria en la mujer no posee ningún reservorio o cisterna, por lo que es necesario que el recién nacido vacíe completamente las mamas en cada tetada, un lactante normal, aproximadamente a los 5 min de la puesta al pecho, vacía el 30 a 50% de su contenido, y a los 10 minutos está completamente vacía la glándula. Suprimir una tetada supone disminuir la producción. Por el contrario, practicar un supervaciamiento provoca un aumento de la secreción de 15 a 20%.
Ramírez Alonso Félix (2002)

Etapas del puerperio

Puerperio inmediato

En el periodo del posparto inmediato, el útero continuo con fases de contracción y relajación alternas hasta que alcanza un estado de contracción, fija, permanente e irreversible, constituyéndose así el globo de seguridad de Pinard.

Este periodo puede durar 1, 2,3, ya veces hasta 24 horas y durante él se puede presentar la peligrosa hipotonía o atonía uterina posparto pues los vasos sanguíneos abiertos en la zona de inserción placentaria, solamente se cierran con la contracción. Pero si el útero está relajado por más tiempo de lo normal, los vasos sanguíneos permanecen abiertos la paciente seguirá sangrando y estas hemorragias son tan peligrosas, que en pocos minutos pueden matar a la mujer, por tanto, en este periodo es imperativa la vigilancia estrecha del sangrado y tono uterino.

Clínicamente, se observa a la paciente reposando, discretamente pálida y diaforesis por el gran esfuerzo que acaba de realizar, tiene cierta laxitud muscular y puede presentar un escalofrío fisiológico transitorio, probablemente ocasionado por la resorción súbita de los elementos proteicos procedentes de los tejidos necróticos del útero. También puede ser por el gran flujo de sangre que hay desde los territorios periféricos, a los plexos vasculares abdominales, que quedan descomprimidos después del parto. Este escalofrío fisiológico generalmente cede con la administración de una bebida caliente con un poco de alcohol.

Puerperio mediato

En la segunda etapa o etapa del puerperio mediato, el útero ya ha alcanzado su estado de contracción fija, permanente e irreversible, generalmente dura de 5 a

10 días. En el ocurre bradicardia y fiebre fisiológica transitoria y ocurre también la cicatrización de las heridas.

Es esta etapa del puerperio, pueden infectarse las heridas abiertas y expuestas a la agresión bacteriana, puede haber problemas con el estreñimiento intestinal o con el retraso de la primera micción. Es en esta etapa, cuando el útero está reduciendo su tamaño, cuando se pueden presentar los llamados entuertos, que son cólicos hipogástricos reducidos por las contracciones uterinas dolorosas, esporádicas y necesarias para expulsar los coágulos o loquios retenidos dentro de la cavidad uterina. Normalmente, en este tiempo los loquios son serohemáticos. Es también en esta etapa, cuando ocurre la instalación de la secreción láctea. Al segundo, tercero o cuarto día del parto viene la fluxión mamaria, el crecimiento de los senos, el dolor, la congestión sanguínea y linfática, la congestión láctea, el aumento de la temperatura local y el establecimiento de la secreción de leche; a partir de este momento la mama produce leche y esta producción va a ser tanto mayor, mientras mejor sea la nutrición de la mujer, con buen aporte de líquidos y mientras mayor sea la frecuencia e intensidad, con que efectúe el recién nacido, la succión sobre el pezón.

En relación con los mecanismos necesarios para el mantenimiento de la lactancia, se pueden dividir en factores mecánicos y factores hormonales.

La glándula mamaria en la mujer no posee ningún reservorio o cisterna, por lo que es necesario que el recién nacido vacíe completamente las mamas en cada tetada, un lactante normal, aproximadamente a los 5 min de la puesta al pecho, vacía el 30 a 50% de su contenido, y a los 10 minutos está completamente vacía la glándula. Suprimir una tetada supone disminuir la producción. Por el contrario, practicar un supervaciamiento provoca un aumento de la secreción de 15 a 20%.

