



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO

ESTUDIO DE CASO

DESDE LA PERSPECTIVA DE DOROTHEA OREM A UNA MUJER  
ADOLESCENTE EN PUERPERIO INMEDIATO POST-PARTO CON  
ADECUADA ADAPTACIÓN AL PROCESO

ESTUDIO DE CASO  
POR EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERINATAL

PRESENTA:  
KARINA RICO GALINDO

TUTOR  
E.E.P GUADALUPE HERNÁNDEZ RAMÍREZ

CUIDAD DE MÉXICO, ENERO 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**AGRADECIMIENTOS**

A Dios, vida y tiempo

A mi madre por su apoyo y fortaleza

A mi padre por su ánimo y buenos chistes e historias en medio de la adversidad

Mis hermanos por su grandeza e impulso

Y todas esas personas que hicieron posible este sueño

Autor: Lic. Enfermería Karina Rico Galindo  
VoBo. Mtra. Guadalupe Hernández Ramírez

Unidad de Posgrado UNAM. PUEE, Plan Único de Especialización en Enfermería.  
Posgrado en Enfermería Perinatal

Sede:

Centro de Investigación Materno Infantil CIMIGen Hospital del Niño y de la Madre,  
O.P.S-O.M.S- S.S.A. Prevención de Defectos al Nacimiento y Discapacidad.

Ciudad de México, Enero 2017

## CONTENIDO

I) INTRODUCCIÓN.....	5
II) JUSTIFICACIÓN.....	7
III) OBJETIVOS .....	13
IV) METODOLOGÍA.....	14
V) MARCO CONCEPTUAL apropiada.....	15
V.I) CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA .....	15
V.II) PARADIGMAS DE ENFERMERÍA .....	16
V.III) MODELO TEORICO DE DOROTHEA OREM.....	19
V.IV) PROCESO DE ATENCIÓN A ENFERMERÍA.....	26
VI) MARCO TEÓRICO.....	34
VI.I) LACTANCIA MATERNA.....	35
VI.II) VENTAJAS .....	36
VI.III) DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA SEGÚN LA OMS .....	38
VI.IV) CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL PUERPERIO .....	39
VI.V) ATENCIÓN DEL PUERPERIO SEGÚN LA NORMA OFICIAL MEXICANA 007 SSA 2016.....	41
VI.VI) MANEJO DE HEMORRAGIA OBSTETRICA.....	43
VII) PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO .....	45
VII.I) DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	45
VII.II) SINTESIS VALORATIVA.....	46
VII.III) ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE .....	51
VIII) ESQUEMA METODOLOGICO.....	53
IX) VALORACIÓN.....	54

X)	DIAGNOSTICOS .....	54
XI)	PLAN DE INTERVENCIONES .....	55
XII)	PLAN DE ALTA .....	65
XIII)	CONCLUSIONES.....	66
XIV)	BIBLIOGRAFIA .....	67
XV)	ANEXOS .....	69

## I) INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescente constituye un momento del ciclo de vida donde su configuración anatómica y psicológica aún no ha alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madre, y por eso repercutirá en el desarrollo futuro de sus hijos.

En las últimas décadas, el incremento del índice de embarazos entre adolescentes es considerado un problema de salud pública, ya que provoca consecuencias en la esfera emocional de la joven, así como en la social y la económica. Esta situación implica consecuencias en la salud de ella y la del recién nacido, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad de ambos.<sup>1</sup>

El embarazo en la adolescencia continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial. Se estima que cada año 14 millones de adolescentes (mujeres de entre 10 y 19 años) dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos. El 80% de los nacimientos tienen lugar en los países en desarrollo. Para el 2010, de acuerdo con el Censo General de Población y Vivienda, existieron en México 112 336 538 millones de habitantes, de los cuales 21 966 049 (19.5%) fueron adolescentes de 10 a 19 años.

La tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad fue de 79 por cada mil mujeres. Una de cada seis mujeres que se embarazan en México es adolescente. La mortalidad por embarazo en la adolescencia está relacionada con una mayor mortalidad materna, especialmente entre las adolescentes de 10 a 14 años de edad; el riesgo de muerte materna en adolescentes es el doble que en el resto de las mujeres de edad fértil, y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de 15 años.

En el rubro de morbilidad, las adolescentes embarazadas constituyen un grupo de riesgo. Los riesgos y daños que se pueden presentar en la adolescente no solo se

---

<sup>1</sup> (2014). *Rev Cubana Med Gen Integr vol.30 no.2* . Ciudad de la Habana. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200004)

advierten en la gestación, sino también en las etapas subsecuentes del acto obstétrico, es decir, en el parto y posparto, incluyendo al recién nacido. Por ejemplo, el factor Infección de Vías Urinarias (IVU) implica que adolescentes embarazadas y con ese factor tienen más probabilidades de presentar amenaza de aborto, presencia de contracciones uterinas antes del embarazo de término o parto prematuro.

Con relación a la adolescencia, se considerada un factor de riesgo porque es la etapa de la vida donde ocurren cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales; los adolescentes transitan de una inmadurez biopsicosocial a una madurez, primero biológica, para después lograr la psicosocial, como adultos.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> (2015). *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.23 no.5. Ribeirão Preto. Obtenido de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000500829&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000500829&script=sci_arttext&tlng=es)



## II) JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico se desarrolla en una adolescente cursando puerperio inmediato con base a la teoría de Dorothea Orem, se resalta la importancia de las intervenciones de la enfermera perinatal, ya que se trata de manera holística a la usuaria, adaptando las situaciones, edad, economía, creencias y entorno familiar.

Uno de los principales tópicos de salud en la adolescencia lo constituye el embarazo, debido a que es un proceso que involucra un desgaste físico importante para el cuerpo de la madre, y en la adolescencia éste aún está en desarrollo, razón por la cual los embarazos en esta etapa son considerados de alto riesgo.

Muchas adolescentes embarazadas presentan malnutrición, mayor incidencia de aborto, partos prematuros o bebés con bajo peso al nacer debido a que el útero de la mujer está físicamente inmaduro.

A nivel social, la maternidad en la adolescencia puede ser causal de abandono escolar, lo que a futuro es un obstáculo para la obtención de oportunidades de desarrollo económico, que a su vez puede impactar en otros aspectos como la salud, las relaciones sociales y culturales.

Datos de la ENADID 2014 indican que 44.9% de las adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual.

Las mujeres adolescentes, de 15 a 19 años, representan 19.1% de las mujeres en edad reproductiva. Según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica en México 2009, ENADID<sup>3</sup>

2009, la edad media a la primera relación sexual de las mujeres de 15 a 49 años son los 18 años, lo que las ubica entre las mujeres expuestas al riesgo de concebir un embarazo<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> (2015). *Escuela Nacional de la Dinámica Demográfica*. Aguascalientes, Ags.: Boletín de Prensa Núm. 271/15.

Cada año a nivel mundial, 16 millones de mujeres adolescentes (15 a 19 años) dan a luz, principalmente en países de ingresos bajos y medianos

Para 2013, 83.9% del total de egresos hospitalarios en mujeres de 15 a 19 años, se relacionan con causas obstétricas (embarazo, parto y/o puerperio).

Destaca que en el país ocurren 77 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años de edad

Durante 2014, de las mujeres embarazadas de 19 años de edad, 30.6% no recibieron consultas prenatales.

Entre las adolescentes de 15 a 19 años, el número de nacimientos por cada mil mujeres es de 77. El embarazo a esta edad no solo representa un problema de salud para la madre y su producto, sino además tiene una repercusión económica para la madre, ya que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de sus estudios, aspectos que contribuyen a generar un contexto de exclusión y de desigualdad de género. (Escuela Nacional de la Dinámica Demográfica, 2015)

Se realizó un estudio por la Dra. Rosa María Alonso Uría titulado “Necesidades de conocimientos de profesionales de la salud sobre la atención a la gestante y madre adolescente” de tipo descriptiva, prospectiva y transversal, se diseñó un cuestionario aplicado en el periodo octubre-diciembre de 2012, con temas necesarios para la atención integral, con el objetivo de Identificar las necesidades de conocimientos sobre la atención integral a las gestantes y madres adolescentes en profesionales de la salud que laboran en los municipios de Regla y Guanabacoa. Donde se encontró que el 43 % presentó una calificación entre 70 y 79 puntos, 29 % entre 80 y 89; y un 15 % entre 60 y 69. Solo un 7 % obtuvo muy buenos conocimientos. Los temas de mayor carencia fueron, complicaciones del embarazo en la adolescencia, utilización de métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia, manejo del neonato, técnica y ventajas de la lactancia materna. Es notoria la impericia en la psicoprofilaxis; así como el

---

<sup>4</sup>(2011). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica*. México: INEGI-CONAPO.

desconocimiento de la frecuencia en que deben realizarse las consultas de seguimiento a las gestantes, puérperas adolescentes y sus recién nacidos. En la cual se concluye que existen necesidades de conocimientos en los profesionales para el manejo integral y correcto a la adolescente gestante y madre, así como en las orientaciones para la crianza de su descendiente. Se necesita una estrategia de superación profesional para satisfacer las carencias cognitivas.<sup>5</sup>

Se realiza un estudio descriptivo transversal, con 85 adolescentes embarazadas elegidas por conveniencia, referidas de los Centros de Salud a un Hospital Público en la Ciudad de México. Fue evaluado el riesgo antes, durante, después del parto y en el puerperio, medidos respectivamente con los "Previgenes" que componen el Sistema de Evaluación de Riesgo Reproductivo y Perinatal. Donde se encuentra que el nivel socioeconómico, la ocupación y la escolaridad influyeron en la emotividad de las adolescentes ante el trabajo de parto, cuyo riesgo obstétrico fue de 55% bajo, 35% medio y 10% alto. El riesgo en el parto fue bajo en 55%, medio en 18% y alto en 27%. El riesgo en el posparto fue 50% riesgo bajo, 25% riesgo medio y 25% riesgo alto. En el puerperio, la mayoría de las adolescentes (90%) presentó riesgo bajo. Teniendo como conclusión que la mayoría de las adolescentes presentaron bajo riesgo en las etapas evaluadas. El estudio contribuyó a identificar las estrategias para el abordaje de riesgos por la vulnerabilidad propia en este tipo de población y favoreció la realización de intervenciones acorde a sus necesidades.