Factores Hormonales

La estimulación del pezón por el recién nacido, produce la liberación de prolactina y oxitocina. La llegada a la glándula mamaria de estas hormonas, se produce por vía sanguínea, a través del denominado reflejo de eyección. La excitación mecánica del pezón se transmite por vía nerviosa través de la médula espinal, llegando la información a la hipófisis posterior, con la consiguiente secreción de oxitocina. Esta hormona estimula la contracción de las células mioepiteliales que envuelven los alveolos, provocando la eyección de leche a través del pezón.

Los picos de secreción de prolactina van disminuyendo con los días. A los 60 días del parto son prácticamente nulos y lactopoyesis se mantiene únicamente por los estímulos mecánicos. El reflejo de eyección puede ponerse en marcha por la simple contemplación del recién nacido o por estímulos sobre la zona cutánea correspondiente a los nervios intercostales.

En lo que se refiere a la conducta terapéutica en esta segunda etapa del puerperio, hay que insistir en la vigilancia del pulso y temperatura como detectores de cuadros infecciosos y la del estado de contracción e involución del útero.

La dieta de la puérpera postparto eutócico, debe ser a base de una alimentación normal con líquidos abundantes y preferentemente rica en residuo, con fibras vegetales. Si la mujer fue sometida a cesárea, se puede iniciar dieta líquida en las primeras 12 horas y si las condiciones de la paciente lo permiten, es decir, que no presente náuseas, vómitos, ni distensión abdominal y que el peristaltismo esté presente, se instalará dieta blanda en las primeras 24 horas y posteriormente, dieta normal.

Para el tratamiento del estreñimiento, se pueden utilizar laxantes de fibras vegetales, semillas de psillium o petrolato líquido.

Si la primera micción se retarda o la paciente ya está muy molesta por la vejiga llena y distendida, se pueden administrar estimulantes de la fibra muscular lisa, del tipo de la prostigmina, por vía intramuscular, o pueden intentarse medidas de orden psíquico (aseos perineales, procurando que la paciente vea el chorro de la solución antiséptica, llevarla al baño y abrir el chorro del agua o de la regadera, etc.) que generalmente consiguen que la paciente orine espontáneamente. Pero si ello no es posible, deberá practicarse un sondeo vesical con las más estrictas medidas de asepsia, que el caso requiere.

Por otro lado, médico y enfermera deben insistir en que la madre amamante a su producto, por todas las ventajas nutricionales, protectoras, inmunológicas y afectivas que eso representa. Los problemas que más frecuentemente se dan en el amamantamiento son: los pezones planos, que dificultan su toma por la boca del niño y que se pueden resolver, efectuando un masaje circular sobre el pezón o utilizando una pezonera, maniobras que logran que se salten los pezones y los pueda tomar el producto. El otro problema está dado por las fisuras o grietas en el pezón, que se originan cuando las encías del niño toman un pezón húmedo, lo

comprimen y lo maceran, ocasionando las grietas, que son muy molestas y dolorosas. Generalmente se recomienda a la madre que se lave y se seque perfectamente los senos y pezones, antes de dar el pecho al niño y si las grietas ya se instalaron se tratan con pomadas antisépticas y cicatrizantes.

Por lo que se refiere a la actividad física en el puerperio posparto eutócico, se recomienda la deambulación precoz, por que disminuye la incidencia de tromboflebitis y flebotrombosis, favorece la cicatrización de las heridas, la involución uterina es más rápida. Y la micción y evacuación son más precoces. Además de la deambulación precoz, es muy conveniente aconsejar la práctica de ejercicios especiales que movilicen los miembros inferiores y los músculos abdominales y respiratorios.

El baño de la mujer púrpura debe de ser diario, realizado bajo regadera y los aseos genitales locales, deben ser solo externos, utilizando una solución antiséptica débil.

El tratamiento de los entuertos o cólicos hipogástricos, se efectúa a base de grageas de ergonovina oral, adicionada de analgésicos-antiespasmódicos, con lo que se consigue una mejor y más rápida involución uterina con disminución del dolor.

En la actualidad, lo más recomendable es que el alta hospitalaria del paciente posparto eutócico, sea 48 horas después del parto y en el caso de las púrpuras poscesarea, el alta se extiende a las 72 horas, aunque hay instituciones, en las cuales, si todo está bien, la estancia hospitalaria es más breve. De todas maneras, cuando la paciente se va a su casa, es conveniente darle recomendaciones; acerca de su alimentación, de sus aseos genitales, de su baño, de las relaciones sexuales (lo conveniente es que el primer mes sea de abstinencia sexual) e instruirla acerca de los signos de alerta en el puerperio.

Ramírez Alonso Félix (2002)

Puerperio alejado

Se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.

Puerperio tardío

Puede llegar hasta los 6 meses pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

Cambios Anatómicos y funcionales.

Mamas:

La hormona lactógena prolactina produce un aumento del aporte sanguíneo y mayor actividad de las glándulas mamarias; se congestionan, se produce un estancamiento luego del tercer día del parto y dura 24 a 36 horas, después calma y sigue la lactancia. Durante este proceso de lactar las mamas son blandas y cómodas.

Útero

Peso 1,000 gr al final del embarazo.

7 días \Rightarrow 500 grs.

15 días \Rightarrow 300 grs.

Al mes \Rightarrow 100 grs.

Involución cuerpo uterino

Entuertos

Inicia inmediatamente después del parto.

Contracciones uterinas

Primero de 2 a 3 días

Acentuación durante la lactancia.

Fondo uterino

Primer día nivel de cicatriz umbilical.

Disminuye 2 cm por día como promedio.

De 7 a 10 días nivel de la sínfisis de pubis

6 semana tamaño normal.

Modificaciones cuello uterino.

El OCE se contrae lentamente.

Primeros 4 a 6 días permite el paso de 2 dedos.

Al final segunda semana difícil introducir un dedo.

Doceavo día está cerrado.

Aspecto ovoide.

Loquios.

Secreción uterina formada por eritrocitos, restos de decidua y bacterias.

Loquios rubra (rojo): primeros días.

Loquios serosos: después de 3 a 4 días.

Loquios alba: después de 10 días.

Vagina.

Disminuye de tamaño gradualmente

Recupera su estado normal tercera semana.

Reaparecen las arrugas y el engrosamiento de la mucosa.

Pared abdominal.

Sobre distensión.

Ruptura de fibras elásticas de la piel.

Estrías persistentes.

Diástasis de rectos.

Hernias de la pared abdominal.

Aparato urinario.

Hipotonía vesical.

Hematuria

Dilatación uréteres y pelvi cillas renales.

Recuperan su normalidad en 2 a 8 semanas pos parto.

Aparato cardio vascular.

El gasto cardiaco y volumen plasmático recuperan su normalidad en la segunda semana.

La posición del corazón se normaliza.

Aparato digestivo.

Hipotonía del tubo digestivo.
 Retardo del tránsito intestinal.
 Estreñimiento.
 Hemorroides.

Sistema endocrino.

HGC disminuye al segundo o tercer día.
 Negativa 11 a 16 días postparto.
 Ovulación se presenta a las 6 a 8 semanas en un 10 al 15 %.
 30 % ovulan a los 3 meses.

Metabólicas.

A.C grasas y colesterol disminuyen y se normalizan al segundo día.
 Lipoproteínas y tg hasta la 6ª semana.
 Glicemia disminuye a cifras normales al tercer día.
 Pérdida de peso 4 a 6 kg. Posterior al parto.
 2.5 a 3.5 kg. Puerperio inmediato y de 1 a 4 kg puerperio tardío

Estudios de laboratorio y gabinete.