**Variables en el puerperio;** Distribución de las adolescentes de acuerdo con las variables en el Puerperio. Ciudad de México, México, 2012

---

<sup>5</sup> (2014). *Rev Cubana Med Gen Integr vol.30 no.2* . Ciudad de la Habana. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200004)

Variable	Riesgo	Riesgo	Riesgo Alto			
	Bajo	Medio				
	Criterio	N (%)	Criterio	N (%)	Criterio	N (%)
Hemorragia	Normal	83 98%	Moderada	1 1%	Excesiva	1 1%
Presión arterial	Normal	81 96%	Hipertensión Moderada	2 2%	Hipertensión excesiva	1 1%
			Hipotensión moderada	1 1%		
Frecuencia cardíaca	Normal	84 99%	Taquicardia Moderada	1 1%	Taquicardia severa	0 0%
Temperatura	Normal	82 97%	Hipertermia	2 2%	Hipertermia severa	1 1%
Involución uterina	Normal	84 99%	Sub-involución	1 1%	Atonía	0 0%
Edema	No	78 92%	Regional	6 7%	General	1 1%
Infección	No	84 99%	Local	1 1%	General	0 0%
Eliminación urinaria e intestinal	Sí	81 95%	Dificultad	1 1%	No	3 4%
Lactancia materna	Sí	74 87%	Formula	11 13%	Otra	0 0%
Riesgo obstétrico	Bajo	77 90%	Medio	7 8%	Alto	2 2%

Variable	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	
	Criterio N (%)	Criterio N (%)	Criterio N (%)	Criterio N (%)

Las madres adolescentes llevaron a cabo la lactancia materna en 87% de los casos, pero 13% alimentaron a sus bebés con fórmula láctea. Los resultados indican que 2% presentó hipertensión e hipertermia moderadas. De las adolescentes, 92% no tuvo edema, pero 7% fue regional y 1% general.<sup>6</sup>

Maestros de la ENEO-UNAM realizaron un estudio descriptivo transversal, en una muestra por conveniencia de 100 adolescentes que se encontraban en la segunda mitad del embarazo. Instrumento Previgen II y III del SERP CIMIGen (1995). Para conocer el “Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México”, donde se obtuvo que 96% tuvo riesgo medio para la edad (15 a 19 años); aunque 9 tuvieron mayor riesgo debido a tenían 15 años o menos; 27% eran solteras, 23% correspondían a un nivel socioeconómico bajo, dos terceras partes reportó una escolaridad de 9 años o menos. Respecto a los factores biológicos cuatro de cada 10 tuvieron riesgo medio o alto en función de su peso (35% entre 41 a 50 kgs. y 6.1% con menos de 40 kgs); la gran mayoría eran nulíparas; 12% con tabaquismo positivo; 16% tuvo amenaza de aborto; 11% con amenaza de parto pretermino; el problema de salud más importante fue la infección de vías urinarias 28% la tenía controlada y 10% activa. También se encontró que las variables perinatales que contribuyeron para clasificar a las adolescentes en riesgo alto fueron el bajo peso al inicio del embarazo (<40 Kg) y la consanguinidad; en cambio aquellas variables que en mayor medida aportaron para que fueran clasificadas en riesgo medio fueron

<sup>6</sup> (2015). *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.23 no.5. Ribeirão Preto. Obtenido de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000500829&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000500829&script=sci_arttext&lng=es)

nuevamente el peso (de 41 a 50 Kg.), el ser en su mayoría nulíparas (88%), aunque 6% tenían el antecedente de una cesárea previa y un nivel de hemoglobina entre 8 y 10.9; otras variables que contribuyeron para este riesgo medio fueron las toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y drogadicción con 12, 7 y 3% respectivamente).<sup>7</sup>

El siguiente estudio es longitudinal prospectivo a partir de 64 embarazadas adolescentes y una muestra inicial de 48 gestantes escogidas al azar que conformó el grupo de expuestas al factor de estudio y se dispuso de un grupo de no expuestas de 20 o más años de igual cantidad de gestantes siguiendo una relación 1:1; así, la muestra definitiva quedó conformada por 42 y 45 en cada grupo respectivo. No hubo diferencias entre ambos grupos en otras afecciones propias del embarazo o complicaciones neonatales y puerperales, ni en la vía del parto. El embarazo en la adolescencia incrementa el riesgo de resultados perinatales adversos, tanto para la madre, como para el feto y el recién nacido.

Las consecuencias negativas para el hijo de la madre adolescente son ampliamente reconocidas por todos los expertos en el tema, describiéndose una mayor incidencia de bajo peso al nacer, distrés respiratorio, asfisia neonatal, malformaciones congénitas, infecciones, entre otras complicaciones; quizás provocado por afecciones frecuentes en la primípara menor de 20 años como partos pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, mayor cantidad de partos distócicos o instrumentados, entre otras. La endometritis puerperal también se presenta de manera dependiente a la edad de la madre, no así otras complicaciones puerperales. De estas, la complicación más frecuente fue la anemia postparto en el 33,3 % de los casos, seguida de dehiscencia de episiotomía en el 20,7% y la mastitis en el 17,2 %. Existe una mayor cantidad de complicaciones maternas durante el puerperio en pacientes con embarazo precoz con respecto a pacientes con edad de 20 años o más; una mayor incidencia y

---

<sup>7</sup> (2012). *Enferm. univ vol.9 no.3*. México. Obtenido de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632012000300002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300002)

prevalencia de sangramientos, desgarros del canal del parto e infecciones puerperales en las adolescentes, así como hematomas de la episiorrafia, entre otras complicaciones.<sup>8</sup>

### **III) OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Documentar las intervenciones aplicadas a una mujer durante el puerperio inmediato pos-parto, basado en los conocimientos adquiridos durante la especialidad de enfermería perinatal.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- \* Detectar requisitos de auto-cuidado universales alterados
- \* Identificar capacidades de L.M.O.P
- \* Optimizar capacidades de L.M.O.P
- \* Evaluar las intervenciones de enfermería
- \* No abandonar la lactancia materna
- \* Prevenir infecciones puerperales
- \* Informar de una alimentación balanceada
- \* Identificar datos de alarma durante el puerperio
- \* Que L.M.O.P logre integrar y aplicar toda la información brindada durante su estancia en la clínica para una óptima evolución del puerperio

---

<sup>8</sup> REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. 2015 21(2) Resultados perinatales del embarazo en adolescentes del municipio Jaruco.  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh152f.pdf>

## IV)METODOLOGÍA





## **V) MARCO CONCEPTUAL apropiada**

### **V.I) CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA**

El Consejo Internacional de Enfermeras (CÍE 1973) la define como: "La única función de la enfermera es la asistencia al individuo, sano o enfermo en la realización de las actividades que mantienen la salud o la restablecen (o una muerte tranquila) que las llevaría a cabo ella sola si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios".

La Asociación Americana de Enfermeras (ANA 1973) expresa que: "La práctica de enfermería es un servicio directo con un fin ambientado y adaptado a las necesidades del individuo, de la familia y de la comunidad, tanto en la salud, como en la enfermedad".

Según Dorotea Orem (1980). "Es un servicio, una manera de ayudar a los seres humanos, la forma o estructura de la enfermería se deriva de las actividades elegidas deliberadamente y realizadas por las enfermeras para ayudar a los individuos o a los grupos a mantener o cambiar su medio ambiente, concierne especialmente a las necesidades individuales de autocuidado para mantener la vida, recuperarse de las enfermedades y lesiones y hacer frente a las secuelas".

Según Susan Leddy (OPS 1989) expresa: "La enfermería es un proceso complejo que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos".

Dos de ellas son tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo y la utilización del método científico. En México se ha incorporado en el quehacer cotidiano el uso del proceso de atención de enfermería como método sistemático que permite fundamentar la práctica de los cuidados, en búsqueda de mejorar la atención brindada a las personas, sustentado en modelos y teoría propias de enfermería. Así como, el uso de una taxonomía que permite la comunicación efectiva entre profesionales. En el plano operativo, esta autonomía de acción está determinada por su capacidad de planificar cuidados de enfermería independiente e

interdependiente. La autonomía también está asociada a la regulación de su quehacer profesional.<sup>9</sup>

## **V.II) PARADIGMAS DE ENFERMERÍA**

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidado al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras, a menudo llamadas teorizadoras y metateóricas, han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera. Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y han reconocido que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos. En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina.

A continuación se presentan cuatro corrientes del pensamiento, orientación hacia la salud pública, la enfermedad, la persona y la apertura sobre el mundo.

Cuidado; está enfocado hacia los problemas, los déficit o las incapacidades de las personas. La enfermera planifica, organiza, coordina y evalúa las acciones. La persona está bajo sus cuidados y de otros profesionales.

Persona; es un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocida e independiente; empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte.

Salud; es un equilibrio altamente deseable, esta es percibida como “positiva” mientras que la enfermedad es percibida “negativa”. Este concepto significa igualmente " la “voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos” ( Nightingale, 1885).

---

<sup>9</sup> (2013). *Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud*. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3.

Cuidado; este es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere de formación formal. Está enfocado hacia los problemas, el déficit o las incapacidades de la persona.

Estas ideas guía a Florence Nightingale, hacia la elaboración de un plan para la formación de enfermeras competentes.

### ***Paradigma de la categorización***

Según el paradigma de categorización, los fenómenos los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificadas. Bajo el ángulo de este paradigma, el desarrollo de los conocimientos se orientan hacia el descubrimiento de las leyes universales, este busca un factor causal de la enfermedad.

Este se dirige hacia dos orientaciones de enfermería una es centrada en salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

#### Orientación hacia la salud publica

Esta se sitúa en la sociedad moderna occidental, desde el siglo XII al XIX. Su característica surge de querer mejorar la salubridad y el control de enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios. Como resultado se observa la necesidad de crear programas educativos en salud, de prevención de las enfermedades infecciosas y de higiene industrial.

#### Orientación hacia la enfermedad

Esta se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión de las infecciones, es decir, por la mejora de los métodos de antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas. En la primera mitad del siglo XX, el sistema prestador de cuidados enfermeros está caracterizado por una gestión individual, seguido por un sistema funcional de prestación de cuidados (Petitat, 1989). Este sistema da como resultado del taylorismo el cual pone el acento en la especialización de la tarea y fragmenta los cuidados en numerosas tareas. El

sistema de prestación de cuidados enfermeros en esta época a una gestión centralizada.

### ***Paradigma de la integración***

Este prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno integrado el contexto específico que se sitúa un fenómeno.

Orientación hacia la persona

Esta está marcada por dos corrientes importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de la comunicación.

Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a las personas a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

En la medida que la persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.

### ***Paradigma de la transformación***

Según este paradigma un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura. Este es la base de enfermería científica. La persona es considerada como un ser único, el cual está en relación con su entorno y su medio próximo, ya sea interior o exterior. Se trata de un enfoque de promoción de la salud incitando a los individuos, miembros de una comunidad, a comprometerse y a participar con objeto de

mejorar su bienestar. La disciplina en enfermería es considerada hoy como una ciencia del comportamiento y de la salud de la persona en todas las edades de la vida, es decir, una ciencia que incluye, a la vez, una comprensión de los factores biológicos, comportamentales y sociales, así como una definición de los resultados esperados y sociales, así como una definición de los resultados esperados y de los indicadores de salud.<sup>10</sup>

### **V.III) MODELO TEORICO DE DOROTHEA OREM**

La teoría en la que es sustentado el estudio de caso siguiente es de Dorothea Orem, con el fin de comprender, usar y criticar este modelo Orem, considera que;

Los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas y de mantener la motivación esencial para el autocuidado y para el cuidado de los miembros dependientes de la familia.

Las formas de satisfacer los requisitos de autocuidado tienen elementos culturales, y varían con los individuos y con los grupos sociales mayores.

La realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar.

Los individuos investigarán y desarrollarán formas para satisfacer las demandas de autocuidado conocida.

#### ***Requisitos de autocuidado***

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

---

<sup>10</sup> (2011). *Teorías y Modelos Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado*. CDMX: Antología ENEO.

4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria y los excrementos
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social
7. Prevención de peligros para la vida, funcionamiento humano, y el bienestar humano
8. Promoción del funcionamiento, y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal (normalidad).

Estos requisitos abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida.