Examen	Resultado	Valores de Referencia
Biometría Hemática		
Eritrocitos	4.36	4.20-5.40
Hemoglobina	13.40	12.00-16.00
Hematocrito	39.3	38.04-47.0
VCM	90.2	85.0-95.0
HCM	31	26-32
CMHC	34	32-36
RDW	13	12-15
PLAQUETAS	171.0	150.0-450.0
LEUCOSITOS	7.6	4.5-10.0
NEUTROFILOS	69	40-70
LINFOCITOS	25	20-48
MONOCITOS	6	4-9

NEUTROFILOS	5.2	4.0
LINFOCITOS	1.9	2.0-4.0
MONOCITOS	0.5	0.4-0.9
TIEMPO DE PROTOMBINA		
TIEMPO DE PROTOMBINA	10.8	11.5-15.5
TESTIGO	13.10	
INR	0.8	1.0-2.0
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA		
TPT	24.5	26.0-40.0
TESTIGO	27.9	
FIBRINOGENO		
FIBRINOGENO	569.0	200.0-400.0
TESTIGO	410.0	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alatorre Wynter, Edda Raquel (1984), Desarrollo histórico de la enfermería en México. Tesis (licenciada en enfermería y obstetricia), México: UNAM-ENEO

Alatorre, E. (2004). Hacia la construcción de un nuevo perfil profesional en la ENEO de la UNAM, desde la perspectiva de género. Tesis (Maestra en Educación Superior). México: UNAM-Facultad de Filosofía y Letras.

Alexander, E. y Vélez, P. (2005). La enfermería, una profesión de servicio. Rev. Actualidades de enfermería, 8 (4), 19-21.

Altirriba J. Esteban. Ciclo genital. Licenciatura ginecológica 1990; capítulo 2; pp.15 a 26.

Altirriba J. Esteban. Cronopatías del embarazo. Licenciatura obstetricia 1990; capítulo 21; pp.175 a 182.

Aranda Flores Carlos. Cáncer cérvico uterino in situ. Ginecología y obstetricia aplicadas 2000; capítulo 7; pp341 a 346.

Arias Fernando. Preeclamsia y eclampsia. Embarazo de alto riesgo. 1997; capítulo 10; pp.185 a 210.

Balleneros, M. y Jiménez, L. (2003). La enfermería, una profesión de servicio a las personas. Metas de enfermería, 6 (59), 65-7.

Barlow David H. Tratamiento de los síntomas con THS. Tipos de THS. Efectos secundarios y riesgos del TSH. Menopausia 2000; capítulos 8, 9 y 10; pp. 36 a 62.

Beischer Norman A. Hemorragias del embarazo. Obstetricia y neonatología 1998; capítulos 20 y 21; pp. 189 a 221.

Beischer Norman A. Trabajo de parto normal. Obstetricia y neonatología 1998; sección 7: capítulos 41 a 44; pp. 419 a 480.

Benítez Treviño, Humberto (2006), Benito Juárez y la trascendencia de las Leyes de Reforma, Toluca: UAEM

Benson Ralph C. Embarazo múltiple. Obstetricia y ginecología 1994; capítulo 12; pp. 363 a 373.

Botella Lluvia J. la osteoporosis del climaterio y de la involución. La edad crítica. Climaterio y menopausia 1990; capítulo 10; pp. 119 a 150.

Botella Lluvia J. Sintomatología del climaterio. La edad Crítica. Climaterios y Menopausia 1990; capítulo 6; pp. 63 a 75.

Bravo Gutiérrez Raúl. Fórceps. Ginecología y Obstetricia. AMHGO-3, 2000; capítulo 51; pp. 591 a 602.

Berdayes, D. (2002). Referencias metodológicas en el diseño curricular de la licenciatura en enfermería. Una propuesta novedosa. Habana: Ciencias Médicas.

Bravo Peña, Federico (1967), Nociones de historia de enfermería, México: el autor

Bravo Gutiérrez Raúl. Fórceps. Ginecología y Obstetricia. AMHGO-3, 2000; capítulo 51; pp. 591 a 602.

Burgos, M. y Paravic, T. (2009, enero-junio). Enfermería como profesión. [Versión Electrónica]. Revista cubana de enfermería, 25 (1-2). Chile: Universidad de Concepción. Consultado de http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf101_209.htm

Camacho, Ramiro (2001), Las hermanas de la Caridad en México. Manuscrito no publicado. México: Universidad Autónoma de Guadalajara

Calveche, P. M. (1998). La enfermería sistémica. Madrid: Díaz Santos.

Cárdenas, J. M. (2004). Reconceptualización de la enfermería (Manuscrito no publicado). México: UNAM-ENEO.

Carmona, P. (2010). Definiendo profesión. Consultado el 20 abril de 2010 de <http://www.cachnsour.blogspot.com/.../qu-es-una-profesin.html>

Carranza Lira Sebastián. Indicaciones y contraindicaciones. Esquemas de tratamiento Terapia hormonal de reemplazo; capítulos 9 y 10; pp 85 a 117.

Carranza Lira Sebastián. Terapia hormonal de reemplazo, atención integral del climaterio, 1998; capítulo 17; pp.249 a 272.

Carrillo, Ana María (1999), Nacimiento y muerte de una profesión: las parteras tituladas en México, DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ilus.

Casares, J. (2000). Diccionario ideológico de la lengua española (2ª ed.). Barcelona: Gustavo Gillix.

Casasa García, Patricia (2009), Una visión antropológica de la enfermería en México, México: Miguel Ángel Porrúa- UNAM

Castelazo Ayala Luis. Pelvis ósea obstétrica. Obstetricia; tomo I 1960; pp.151 a 196.

Castrillón, M. C. (2000). La disciplina de enfermería. En Desarrollos y perspectivas de la profesión de enfermería. Inv Edu Enfer, 10 (2), 53-56.

CIE. (2005). La definición de enfermería. Consultado en marzo de 2010 de <http://www.actualidad.enfermundi.com/enfin/enfincie/index.asp>

Cuevas, Mariano (1986), Historia de la Nación Mexicana, México: Porrúa

Danforth-Scott. Complicaciones médicas quirúrgicas del embarazo. Tratado de obstetricia y ginecología, 2000; capítulo 23; pp. 343 a 380.

De Cherney Alan H. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico, 1997; capítulo 13; pp. 333 a 373.

Durán de Villalobos, M. M. (1998). Enfermería. Desarrollo teórico investigativo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Enfermería.

Esteban, M. (1992). La construcción de una disciplina. AEED. Sevilla.

Gordon, J. M. (2000). Congruency in defining critical thinking by nurse educators and nonnurse scholars. Rev. Nursing Education, 39 (8), 340-351.

Fajardo Ortiz, Guillermo (1980), Breve Historia de los Hospitales de la Ciudad de México, México: el autor-Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina

Fernández del Castillo, Francisco y Alicia Hernández Torres (1965), El tribunal del protomedicato en la Nueva España, México: UNAM - Facultad de Medicina

Foley Michael R. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y embarazo. Cuidados intensivos en obstetricia, 2000; pp.425 a 436.

Frank, Charles Marie, Sor y Teresa Elizondo Hermana (1961), Desarrollo Histórico de la Enfermería, México: La Prensa Médica Mexicana

García Torres, Víctor Manuel (2010), Antropología social. Una dimensión social y cultural del ser humano, México: Esfinge

Gascón Mercado, Julián (2005), Breve Historia del Hospital de Jesús, México: Vertiente Editorial

Grupo de Cuidado. (1998). Dimensiones del cuidado. Colombia: Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Enfermería.

Hardy, M. E. (1974). The nature of theories. En M. E. Hardy (Ed.). Theoretical foundations for nursing. New York: MSS Information.

Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul (1978), Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana, Tomo 12, Madrid: Espasa-Calpe

Huber, D. (1996). Liderazgo y administración en enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana.