### ***Requisitos de autocuidado en desarrollo***

Estos se clasifican etapas específicas de desarrollo y condiciones que afectan el desarrollo humano

Etapas específicas de desarrollo

- \* Vida intrauterina y nacimiento
- \* Vida neonatal, ya sea por un parto o término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
- \* Lactancia
- \* Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
- \* Etapas de desarrollo de la edad adulta.
- \* Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Condiciones que afectan el desarrollo humano

- \* Derivación educacional.
- \* Problemas de adaptación social.
- \* Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
- \* Pérdida de posesiones o del trabajo.
- \* Cambio súbito en las condiciones de vida.
- \* Cambio de posición, ya sea social o económica.

- \* Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
- \* Enfermedad terminal o muerte esperada,
- \* Peligros ambientales

### ***Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud***

- \* Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe que producen patología humana o estén asociadas a ésta.
- \* Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.
- \* Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación medicamente prescrita, dirigida a la prevención de tipos específicos de patología, a corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
- \* Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo, y atender a dichos efectos o regularlos.
- \* Modificaciones del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con estado particular de salud y que necesita formar específicas de cuidado de salud.
- \* Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado.
- \* Desde una perspectiva general, los individuos capaces de hacerse cargo de su propio autocuidado pueden:
  - \* Apoyar los procesos vitales físicos, psicológicos y sociales esenciales.
  - \* Mantener la estructura y funcionamiento humano
  - \* Desarrollar plenamente su potencial humano
  - \* Prevenir las lesiones o enfermedades

- \* Curar o regular la enfermedad (con la ayuda apropiada)
- \* Curar o regular los efectos de la enfermedad (con la ayuda apropiada)

### ***Déficit de autocuidado***

Las personas que tienen una enfermedad o patología, que han experimentado un trauma emocional o que han aprendido o desarrollado suficiente las capacidades de autocuidado pueden tener solo una capacidad limitada para satisfacer sus necesidades de autocuidado. Para representar la relación entre las demandas de cuidado de la salud y las capacidades de autocuidado, puede usarse de nuevo para indicar la idea del déficit de autocuidado. Hay tres escenarios que demuestran cómo la capacidad de un individuo para realizar el autocuidado puede verse influida por el aumento de las demandas que se le hacen.

Necesidades (requisitos) de autocuidado universal

Necesidades (requisitos) de autocuidado de desviación de la salud

### ***Capacidades de autocuidado***

Demanda de autocuidado terapéutico; Es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado

Agencia de autocuidado; Orem utiliza la palabra “agente” para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.

Agencia de autocuidado dependiente; Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería.

### ***Operaciones interpersonales y sociales***

Los procesos interpersonales y sociales implican que la enfermería desarrolle un estilo social e interpersonal adecuando cuando trabaje con los pacientes y sus familias. En particular, las enfermeras deberían:

Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente, su familia y otros.



Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud.

Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente.

### ***Operaciones tecnológico-profesionales***

Estas son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos. Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en las que las acciones lógicamente diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación), es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración. Las operaciones de cuidado de casos, sin embargo (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de enfermería), continuarán durante toda la interacción de enfermería con los pacientes.

### ***Operaciones prescriptivas***

Son juicios prácticos que deben realizar la enfermera y el paciente después de la obtención de datos, y que pueden equipararse con la fase de “planificación” del proceso de enfermería tradicional. Estas operaciones abordan los problemas de los que puede hacerse por un individuo, dadas sus circunstancias y conocimientos actuales. También considera lo que podría suceder al futuro. Estas especifican los siguientes aspectos del cuidado;

Medios que se han de usar para satisfacer los requisitos de autocuidado particulares y cursos de acción o medidas de cuidado que se deben realizar para satisfacer estos requisitos.

Totalidad de las medidas de cuidado que se han de realizarse para satisfacer todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéuticos, incluyendo una buena organización de estas medidas de cuidados.

Papeles de la enfermera, el paciente y el agente de cuidado dependiente en la satisfacción de las demandas de autocuidado terapéutico.

Papeles de la enfermera, el paciente y el agente de cuidado dependiente en la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado.

### ***Operaciones reguladoras o de tratamiento***

Estas son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente. Diseños para las operaciones reguladoras: el sistema de enfermería. Esto incluye;

Crear un sistema de relaciones para autocuidado ahora y en el futuro.

Especificar el momento y duración del contacto enfermera-paciente, y las razones para él.

Identificar las contribuciones de la enfermera y del paciente en la satisfacción de las demandas de autocuidado, asegurando que:

Hay una rutina de tareas de autocuidado y una secuencia temporal para completarlas

Hay una regulación de la participación del paciente en su propio cuidado.

El paciente desarrolla un interés en su propio autocuidado y el deseo de cuidar de sí mismo

El paciente desarrolla un interés en su propio autocuidado y el deseo de cuidar de sí mismo.

El paciente desarrolla nuevas aptitudes y habilidades para satisfacer las necesidades de autocuidado, sin desarrollar nuevas limitaciones.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte-educación.

**Totalmente compensatorio**; este es requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad. Función de enfermería en este sistema.

Compensar las incapacidades para el autocuidado

Apoyar y proteger

Emitir juicios y tomar decisiones

Cultivar las capacidades existentes

**Parcialmente compensatorio;** Este no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema anterior, la enfermera debe actuar con un compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción. Las acciones de enfermería son:

Realizar algunas medidas de autocuidado para el paciente

Compensar cualquier limitación del autocuidado

Ayudar al paciente según sea necesario

**De apoyo/educación;** este es apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería. Las acciones son:

Ayudar a tomar decisiones

Ayudar al paciente a aprender

Actualizar periódicamente la información <sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> (2011). *Teorías y Modelos Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado*. CDMX: Antología ENEO.

#### **V.IV) PROCESO DE ATENCIÓN A ENFERMERÍA**

El Proceso de Atención de Enfermería es el ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera para proporcionar atención al individuo, familia y comunidad.

##### ***Valoración***

Siendo esta la primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería, aunque ya mencionamos que va muy relacionado con la siguiente, consideramos necesario describirla por separado a fin de facilitar la enseñanza y aplicación del proceso. Esta fase va dirigida al registro de aquellos hechos, fenómenos o datos que permitan conocer y analizar lo que realmente sucede en el individuo, familia o comunidad que se estudia en relación a su salud.

¿Cuáles son las fuentes y medios para la obtención de la información necesaria?

El origen de los datos, además de la forma de recolectarlos, está en función a las fuentes que se tengan y los medios que se elijan para ello. Puede contarse con fuentes directas o humanas, e indirectas o documentales, así como medios e instrumentos que favorezcan su recolección. Fuentes Directas El individuo o paciente, la familia, la comunidad, el equipo de trabajo (salud) y otros recursos humanos. Fuentes Indirectas Archivo clínico (expediente, kardex, etc.), bibliotecas y hemerotecas (libros, revistas, documentos y diarios), y todos los datos previamente elaborados que se utilizan en alguna forma.

Medios e instrumentos para la obtención de datos La observación (utilización de los variados sentidos, no solo la vista), la comunicación, entrevista, visita, encuesta, cuestionarios, guías y otros instrumentos. Es importante mencionar que en la etapa de recolección de datos, registro y análisis, los conocimientos científicos y experiencias previas de la enfermera juegan un papel importante. Esto la favorece en tal forma, que permite descubrir la causa o causas de las necesidades y/o problemas, y así llegue fácilmente a formular el diagnóstico de enfermería

## **Diagnósticos**

¿Qué debemos entender por diagnóstico de enfermería? Thora Kron, Kozier y DuGas lo definen como “. . . identificación de los problemas del paciente. . . ”<sup>5</sup> Mary Durand y Rose Mary Prince consideran que “. . . es la conclusión hecha sobre las condiciones del paciente mediante la investigación. . . ” Y en el documento de Sally Speth Monken se dice que el diagnóstico de enfermería es “. . . el juicio o conclusión que se obtiene como resultado de la valoración de enfermería. . . ” Las tres definiciones coinciden al señalar claramente que es la conclusión que se hace sobre la situación de condiciones del paciente mediante la investigación, valoración o identificación de sus necesidades y/o problemas.<sup>12</sup>

### Tipos de diagnósticos

Diagnostico real; etiqueta diagnostica + factor relacionado + manifestación (síndrome PES)

Diagnóstico de riesgo; etiqueta diagnostica + factor relacionado

Diagnóstico de salud; “potencial de aumento de...” / “potencial de mejora de...”<sup>13</sup>

El valor de un diagnóstico de enfermería ¿Cuál es el valor de un diagnóstico de enfermería? Al respecto nos dicen Durand y Prince: “La enfermería está buscando una base científica para su práctica. El proceso de diagnosticar necesita conocimientos científicos y requiere relacionar y aplicar estos conocimientos a la enfermería. El diagnóstico de enfermería establece un punto de partida, una base para el cuidado de enfermería. Se atribuye a George Shaw la frase: EL DIAGNOSTICO SIGNIFICA DESCUBRIR TODO LO QUE ANDA MAL EN DETERMINADO PACIENTE. Creemos que un diagnóstico de enfermería podría

---

<sup>12</sup> (s.f.). Obtenido de [http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19\\_S2A1ES.pdf](http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19_S2A1ES.pdf)

<sup>13</sup> (2011). *Teorías y Modelos Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado*. CDMX: Antología ENEO.

significar el descubrimiento de todo lo necesario para iniciar un Plan de Cuidados de Enfermería. . . ”<sup>14</sup>

### ***Planeación***

La planeación significa decidir con anterioridad lo que va a hacer: cómo, cuándo, por qué, dónde y quién lo va a hacer. La planeación nos lleva a usar el pensamiento reflexivo antes de actuar, es una parte del proceso administrativo, sin planeación no puede haber organización, dirección o control.

La planeación de la atención de enfermería al individuo, familia y comunidad requiere de una coordinación entre los integrantes del equipo de salud. En enfermería se ha visto que una de las formas mediante las cuales se nos permite un acercamiento más útil hacia el paciente, es a través de un plan de cuidados. Este nos hace ver al individuo como un ser bio-psico-social, a pesar de la diversidad de actividades que allá se registran. En adición, nos hace pensar en el cuidado que le debemos dar relacionado con los aspectos de promoción, prevención y restauración de la salud. Para que se utilice bien, exige que las políticas y filosofías de las instituciones permitan la integración de grupos heterogéneos de profesionales, técnicos y otro tipo de personal que tienen diferentes valores y actitudes, pero que juntos tratan de solucionar los problemas de salud del individuo, familia y comunidad.

El Plan de Cuidados de Enfermería es, pues, el instrumento que dirige, en forma ordenada y continua, las actividades de enfermería, hacia metas u objetivos establecidos específicamente para realizar con un individuo. Debe ser elaborado por la enfermera. El personal no profesional de enfermería puede contribuir en la elaboración del plan, pero es la enfermera quien lo elabora, lo interpreta, coordina y delega actividades y lo evalúa.

Consideramos que la planeación está compuesta de los siguientes elementos: formulación de objetivos y formulación de las acciones.

---

<sup>14</sup> (s.f.). Obtenido de [http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19\\_S2A1ES.pdf](http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19_S2A1ES.pdf)

Los objetivos proceden directamente de las necesidades y problemas prioritarios expresados en el diagnóstico de enfermería. Estos deben estar trazados en forma de conducta observable del paciente, previendo, a la vez, que sean alcanzables de acuerdo a los recursos con que contamos. De acuerdo a experiencias obtenidas durante la aplicación del PAE, se ha observado que en la elaboración del Plan se formulan acciones sin trazar ante metas u objetivos.