Ibarra, Pascual (1987), Historia del Protomedicato en España. Valladolid, España: Universidad de Valladolid

Jamieson, Elizabeth M., Mary B. Sewall y Eleanor B. Suhrie (1968), Historia de la enfermería, México: Interamericana

Iyer, P. W. (1997). Proceso y diagnóstico de enfermería (3ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Kérouac, S., Jacinthe, P., Francine, D., André, D. y Francine, M. (2005). El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson.

Khun, T. (1995). ¿Qué son las revoluciones científicas? Y otros ensayos. Barcelona: Altaya.

Kirchoff, Paul (1943), Mesoamérica: sus límites geográficos, composición étnica y características culturales, México: UNAM

Leddy, S. y Pepper, J. M. (1989). Bases conceptuales de la enfermería profesional. Filadelfia-México: J. B. Lippincott-Organización Panamericana de la Salud.

Leddy, S. (1995). Perspectivas filosóficas en la educación y práctica de enfermería. En Bases conceptuales de la enfermería profesional. Washington: OPS/OMS.

López Auntuñano, Francisco J.(1993), Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud, México: Salud Pública de México

López Austin, Alfredo (1975), Textos de medicina náhuatl, México: UNAM-Instituto de Investigaciones Históricas

Marriner-Toomey. (2003). Teorías y modelos de enfermería. España: McGraw-Hill.

Marriner, A. y Raile, M. (2007). Teorías y modelos de enfermería. Barcelona: Elsevier España.

Martínez Barbosa, Xóchitl (2005), El hospital de San Andrés. Un espacio para la enseñanza, la práctica y la investigación médica, 1861-1904, México: Siglo XXI

Martínez Barbosa, Xóchitl (2006), El Hospital en el siglo XIX. Entre la tradición y la modernidad, México: Anales Médicos

Meleis, A. (1997). Theoretical nursing: development and progress. Philadelphia: J. B. Lippincott.

Muriel, Josefina (1991), Hospitales de la Nueva España. Tomo II: Fundaciones de los siglos XVII y XVIII, México: UNAM-Cruz Roja de México

Nanda Internacional, inc. Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación 2015-2017. Editado por T.Heather Herdman, PhD, RN, FNI y Shigemi Kamitsuru, PhD,RN, FNI y Shigemi.

Nightingale, F. (1969). Notas sobre enfermería. ¿Qué es y qué no es? Barcelona: Masson.

Ortiz Quezada, Federico (1980), Hospitales, México: McGraw-Hill

Pérez Cabrera, Iñiga y María Cristina Castañeda Godínez (2007). "100 años de educación formal de la enfermería", En: ENEO 100 AÑOS. 1907-2006, México: UNAM-ENEO

Restrepo de A., C. M. (1997). Simbolismo de la profesión. En Historia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (pp. 162-198). Medellín.

Rodríguez Salas, María Luisa (2005), El hospital Real de los Naturales, México: UNAM- Instituto de Investigaciones Sociales

Sahagún, Bernardino de (1992), Historia general de las cosas de la Nueva España, México: Porrúa

Sánchez, B. (2002). Identidad y empoderamiento de la profesión de enfermería. Avances en enfermería, 20 (1), 22-32.

Santiago Cruz, Francisco (1959), Los hospitales de México y la Caridad de Don Benito, México.

Solórzano Sánchez, Manuel, Jesús Rubio Pilarte y Raúl Expósito González, "100 años de la enfermería en México", En Enfermería avanza, México, Consultado en octubre de 2010 de <http://enfeps.blogspot.com/2009/04/100-años-de-la-enfermeria-en-mexico.html>

Urbina, L. (2003). Tendencias actuales en las competencias específicas de enfermería. Rev. Cubana Educación Media Superior

Viesca T., Carlos y Mariblanca Ramos de Viesca (2008), Los hospitales de la Ciudad de México en la época colonial, Km. cero, 5:9