Bases para establecer objetivos:

Las necesidades identificadas como prioritarias en el diagnóstico de enfermería servirán de base para la elaboración de los objetivos.

Deben estar acordes a la situación social y económica de la cual se dan los cuidados de enfermería. México, por ejemplo, por ser un país en estado de desarrollo, se caracteriza por tener limitados recursos económicos, materiales humanos para atender una demanda cada vez mayor de servicio de atención de salud.

Deben ser específicos para cada situación.

Los objetivos deben contestar las siguientes preguntas:

- \* ¿Que? Lo que se pretende hacer o alcanzar; los objetivos representan un momento en el tiempo y deben ser revisados periódicamente con el fin de ajustarlos a medida que se logran progresos o cambia la necesidad.
- \* ¿Cuanto? La cantidad o grado de cambio que se intenta alcanzar. Los objetivos deben ser realistas. Hay que tener presente que es un estímulo para las personas (incluidos los pacientes), poder ver los resultados; y al contrario, produce desanimo la falta de progreso observable, esto es válido tanto para los pacientes como para el personal.
- \* ¿Quién o quiénes? El paciente o grupo de pacientes a quien o quienes va dirigido el objetivo, o personal de enfermería, o estudiantes. En la preparación de objetivos se debe dar participación al mayor número posible de personas que tendrán que realizar las acciones, o actividades, para llegar a alcanzar los objetivos trazados.

- \* ¿Donde? Se refiere al lugar o área geográfica donde se cumplirán los objetivos. Los objetivos de atención de enfermería deben ser consistentes con los objetivos del hospital, y con los objetivos del departamento de enfermería de ese hospital.
- \* ¿Cuándo? Se refiere al tiempo en el cual se espera lograr los objetivos. Por ejemplo, todas las ventanas tendrán rejillas metálicas para evitar la entrada de moscas a las áreas donde están los pacientes, en el lapso de dos años a partir de esta fecha. . . ”

### ***Acciones del Plan de Cuidados***

Las acciones de enfermería expresadas en el Plan de Cuidados son las tareas específicas que hay que realizar para transformar en realidad los objetivos, o dicho con otras palabras son las acciones o actividades, a veces llamadas órdenes de enfermería, que hay que realizar para cumplir los objetivos. Es importante que la enfermera, junto con el individuo, familia y comunidad, determine su participación dentro del Plan para lograr los objetivos planeados. Las acciones del Plan de Cuidados deben ir encaminadas al logro de los objetivos trazados, tomando en cuenta los recursos existentes para su aplicación. Como hemos mencionado anteriormente, deben estar basados en principios científicos y de enfermería.

A continuación exponemos tres criterios básicos para establecer las acciones en el Plan:

Las acciones se escriben con el fin de ordenar y proveer continuidad en la atención de enfermería, por lo tanto, deben estar expuestas donde quienes intervengan en la atención del paciente, tengan fácil acceso a ellas. El kardex es uno de los lugares más prácticos para anotar las acciones de enfermería.

Las acciones en todo momento deberán responder a la condición del paciente, familia y comunidad. Además, deben ser extensivas al hogar, pues consideramos que la atención de enfermería no debe centrarse únicamente en la fase de curación, sino que deben abarcar todas las etapas del proceso salud-enfermedad.



Las acciones deben reflejar el resultado de un esfuerzo combinado entre paciente y equipo de salud, ya que como dijimos anteriormente, sin la participación de todos estos elementos es difícil alcanzar los objetivos trazados.

El Plan es, pues, un instrumento dinámico y flexible que empieza con el primer contacto con el paciente y se adapta en forma continua a medida que se cambie la situación del paciente. Debe extenderse a los aspectos de promoción, prevención, curación y restauración de la salud.

La planeación de la atención de enfermería, así nos provee de los siguientes beneficios (adaptados de Garzon).

Asegura una atención integral al paciente, familia y comunidad, considerándolo como un ser bio-psicosocial.

Dirige la acción hacia el logro de un objetivo permitiendo la evaluación de la atención dada.

Determina la intervención de enfermería que requiere el paciente en forma coordinada con el equipo de salud. Asegura al máximo el aprovechamiento de los recursos disponibles.

Provee una base para el control y evaluación de la calidad y cantidad de la atención de enfermería.<sup>15</sup>

Pasos para la planificación	
Pasos	Métodos
Establecimiento de prioridades	Urgencias de la atención medica  Jerarquía de las necesidades de Maslow

<sup>15</sup> (s.f.). Obtenido de [http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19\\_S2A1ES.pdf](http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19_S2A1ES.pdf)

Establecimiento de objetivos	<p>Criterios de validez (centrados en el cliente)</p> <p>Criterio lógico (derivados de la etiqueta diagnóstica)</p> <p>Criterio Director de las intervenciones (expresados de forma medibles y realistas)</p>
Establecimiento de las intervenciones	<p>Formulación de hipótesis</p> <p>Tormenta de ideas</p>
Documentación	<p>Individualizado</p> <p>Estandarizado</p> <p>Informatizado</p>

16

### ***Evaluación***

La evaluación es medir el logro de las metas fijadas siguiendo las actividades correspondientes a los cuidados del paciente para apreciar sus reacciones a los mismos. Con esto, no se quiere decir que la evaluación deberá esperar a hacerse hasta completado el plan, sino que es continua, utilizando los resultados para retroalimentar, haciendo ajustes en cada fase del proceso para adaptar la atención de enfermería proporcionada.<sup>17</sup>

<sup>16</sup> (2011). *Teorías y Modelos Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado*. CDMX: Antología ENEO.

<sup>17</sup> (s.f.). Obtenido de [http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19\\_S2A1ES.pdf](http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19_S2A1ES.pdf)

Esta determina la calidad de los cuidados prestados, obliga a la revisión de todos y cada uno de los pasos establecidos por el Proceso de Enfermería y permite apreciar tanto a los pasos establecidos por el paciente como la adecuación de las intervenciones de enfermería. Estas dos dimensiones permiten garantizar la calidad de los Cuidados de Enfermería prestados. Una valoración precisa, unos diagnósticos apropiados, una planificación realista y una ejecución pertinente parecen ser los criterios que permiten parecer ser los criterios que procura asegurar esta última etapa.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> (2011). *Teorías y Modelos Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado*. CDMX: Antología ENEO.

## VI) MARCO TEÓRICO

Es una práctica común que al revisar al recién nacido inmediatamente después del nacimiento, el personal de salud se lleve al bebé lejos de su madre a una cuna térmica para su completa exploración. Sin embargo, la evidencia científica proporciona respaldo para incentivar el contacto piel a piel o alojamiento conjunto inmediato como un estándar de atención para los recién nacidos sanos a término.

**El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible.** La exploración del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. En el momento del nacimiento descubrir el pecho de la madre para colocar al RN de forma correcta, es el inicio de la integración madre-hijo desde los primeros minutos de vida.<sup>19</sup>

Secar al RN con un paño, invitando a los padres que hagan esta tarea. Interferir lo menos posible. El contacto piel con piel debe mantenerse como mínimo 2 horas tras el parto.

Información a los padres: sobre el contacto piel con piel, sus beneficios y técnica, solicitando su consentimiento e implicando al padre en el procedimiento. Siempre, se atenderán las preferencias de la madre, así como la participación de su pareja o acompañante.

El "Apego Materno Inmediato" No es una moda, ni tampoco una variante, esta es la forma en la que OBLIGATORIAMENTE deben de nacer todos los seres humanos y debemos de respetar eso. Es un derecho universal las recomendaciones de la OMS para la atención del parto, y las guías de reanimación neonatal avanzada más aceptadas a nivel global, nos especifican que en un recién nacido por lo demás sano, nuestra única intervención inmediata será el secarlo gentilmente sobre su madre y dejarlo ahí, piel con piel cubierto con una

---

<sup>19</sup> (2014). *Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*. GPC IMSS-052-08 .

frazada tibia. Ahí mismo sobre la madre se puede hacer una breve revisión general del recién nacido.<sup>20</sup>

El mismo contacto piel con piel permite la estabilización de los signos vitales del bebé, y logra la regulación térmica de una forma rápida y efectiva. Se activan mecanismos fisiológicos que conducen finalmente al inicio exitoso de la lactancia.

Por otro lado el recién nacido que se separa en forma inmediata de su madre, entra en un estado de ansiedad y desesperación que activa sus mecanismos fisiológicos de defensa, entorpeciendo la regulación de sus signos vitales y de su temperatura y peor aún: entorpeciendo el inicio de la lactancia en el período más crítico para esto.

Un meta análisis de 30 estudios con 1925 pacientes muestra que el contacto piel a piel entre la madre y el neonato, inmediatamente después del nacimiento, reduce los llantos, mejora la interacción de la madre con el recién nacido, aumenta y mantiene la temperatura del neonato y ayuda a las madres a amamantar con éxito, así como el afecto y la satisfacción materna. También proporciona estabilidad cardiorrespiratoria en pretérmino tardíos MD 2.88 (IC 95% 0.53 a 5.23). Glucosa sanguínea 75 a 90 minutos al nacimiento MD 10.56 mg/dL (IC 95% 8.40 a 12.72). No se identificaron efectos negativos<sup>21</sup>

## **VI.I) LACTANCIA MATERNA**

Según la GPC menciona que la lactancia materna fomenta el desarrollo sensorial y cognoscitivo, protege al niño de las enfermedades infecciosas y crónicas, reduce la mortalidad por enfermedades diarreicas o neumonías, además de mostrar recuperación rápida de las enfermedades. OMS. Fomento de una alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño. Se recomienda la lactancia materna

---

<sup>20</sup>H, S. (2008). *Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos*. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, Ginebra. Obtenido de <http://apps.who.int/newborn/gpcom/es/>

<sup>21</sup>(2014). *Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*. GPC IMSS-052-08

desde la primera hora de vida, y mantenerla como única forma de alimentación durante los seis meses siguientes.

La lactancia materna exclusiva debe ser facilitada y alentada en el período posparto inmediato, apoyando el contacto piel a piel.<sup>22</sup>

Iniciar la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida del recién nacido, en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan.

## **VI.II) VENTAJAS**

### **PARA EL BEBÉ**

Hay evidencia científica de numerosas ventajas para el bebé, como la disminución en la incidencia y gravedad de gran número de enfermedades agudas y crónicas de los niños amamantados.

#### **• Nutricionales.**

Los niños amamantados experimentan un mayor aumento de peso y talla durante los 3 primeros meses de vida. Al final del primer año de vida los niños amamantados ganan menos peso y son más delgados. Los bebés alimentados con leche artificial tienen el triple de probabilidades de ser obesos que los alimentados con leche materna. Los estudios confirman que recibir más proteínas durante el primer año deriva en un mayor peso durante los dos primeros años y más riesgo de padecer obesidad a los 6 años.

#### **• Protección frente a las infecciones y atopias.**

Los niños amamantados presentan menos diarreas, infecciones respiratorias, otitis invasivas, infecciones intestinales y enterocolitis necrotizantes. Mediante la transferencia de anticuerpos se estimula activamente el sistema inmunitario del lactante.

---

<sup>22</sup> (2014). *Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*. GPC IMSS-052-08

- **Desarrollo cognitivo.**

En cuanto al crecimiento cerebral expresado por el aumento de la circunferencia craneal, destaca el mayor aumento observado en niños lactados, a mayor tiempo de amamantamiento mejor desarrollo, también en las habilidades motoras y el desarrollo temprano del lenguaje.

- **Enfermedades a largo plazo**

Estudios ponen de manifiesto el efecto protector de la leche materna en relación con la muerte súbita<sup>23</sup> del lactante, colitis ulcerosa, y patología alérgica.

Menor desarrollo de enfermedades autoinmunes, diabetes mellitus, enfermedad de Crohn y cáncer.

Favorece la liberación de la hormona del crecimiento.

Previene problemas dentales.

- ♣ **Beneficios psicológicos**

Amamantar al niño es relajante, favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a la madre. La lactancia bien establecida es percibida por la mayoría de las mujeres como muy satisfactoria, pues proporciona no sólo alimento sino consuelo, ternura y comunicación entre madre e hijo.

Predispone en el niño buenos hábitos alimentarios para el futuro.

#### PARA LA MADRE

- \* Recuperación uterina post-parto y disminución del sangrado. La succión del pecho en las dos primeras horas tras el parto produce liberación de Oxitocina, hormona que actúa sobre el útero de la mujer provocando su contracción. Las siguientes descargas de Oxitocina producen nuevas

---

<sup>23</sup> Elizabeth, F. M. (2015). *Guía de Lactancia Materna*. Granada: Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano. Obtenido de <http://docplayer.es/1680362-Guía-de-lactancia-materna.html>

contracciones del útero con lo que éste recupera más pronto el tono y el tamaño.

- \* Mejora de la anemia y aumento de las reservas de hierro. El cierre precoz del lecho vascular de la placenta disminuye el sangrado puerperal contribuyendo a la recuperación de la anemia del embarazo. También durante varios meses inhibe la ovulación por lo que no hay menstruación y favorece el ahorro de hierro.
- \* Recuperación más precoz del peso corporal previo al embarazo.
- \* Disminuye el riesgo de cáncer de mama post-menopáusico, cáncer de ovario.
- \* Disminuye fracturas de cadera y espinales por osteoporosis en la post-menopausia.
- \* Reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional

#### PARA LA SOCIEDAD

La lactancia materna supone un gran ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo por lo que se ahorra por la compra de leche artificial sino por el menor consumo de consultas médicas, ingresos hospitalarios, medicamentos y otros recursos sanitarios. Por otro lado, la reducción del número de episodios de enfermedad en los niños amamantados en los primeros meses de vida disminuye el absentismo laboral de los padres.<sup>24</sup>

#### **VI.III) DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA SEGÚN LA OMS**

Disminuye la huella ecológica (botes de fórmula, biberones, tetinas) ya que no genera residuos, contribuyendo al cuidado del planeta.

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.

---

<sup>24</sup> Elizabeth, F. M. (2015). *Guía de Lactancia Materna*. Granada: Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano. Obtenido de <http://docplayer.es/1680362-Guía-de-lactancia-materna.html>



2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupador o chupete artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.<sup>25</sup>

#### **VI.IV) CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL PUERPERIO**

Durante las primeras horas y días que siguen al nacimiento, la madre presente impresionantes cambios fisiológicos que abarcan prácticamente todos los aparatos y sistemas corporales.

##### **♣ Cambios urinarios**

El tejido vesical está edematoso, congestionado e hipotónico inmediatamente después del parto, lo que puede ocasionar sobre distensión, vaciamiento incompleto y estasis de orina.

---

<sup>25</sup> (s.f.). Obtenido de [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/breastfeeding\\_20100730/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/breastfeeding_20100730/es/)

### ♣ **Cambios gastrointestinales**

El restablecimiento del funcionamiento intestinal normal la parturienta requiere aproximadamente de una semana, debido a la disminución de la motilidad del intestino, seguido de esto se incrementa el apetito y la ingestión de líquidos.

### ♣ **Cambios musculo esqueléticos**

Los músculos de los abdominales suelen estar blandos, débiles y laxos debido a la distensión. No se recomienda el ejercicio intenso para recuperar el tono muscular hasta la cicatrización completa.

### ♣ **Cambios mamarios**

La producción de la leche (al principio, calostros) se inicia hacia el tercer día del puerperio.

Al principio se produce ingurgitación, la estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto, y al mismo tiempo van aumentando de tamaño las mamas.

La secreción de prolactina inicia la “subida de la leche”, que también es estimulada por succión por parte del recién nacido.

El amamantamiento continuo disminuirá la ingurgitación e incrementará la secreción de leche.

### ♣ **Cambios uterinos**

Doce horas después del parto el fondo es palpable a 1cm., por encima del ombligo.

Aparición de **entueritos**, pueden prolongarse de dos a tres días después del evento obstétrico y ser dolorosos durante el amamantamiento.

Presencia de loquios

Al principio del puerperio, el desprendimiento del tejido decidua, origina secreciones vaginales en cantidad variable. Las secreciones se denominan loquios y consta de eritrocitos, decidua desprendida, células epiteliales y bacterias. Hemáticos; estos contienen sangre color rojo brillante, tardan 3 días después el parto.

Serosos; estos contienen sangre, suero, leucocitos y residuos tisulares, y aparecen del día 4to al 9vo del parto, con apariencia café o rosados.

Sero-hemático; estos contienen leucocitos, decidua, células epiteliales, suero y bacterias, aparecen del 10mo día en adelante, con apariencia amarilla. <sup>26</sup>

## **VI.V) ATENCIÓN DEL PUERPERIO SEGÚN LA NORMA OFICIAL MEXICANA 007 SSA 2016**

5.6.1 En todo establecimiento para la médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud aplicará los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato, que deben incluir:

5.6.1.1 En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto.

5.6.1.2 En la primera hora del puerperio, revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso.

5.6.1.3 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan;

---

<sup>26</sup> Cunningham-Leveno. (2011). *Williams Obstetricia - 23ª edición*. McGraw-Hill

5.6.1.4 En las primeras ocho horas, favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal e hidrataci3n;

5.6.1.5 Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y sntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental;

5.6.1.6 El egreso de la paciente podr3 efectuarse hasta que hayan transcurrido las 24 horas del posparto en caso de no existir complicaciones.

5.6.1.7 A las madres Rho (D) negativas, con persona reci3n nacida Rho positivo y con prueba de Coombs indirecta negativa, se les aplicarn 300 µg de globulina inmune anti Rho, dentro de las primeras 72 horas posparto o cuando se realice otro evento obst3trico o procedimiento invasivo capaz de ocasionar hemorragia feto-materna y que pueda condicionar en la madre inmunizaci3n al antgeno "D". La atenci3n preferentemente debe ser realizada por personal calificado.

5.6.1.8 Se debe promover desde la atenci3n prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio fisiol3gico sea llevada a cabo con un m3nimo de 2 controles m3dicos.

5.6.1.9 Durante el internamiento y antes del alta m3dica, orientar a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la persona reci3n nacida, sobre la t3cnica de la lactancia materna exclusiva, signos y sntomas de alarma de la persona reci3n nacida (succi3n e ingesta adecuada, micci3n y evacuaci3n presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, v3mito, distensi3n abdominal e hipotermia) o de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atenci3n m3dica urgente.

5.6.2 Para la atenci3n del puerperio mediato y tard3o, el personal de salud debe:

5.6.2.1 Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 d3as y la segunda al final del puerperio.

5.6.2.2 Vigilar la involuci3n uterina, los loquios, la presi3n arterial, frecuencia cardiaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.

5.6.2.3 Proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados de la persona recién nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo. (Fiebre, hemorragia, cefalea persistente) que ameritan atención médica de la madre<sup>27</sup>

### **Signos y síntomas de alarma durante el puerperio**

- \* Datos de encefalopatía hipertensiva
- \* Sangrado transvaginal abundante o comparado con más de una menstruación
- \* Dolor tipo cólico intenso
- \* Fiebre
- \* Congestión mamaria
- \* Pezones agrietados
- \* Debilidad generalizada, letargo o fatiga extrema
- \* Datos de urosepsis
- \* Dolor generalizado; área perianal, episiotomía, reparación de los desgarros, hemorroides y entuertos.

### **VI.VI) MANEJO DE HEMORRAGIA OBSTETRICA**

Es la inestabilidad hipovolémica a causa de una pérdida sanguínea. Esta puede ser mayor a 500 ml pos-parto.

Su morbilidad puede ser reducida de la siguiente manera:

- \* Evaluar la hemoglobina anteparto y corregir la anemia en el control prenatal o en el parto.
- \* Practicar el “manejo activo”, del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior. Realizar pinzamiento del cordón umbilical, tracción suave

---

<sup>27</sup> (2016). *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2.

y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal. Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto.

Asimismo, comprobar que el útero esté contraído, el sangrado transvaginal sea escaso y los signos vitales sean normales. La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo al criterio médico basado en evidencia con atención personalizada y bajo vigilancia.

- \* Revalorar los signos vitales de la paciente y el sangrado vaginal después de completar la hoja de trabajo de parto.

#### Abordajes generales de la mujer con hemorragia posparto

- \* Buscar ayuda, asegurar las vías aéreas, la respiración y circulación.
- \* Iniciar dos vías endovenosas con catéter grueso.
- \* Soluciones coloidales.
- \* Proporcionar oxígeno
- \* Obtener laboratorios de inmediato
- \* Proporcionar masaje uterino para su contractibilidad.
- \* Administrar oxitócicos
- \* Descartar restos placentarios (limpiar cavidad uterina)
- \* Descartar laceraciones y de ser así repararlas de forma adecuada y cuidadosamente
- \* Iniciar compresión bimanual
- \* Se puede utilizar otro oxitócico
- \* Valorar frecuencia cardíaca y tensión arterial sistólica.
- \* Valorar el tubo rojo para descartar una Coagulopatía
- \* Pinzamiento de arterias uterinas o colocación de balón de bakri.

Causas específicas de la hemorragia obstétrica

<b>4T'S</b>	<b>CAUSAS ESPECIFICAS</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>
<b>TONO</b>	Atonía uterina	70%
<b>TRAUMA</b>	Laceraciones cervicales, vaginales y perianales; hematomas pélvicos; inversión uterina; ruptura uterina.	20%
<b>TEJIDO</b>	Retención del tejido Placenta inversa	10%
<b>TROMBINA</b>	Coagulopatía	1%

## **VII) PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO**

### **VII.I) DESCRIPCIÓN DEL CASO**

**P.** L.M.O.P. de 19 años de edad se encuentra cursando un puerperio inmediato pos-parto, con una adecuada adaptación al proceso, seis horas de evolución, acompañada de su pareja J.E.G.C. su pareja de 22 años de edad.

**S.** Niega datos de encefalopatía hipertensiva, tolera la dieta, refiere ligero dolor general, menciona tener escaso sangrado transvaginal, niega datos de urosepsis, favoreciendo activamente la deambulaci3n. Menciona estar dichosa y feliz por el nacimiento de su bebe y la compa1a de su esposo.

**O.** Aparentemente estable, buena hidrataci3n de tegumentos y mucosas, sistema cardiopulmolar rítmico sin alteraciones al momento, mamas integras con lactopoyeis y lactogenesis, pezones íntegros normales, ofreciendo lactancia

materna exclusiva, abdomen blando, involución uterina a nivel de la cicatriz umbilical de consistencia leñosa, escasos loquios hemáticos presentes, genitales íntegros con una pequeña laceración en labios menores, no sangrante. Miembros pélvicos íntegros sin edema ni varices.

**A.** L.M.O.P, G1, P1, cursando puerperio inmediato fisiológico normoevolutivo, seis horas de evolución.

**P.** Dieta normal

- \* Vigilancia de sangrado uterino e involución
- \* Fomentar la Lactancia Materna eficaz a libre demanda
- \* Fomentar la incorporación del trinomio
- \* Fomento a la deambulación
- \* Higiene personal (en área vaginal)
- \* Valoración de signos vitales

**P.** Se espera bueno

## **VII.II) SINTESIS VALORATIVA**

### **1.- DATOS GENERALES**

Se trata de la usuaria L.M.O.P. de 19 años, casada, escolaridad secundaria, se dedica a labores del hogar, peso inicial 46kg., peso al termino del embarazo 52.500kg., talla 1.53mts, IMC 22.43, grupo sanguíneo "O" RH +, religión católica, es originaria y residente de la Ciudad de México, domicilio calle 1 Mza. 4, LT. 9, colonia Lomas De Estancia, responsable de ella es J.E.G.C. su pareja de 22 años de edad, escolaridad secundaria ocupación chofer privado, escolaridad secundaria, actualmente se refiere sano, grupo y RH "o" positivo.

### **2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA**

Familia nuclear, vive con su pareja, refiere tener una buena comunicación con su pareja y sus familiares, se reúne con sus familiares cada semana en donde comen juntos, cuentan con un ingreso mensual de \$8000.00. Casa propia.



### **3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE**

La vivienda es propia, cuenta con dos ventanas, el tipo de iluminación es eléctrica, cuenta con tres cuarto, el combustible que utilizan es gas cuentan con todos los servicios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, recolección de basura diario, pavimento y vigilancia, transporte, teléfonos públicos) centros educativos (kínder, primaria y secundaria) centros recreativos, centros comerciales, servicios médicos a diez minutos aproximadamente de distancia en autobús. Zoonosis (canina, vacunada y esterilizada), fauna nociva negada.

#### **1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE**

El higiene de las fosas nasales refiere ser diario, no convive con fumadores y no consume tabaco, no realiza actividades o ejercicios de relajación, no requiere ningún tipo de apoyo ventilatorio.

#### REVISIÓN POR SIETEMAS

FC: 84 x'

FR: 20 x'

T/A: 110/70 mm/Hg

TEMP: 36.8°C

A la exploración no se encuentra deformaciones, obstrucciones, desviación en nariz y mucosas, cardiopulmonar sin compromiso aparente sin sibilancias y estertores o algún soplo, aparentemente sin alteraciones.

Extremidades superiores y pélvicas con buena coloración, llenado capilar, sin presencia de varicosidades y edema periférico.

#### **2.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA**

Acostumbra consumir agua de garrafón, consume 1 1/1 litros de agua al día, refiere consumir 250 ml., de Coca-Cola al día.

## REVISIÓN POR SISTEMAS

Buena hidratación de tegumentos y mucosas.

### **3.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS**

#### HÁBITOS DE SALUD

Realiza 3 comidas al día con dos colaciones, leche 7/7, carne 3/7, huevo 3/7, verduras 2/7, frutas 7/7, tortillas 6/7, pan 1/7, quesos 2/7, embutidos 17/, sal y azúcar en todos los alimentos.

Los pasteles le agradan y las verduras son de su desagrado.

Actualmente se encuentra consumiendo ácido fólico (hierro hace dos meses atrás).

Al momento no presenta problemas digestivos.

El sentido que le da a la comida es de convivencia.

El desayuno lo realiza sola la comida y cena con su pareja, disponiendo un tiempo aproximado de 30 minutos en cada una de estas, los horarios son de 8:30, 15:00 y 1:00. En las colaciones incluye frutas y comida "chatarra" en su mayoría.

## REVISIÓN POR SISTEMAS

Al momento no se encuentran dolores dentales, sangrado de encías, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, halitosis ausente, no refiere dificultad para masticar

Refiere caries detectadas y no tratadas por personal de salud, no presenta piezas dentales flojas, garganta integra sin datos de infección.

No presenta al momento náuseas, vómito, anorexia, pirosis, polifagia, eructos, o dolor abdominal.

Durante el embarazo se le detectó anemia tratada y corregida al momento

### **4.- PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACION Y EXCRETAS**

Evacua dos veces al día de consistencia semilíquidas, color café oscuro, sin dolor. No refiere presentar algún problema para evacuar al momento no ingiere nada para la eliminación.

Micción presente color amarillo claro, sin dolor al orinar, aproximadamente 6 veces al día, sin problemas aparentemente al momento.

#### **5.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO**

##### HÁBITOS DE SALUD

En casa realiza todas las actividades domésticas, no realiza actividad física, ni algún ejercicio de relajación, en el tiempo libre le agrada ver televisión, duerme 10 horas al día, despertando motivada, no presenta dificultad para conciliar el sueño, realiza una siesta de 1 hora todos los días.

##### REVISIÓN POR SISTEMAS

Al momento no presenta alguna limitación o discapacidad musculo-esquelética, el estado de conciencia es alerta, si refiere sensibilidad al calor y frío.

No refiere presentar vértigo, cefalea, o alteraciones de memoria, reflejos presentes.

#### **6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL**

##### HÁBITOS DE SALUD

El tipo de comunicación que mantiene lo manifiesta de manera directa, abierta y clara, con contacto visual, presencia de lenguaje corporal, mantiene gestos y el tono de voz es variado. Ella no refiere mantener algún tipo de defensa. No pertenece a ningún grupo social, deportivo o cultural.

##### REVISIÓN POR SISTEMAS

Oídos sin dolor, sin secreción, sin acufenos ausencia de aumento o disminución de audición.

Ojos sin presencia de dolor, lagrimeo, o alguna secreción, simetría presente, sin alteraciones al momento.

Sin alteraciones de la visión, ausencia de fosfenos, nictalopía o daltonismo. No utiliza lentes.

**7.- PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO**

Conoce las medidas de prevención en su casa y en la calle.

No se realiza revisiones de salud periódicas como medidas terapéuticas. Nunca se ha realizado citología cervical, no asiste al dentista, oculista y solo consulta con un médico cuando se siente enferma. Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades y da como ejemplo el alimentarse sanamente.

Expresa enfado con los demás en situaciones de tensión en su vida y habla con las personas. Refiere no consumir alcohol, drogas, tabaco, café, té y medicamentos de ningún tipo. Refiere consumir bebidas de cola y comida chatarra. El concepto de su imagen es bueno. No refiere conocer sobre espiritualidad.

**8.- PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.**

**HÁBITOS DE SALUD.**

Realiza baño diario, cambio de ropa diario, aseo bucal dos veces al día, el lavado de manos es cada vez que lo considera necesario, ella considera la salud como bienestar emocional, y manifiesta comunicación adecuada con los demás. Utiliza productos de higiene personal tales como shampoo, crema corporal, desodorante, perfumen, entre otros.

REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

No se observan erupciones en piel, heridas, protuberancias, masas o algún cambio de color u olor.

Cabello bien implantado, sin presencia de parásitos, uñas limpias y cortas, mamas simétricas, pezón formada, lactogénesis y lactopoyesis presente.

Al valorar genitales se observa una ligera laceración en mucosa vaginal.

### **REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO**

Menarca a los 13 años, ciclos irregulares, dismenorrea no incapacitante, Gesta 1, Parto 1, IVISA 11 años, número de parejas sexuales 1, no utilizaba método de planificación familiar, FUM 06/enero/2015, FPP 13/10/2015. El día 15/octubre/2015.

Parto fisiológico, se obtiene R.N. Femenina, Peso 2630 grs, Talla 49cm, APGAR 8/9, CAPURRO 38 SDG.

Método de planificación familiar: implante subdérmico en 7 días.

Número de consultas prenatales 5

### **VII.III) ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE**

<b>BIOMETRÍA HEMÁTICA</b>	
<b>SERIE ROJA</b>	
ERITROCITOS	4.38
HEMOGLOBINA	12.1
HEMATOCRITO	36.4
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	95.0
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	30.8
CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	32.5
<b>SERIE BLANCA</b>	
PLAQUETAS	142.000
ANCHO DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA	14.4
VOLUMEN PLAQUETAR MEDIO	12.8
LEUCOCITOS %	8.09
LINFOCITOS %	19.9
MONOCITOS %	6.2
NEUTROFILOS %	72.6
EOSINOFILOS %	0.9
BASOFILOS %	0.4
LINFOCITOS #	1.61

MONOCITOS #	0.50
NEUTROFILOS #	5.88
EOSINOFILOS #	0.07
BASOFILOS #	0.03

<b>GRUPO Y RH</b>	
GRUPO	"O"
RH	POSITIVO
VDRL	NEGATIVO
VIH	NO REACTIVO

<b>COAGULACIÓN</b>	
PERFIL DE COAGULACIÓN	
TESTIGO	11.6
TP ( TIEMPO DE PROTROMBINA )	11.5
INR	0.99
TPT ( TIEMPO PARCIAL DE PROTROMBOPLATINA	27.7

<b>QUÍMICA SANGUÍNEA</b>	
GLUCOSA	83
CREATININA	0.7
UREA	13.2
ACIDO ÚRICO	4

## VIII) ESQUEMA METODOLOGICO

### III. ETAPA DE DESARROLLO

Adolescente en puerperio fisiológico inmediato

### II. REQUISITOS UNIVERSALES

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantenimiento de un Aporte suficiente de agua
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal

**VII. AGENCIA DE AUTOCUIDADO**  
Sistema de enfermería apoyo-educación

### I. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

L.M.O.P. de 19 años de edad, primigesta, cursando un puerperio inmediato pos-parto, con una adecuada adaptación al proceso, seis horas de evolución

### IV. REQ. DE AUT. ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD

- Busca y asegura la ayuda
- Presta atención a los efectos y resultados de su estado de salud regularmente.
- Lleva a algunas medidas preventivas

### V. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

- Edad: 19 años
- Escolaridad: secundaria
- Edo. Del desarrollo: púérpera
- Edo. De salud: normoevolutivo
- Factor ambiental: favorable (se cuentan con todos los servicios públicos)
- Sistema familiar: nuclear
- Factor socioeconómico: medio-bajo
- Patrón de vida: ama de casa

### VI. EXPOSICIÓN DE RIESGOS

#### MATERNOS

- Dolor generalizado; área perianal, reparación de los desgarros, hemorroides y entuertos.
- Retención urinaria, urgencia, frecuencia, disuria.
- Infección en el tracto urinario
- Estreñimiento y diarrea
- Mamas; rubor, calor, dolor, pezones agrietados y fisurados, pezones invertidos, masa palpable.
- Mastitis
- Falta de apetito
- Letargo, fatiga extrema.
- Incapacidad para reposar o dormir
- Atonía uterina
- sepsis puerperal
- Endometritis
- otras infecciones sistémicas

#### NEONATALES

- Termorregulación
- Ictericia
- Deshidratación
- Hipoglicemia
- Sepsis
- Muerte

## IX) VALORACIÓN

L.M.O.P. Refiere sentirse inquieta a la lactancia materna con miedo, no sabe sobre las posiciones más cómodas para ella y su bebe, refiere que lo lastimara o se ahogara al comer de su pecho, se muestra preocupada, se encuentra en puerperio inmediato, con presencia de loquios moderados hemáticos, con involución uterina a nivel de la cicatriz umbilical.

Refiere consumir pocos líquidos naturales, la ingesta de alimentos ricos en hierro y nutrientes es escasa, consume comidas rápidas

## X) DIAGNOSTICOS

- Alteración del estado emocional **R/C** desconocimiento de la técnica adecuada de lactancia materna y cuidados generales de la persona recién nacida **M/P** preocupación, miedo y verbalización de que lastimara a su bebe o lo ahogara al comer de su pecho.
- Riesgo de hemorragia obstétrica **R/C** interrupción de la involución uterina por fatiga uterina
- Riesgo de una alteración a infección **R/C** desconocimiento de técnicas adecuadas de limpieza
- Riesgo de alteración en la suficiente producción de leche materna **R/C** poca ingesta de agua
- Riesgo de alteración en elevación de glucosa en sangre **R/C** ingesta de bebidas con alto nivel de glucosa refrescos “coca-cola”
- Riesgo de alteración de niveles de hemoglobina **R/C** desidia de apegarse a las recomendaciones del plato del bien comer, alimentos ricos en hierro, nutrientes y alto consumo de “comidas rápidas”



## XI) PLAN DE INTERVENCIONES

**VALORACIÓN:** L.M.O.P. Refiere sentirse inquieta a la lactancia materna con miedo, no sabe sobre las posiciones más cómodas para ella y su bebe, refiere que lo lastimara o se ahogara al comer de su pecho, se muestra preocupada.

**DX:** alteración del estado emocional **R/C** desconocimiento de la técnica adecuada de lactancia materna y cuidados generales de la persona recién nacida **M/P** preocupación, miedo y verbalización de que lastimara a su bebe o lo ahogara al comer de su pecho.

<u>PLANEACIÓN</u>	<u>INTERVENCIONES</u>	<u>SISTEMA DE ENFERMERÍA</u>	<u>EVALUACIÓN</u>
<p><b>Enfermera:</b></p> <p>Modificar el estado emocional de L.M.O.P mediante el conocimiento de la técnica correcta de lactancia materna</p> <p><b>Paciente:</b></p> <p>Comprender la técnica adecuada de lactancia materna y sentirse más segura al brindar seno materno a su</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se explica a L.M.O.P la técnica adecuada de lactancia materna</li> <li>• Se orienta sobre las posiciones más cómodas que puede adoptar con su recién nacido</li> <li>• Se brinda información sobre los beneficios de lactancia materna para la madre, recién nacido y familia</li> <li>• Se comenta sobre los cuidados al recién nacido, los datos de</li> </ul>	<p>Apoyo educativo: se le otorgan las herramientas informativas necesarias a L.M.O.P para que ofrezca lactancia materna.</p>	<p>Una vez realizadas las intervenciones de enfermería L.M.O.P refiere sentirse con más seguridad con el cuidado y la alimentación de su recién nacido y adopto las posiciones de cuna, cuna invertida y acostada</p>

recién nacido	alarma del mismo y sobre todo se hace énfasis en los datos de alarma de L.M.O.P cuando se brinda seno materno con una mala técnica.		para poder brindar seno materno a su recién nacido.
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------

**VALORACIÓN:** L.M.O.P. se encuentra en puerperio inmediato, con presencia de loquios moderados hemáticos, con involución uterina a nivel de la cicatriz umbilical

**DX:** riesgo de hemorragia obstétrica **R/C** interrupción de la involución uterina por fatiga uterina

<b><u>PLANEACIÓN</u></b>	<b><u>INTERVENCIONES</u></b>	<b><u>SISTEMA DE ENFERMERÍA</u></b>	<b><u>EVALUACIÓN</u></b>
<p><b>Enfermera:</b></p> <p>Informar a L.M.O.P. sobre las técnicas que favorecen la contractilidad uterina para evitar una posible hemorragia obstétrica.</p> <p><b>Paciente:</b></p> <p>Llevar a cabo las técnicas indicadas e identificar signos y síntomas de una hemorragia obstétrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar que L.M.O.P. tenga un buen apego a la lactancia materna, para la segregación de Oxitocina</li> <li>• Realizar masaje uterino</li> <li>• Vigilar que tenga un buen vaciamiento de vejiga</li> <li>• Favorecer la deambulación para la expulsión de coágulos y permita la involución uterina</li> <li>• Vigilar involución uterina a nivel de la cicatriz umbilical</li> </ul>	<p>Apoyo educativo: se le otorgan las herramientas informativas y de aprendizaje a L.M.O.P para llevar a cabo las técnicas necesarias para evitar una hemorragia obstétrica.</p>	<p>Se observa que L.M.O.P lleva a cabo las intervenciones sugeridas por la enfermera perinatal.</p>

**VALORACIÓN:** L.M.O.P. se encuentra en puerperio inmediato, escasos loquios hemáticos presentes, genitales íntegros con una pequeña laceración en labios menores, no sangrante.

**DX:** riesgo de una alteración a infección **R/C** desconocimiento de técnicas adecuadas de limpieza

<b><u>PLANEACIÓN</u></b>	<b><u>INTERVENCIONES</u></b>	<b><u>SISTEMA DE ENFERMERÍA</u></b>	<b><u>EVALUACIÓN</u></b>
<p><b>Enfermera:</b></p> <p>Informar a L.M.O.P. sobre las técnicas de limpieza para evitar una posible infección.</p> <p>Signos y síntomas de alarma que son indicadores de una infección.</p> <p><b>Paciente:</b></p> <p>Llevar a cabo las técnicas indicadas e identificar signos y síntomas de una hemorragia obstétrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evacuar todos los días</li> <li>• Evitar el estreñimiento por medio del consumo de líquidos y alimentación.</li> <li>• Limpieza del área genital de adelante hacia atrás</li> <li>• Valorar los signos de calor, color y temperatura en el área afectada.</li> <li>• Valorar la toma de temperatura en casa.</li> <li>• Valorar las características de loquios</li> <li>• Valorar los signos y síntomas</li> </ul>	<p>Apoyo educativo: se le otorgan las herramientas informativas y de aprendizaje a L.M.O.P para llevar a cabo las técnicas de limpieza necesarias para evitar una infección puerperal.</p>	<p>Se observa que L.M.O.P lleva a cabo las intervenciones sugeridas por la enfermera perinatal. Y replica la información que se le otorga.</p>

	de la urosepsis.		
--	------------------	--	--

<b><u>VALORACIÓN:</u></b> L.M.O.P refiere consumir 1 1/1 de agua al día			
<b><u>DX:</u></b> riesgo de alteración en la suficiente producción de leche materna <b>R/C</b> poca ingesta de agua			
<p style="text-align: center;"><b><u>PLANEACIÓN</u></b></p> <p><b>Enfermera:</b> Conseguir que la usuaria consuma abundantes líquidos y de preferencia agua natural.</p> <p><b>Paciente:</b> Hacer el consumo de agua natural como un hábito diario y conocer sus beneficios ante la producción de leche materna.</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>INTERVENCIONES</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar los requerimientos de agua para una buena producción de leche materna</li> <li>• Informar los beneficios de mantener una óptima producción de leche materna</li> <li>• Darle la opción de incluir agua de frutas</li> <li>• Informarle los signos de un poco ingesta de líquidos</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>SISTEMA DE ENFERMERÍA</u></b></p> <p>Apoyo educativo: se le otorgaran las herramientas informativas necesarias a la paciente para una mayor ingesta de agua preferentemente natural.</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>EVALUACIÓN</u></b></p> <p>Durante la entrevista se desarrolla una agencia de autocuidado logrando el interés de la paciente a incorporar agua natural en su consumo de líquidos diarios.</p>

**VALORACIÓN:** L.M.O.P refiere consumir 250 ml. de Coca-Cola al día, todos los días

**DX:** riesgo de alteración en elevación de glucosa en sangre **R/C** ingesta de bebidas con alto nivel de glucosa refrescos “coca-cola”

<b><u>PLANEACIÓN</u></b>	<b><u>INTERVENCIONES</u></b>	<b><u>SISTEMA DE ENFERMERÍA</u></b>	<b><u>EVALUACIÓN</u></b>
<p><b>Enfermera:</b></p> <p>Lograr que la paciente identifique consecuencias al ingerir periódicamente refrescos “coca-cola”, durante la lactancia materna y puerperio, desarrollar una agencia de autocuidado para la paciente.</p> <p><b>Paciente:</b></p> <p>Conocer las consecuencias de la ingesta de refrescos “coca-cola”, durante la lactancia materna, puerperio y vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar la gran cantidad de azúcares que aporta esta bebida.</li> <li>• Explicar que todos los alimentos que se incluyan en la dieta diaria serán transmitidos a su bebe por medio de la lactancia materna.</li> <li>• Sugerir la disminución de ingesta, por periodos hasta desaparecerla de la dieta diaria.</li> <li>• Dar opciones para suplir la soda por aguas de sabor, según sus preferencias dietéticas.</li> </ul>	<p>Apoyo educativo: se le otorgaran las herramientas informativas necesarias a la paciente para reducir y eliminar el consumo de refresco “coca-cola”.</p>	<p>Se Desarrolla una agencia de autocuidado con base a sugerencias educativas otorgadas durante la entrevista</p> <p>Se observa que la paciente se interesa por eliminar la soda en su dieta y se compromete a detener el consumo.</p>

futura.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proponer la interconsulta con el dentista para la valoración de caries y su resolución.</li><li>• Evitar la compra de este producto y mantenerla en casa.</li><li>• Formular el gasto económico que resulta de la compra constante de esta.</li><li>• Invitar el consumo de agua natural constante.</li><li>• Motivarla a evitar y desaparecer esta bebida en su dieta diaria.</li><li>• Informar los efectos en su cuerpo y el aumento del riesgo para desarrollar alguna enfermedad crónica degenerativa a futuro.</li></ul>		
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



**VALORACIÓN:** L.M.O.P refiere consumir verduras 2/7 y en las colaciones consume “comidas rápidas”.

**DX:** riesgo de alteración de niveles de hemoglobina **R/C** falta de apego a las recomendaciones del plato del bien comer, alimentos ricos en hierro, nutrientes y alto consumo de “comidas rápidas”

<b><u>PLANEACIÓN</u></b>	<b><u>INTERVENCIONES</u></b>	<b><u>SISTEMA DE ENFERMERÍA</u></b>	<b><u>EVALUACIÓN</u></b>
<p><b>Enfermera:</b></p> <p>Conseguir que la paciente incluya alimentos ricos en hierro, nutrientes y disminuir e incluso desaparecer el consumo de “comidas rápidas”. Desarrollar una agencia de autocuidado para la paciente según sus preferencias dietéticas.</p> <p><b>Paciente:</b></p> <p>Conocer los beneficios de aumentar los alimentos ricos en hierro y nutrientes durante</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar recomendaciones alimenticias en base al plato del bien comer.</li> <li>• Motivar un cambio de presentación en las verduras.</li> <li>• Consultar con L.M.O.P. de sus preferencias dietéticas.</li> <li>• Otorgar diferentes opciones de guisar verduras.</li> <li>• Dar beneficios del consumo de verduras.</li> <li>• Sugerir el consumo de verduras verdes.</li> <li>• Informar efectos colaterales de</li> </ul>	<p>Apoyo educativo: se le otorgaran las herramientas informativas necesarias a la paciente para corregir sus hábitos alimenticios.</p>	<p>Durante la entrevista se desarrolla una agencia de autocuidado logrando el interés de la paciente a incorporar alimentos ricos en hierro y nutrientes.</p> <p>Menciona que detendrá el consumo de “comidas rápidas”</p>

<p>la lactancia materna y el puerperio.</p> <p>Optimizar su autocuidado.</p>	<p>ingerir “comida rápida”</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Disminuir la ingesta gradualmente hasta llegar a eliminarla.</li><li>• Proponer nuevos alimento en las colaciones.</li><li>• Revalorar durante el puerperio con laboratorios.</li></ul>		
------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

## **XII) PLAN DE ALTA**

- \* Orientar de lactancia materna para evitar su abandono
- \* Adecuar la alimentación en la lactancia materna de acuerdo a sus posibilidades económicas
- \* Informar sobre el consumo de agua durante la lactancia y puerperio
- \* Prevención de infecciones puerperales
- \* Explicar cuidados perianales
- \* Definir datos de alarma en el puerperio
- \* Brindar consejería de planificación familiar
- \* Seguimiento longitudinal del bebe
- \* Para bienestar materno se le explican cuidados del recién nacido
- \* Puntualizar en la posibilidad de depresión pos-parto
- \* Cita en 7 días
- \* Cita abierta a urgencias

### **XIII) CONCLUSIONES**

El presente estudio de caso tuvo como objetivo demostrar las intervenciones de la enfermera perinatal ante una adolescente cursando por puerperio fisiológico inmediato posparto con una adecuada adaptación basada en el modelo de Dorothea Orem, se detectan los requisitos alterados e identifican las capacidades que se valoran en este momento a la paciente y con los conocimientos de las enfermeras perinatales se les orienta y da consejería para optimizar esas capacidades.

También la enfermería perinatal puede otorgar cuidados de manera integral, lo que significa que tenemos la visión para ofrecer consejería para los cuidados de las familias y cubrir sus inquietudes.

Prevenir complicaciones en el puerperio es de gran ayuda e importancia pues un gran porcentaje de hemorragias posparto son por la falta de cuidados que tiene el personal durante el puerperio, lo que las expone a riesgo de hemorragia.

Una vez que estas son egresadas de la institución que las atiende se informan acerca de su alimentación para el mantenimiento y funcionamiento de su bebe y ella.

Así teniendo como resultado una grata experiencia al inicio de este estudio de caso, sin dudas para su autocuidado y cuidados de su nuevo integrante de la familia, involucrando al trinomio en armonía.

#### XIV) BIBLIOGRAFIA

(s.f.). Obtenido de

[http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19\\_S2A1ES.pdf](http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19_S2A1ES.pdf)

(s.f.). Obtenido de

[http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/breastfeeding\\_20100730/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/breastfeeding_20100730/es/)

(2012). *Apoyo Vital Avanzado en Obstetricia*. American Academy of Family Physicians.

Cunningham-Leveno. (2011). *Williams Obstetricia - 23ª edición*. McGraw-Hill.

Elizabeth, F. M. (2015). *Guía de Lactancia Materna*. Granada: Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano. Obtenido de <http://docplayer.es/1680362-Guía-de-lactancia-materna.html>

(2011). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica*. México: INEGI-CONAPO.

(2012). *Enferm. univ vol.9 no.3*. México. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632012000300002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300002)

(2015). *Escuela Nacional de la Dinámica Demográfica*. Aguascalientes, Ags.: Boletín de Prensa Núm. 271/15.

H, S. (2008). *Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos*. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, Ginebra. Obtenido de <http://apps.who.int/newborn/gpcom/es/>

(2016). *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2. (2013).

*Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud*. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3.

(2014). *Rev Cubana Med Gen Integr vol.30 no.2* . Ciudad de la Habana. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200004)

(2015). *Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.23 no.5*. Ribeirão Preto. Obtenido de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000500829&script=sci\\_arttext&tIng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000500829&script=sci_arttext&tIng=es)

(2011). *Teorías y Modelos Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado*. CDMX: Antología ENEO.

(2014). *Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*. GPC IMSS-052-08 .

## XV) ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA PERINATAL**

### INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

Fecha de elaboración 15/octubre/2015 Servicio sala de partos Enfermera Perinatal Karina Rico Galindo

#### I. DATOS GENERALES

Nombre: LMOP Edad: 19 años Estado Civil Casada Escolaridad Secundaria  
Ocupación Al hogar

Peso inicial 46 kg Peso actual 52.500 kg Talla 1.53mtrs. Grupo y Rh: "O" +  
Religión Católica

Lugar de nacimiento CDMX Residencia y tiempo CDMX – desde su nacimiento  
aquí reside Domicilio actual calle 1, Mza. 4, Lote 9, colonia Lomas de estancia  
Teléfono \_\_\_\_\_

Persona responsable (Edad, grupo y Rh, parentesco, ocupación, ingresos) , su  
esposo JEGC, 22 años, O+, chofer privado, \$8,000.00 mensuales.

#### 1. Características de la familia

Tipo de familia: Nuclear

N°. De integrantes: 2

Comunicación con: La pareja Buena Hijos N/A Otros familiares Buena

#### 2. Características de ambiente

Vivienda: Propia Ventilación: Natural Iluminación. Natural Tipo de construcción:  
Perecedero N° habitaciones: 3

Servicios intradomiciliarios:

Tipo de combustible para cocinar:

Gas, Agua, Luz, Drenaje, Iluminación artificial: Eléctrica

Convive con animales: Si Tipo de animal: Canina (vacunada y esterilizada)

Fauna nociva No Manera de recolectar la basura en su hogar en botes y  
separada

#### 3. Características de la comunidad

Pavimentación: Si Iluminación: Si Banquetas: Si Recolección de basura: Si  
Vigilancia: Si Teléfonos públicos Si Medios de transporte: Autobuses, peseros,  
taxis

Centros educativos: Kinder, primaria, secundaria, preparatoria

Centros comerciales: Si Centros de recreación: Si

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

### AIRE

1. Hábitos de salud:
  - a) higiene de fosas nasales diario
  - b) Exposición a gases nocivos: No
  - c) Si fuma, ¿Cuántos cigarros al día? No
  - d) ¿Varía la cantidad según su estado emocional? \_\_\_\_\_
  - e) Utiliza técnicas que mejoran su respiración (relajación, yoga) No
  - f) Modelos de oxigenación
2. Revisión por sistemas:
  - a) Aparato respiratorio: FC:
  - b) FR: 20 FC: 84 T/A: 110/70 Temperatura: 36.8°C  
 Nariz: Deformación No Obstrucción No Desviación No Mucosas hidratadas  
 Olfato sin alteración Epistaxis No Secreción No Sensibilidad Normal  
 Tórax y pulmones. Aparentemente normal  
 Tos No sibilancias No estertores No
  - c) Sistema cardiovascular: Aparentemente normal.
  - d) Sistema Vascular periférico: Extremidades superiores y pélvicas (temperatura, color, llenado capilar, varicosidades, uñas, edema periférico) Aparentemente normal

### LIQUIDOS

1. Hábitos de salud:
  - a) Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): litro y medio
  - b) Líquidos que le gustan/desagradan: le agrada la refrescos de cola
  - c) Preferencia en cuanto a la temperatura de los líquidos temperatura ambiente
2. Revisión por sistemas
  - a) Buena Hidratación Líquidos parenterales No

### ALIMENTOS

1. Hábitos de salud:
  - a) registro dietéticos, número de comidas al día 3  
 Días a la semana en que consume: leche 7/7 carne 3/7 huevo 3/7 verduras 2/7  
 Frutas 7/7 tortillas 6/7 pan 1/7 quesos 2/7 embutidos 1/7 sal 7/7 azúcar 7/7
  - b) alimentos que le gustan/desagradan postres y comidas rápidas- verduras
  - c) Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) ninguna
  - d) Suplementos alimenticios (vitaminas, minerales) en el embarazo curso por anemia la cual fue corregida
  - e) Problemas relacionados con la ingestión/digestión Ninguno
  - f) Uso de medicamentos relacionados con la ingestión/digestión Ninguno
  - g) ¿Qué sentido le da a la comida? (amor, recompensa, supervivencia, paliativo, aburrimiento) Convivencia
  - h) ¿Con quién come? A veces sola, con su esposo o familia
  - i) ¿Dónde come En casa
  - j) ¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación? No



2. Revisión por sistemas
  - a) Boca: dolores dentarios, sangrado de encías, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, pérdida del gusto, alitosis, dificultad para masticar, adoncia parcial o total: Piezas dentales cariadas
  - b) Garganta: dolor, disfagia, antecedentes estreptococcicas, dolor abdominal, ingestión por acidez: Negados
  - c) Aparato digestivo: náuseas, vómito, anorexia, polifagia, eructos frecuentes, dolor abdominal, indigestión por acidez: Negados

## ELIMINACIÓN

1. hábitos de salud
  - a) hábitos intestinales, vesicales, características y número de eliminaciones: dos veces al día de consistencia semilíquidas, color café oscuro, sin dolor. Micción presentes aproximadamente seis veces al día de color amarillo claro, sin datos de urosepsis.
  - b) ayudas (líquidos, alimentos, fármacos, enemas) Negados

## ACTIVIDAD Y REPOSO

1. hábitos de salud
  - a) Tipo de actividad que realiza en: Casa “aseo doméstico”  
Trabajo\_\_\_\_ Tiempo libre: Ver televisión
  - b) Modelo de sueño, hábitos, horario, características: no presenta dificultad para dormir, duerme 10 horas al día.
  - c) Descanso, tipo y frecuencia: realiza una siesta de 1 hora al día.
2. Revisión por sistemas
  - a) Sistemas musculoesquelético: fuerza, debilidad, tono muscular, gama de movimientos, dolor, fatiga, rigidez, tumefacción, deformaciones: al momento aparentemente sin alteraciones.
  - b) Sistema neurológico: estado de conciencia, entumecimiento, hormigueo, sensibilidad al calor, frío, tacto, movimientos anormales, parálisis, vértigo, cefalea, alteraciones de la memoria, reflejos: sin alteración al momento

## PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD

1. Hábitos de salud
  - a) Baño cada diario cambio de ropa diario aseo bucal 24/hrs dos veces  
Aseo de manos 24/hrs cada vez que lo considera necesario aseo perineal diario
  - b) ¿Qué significa para usted la limpieza? (autoimagen, reflejo del estado emocional, relación o comunicación con los demás) bienestar emocional
  - c) Utiliza productos específicos para el autocuidado? Si, los productos de higiene comunes ( jabón, shampoo, desodorante, perfume, crema corporal, entre otros)
2. Revisión por aparatos y sistemas

- a) Piel: erupción, heridas, turgencias, protuberancias, masas, cambio de color, olor: hasta el momento no se presentan
  - b) Pelo: distribución, cantidad, parásitos: cabello bien implantado sin presencia de parásitos
  - c) Uñas: lesiones, alteraciones: uñas limpias y cortas
  - d) Mamas: tamaño, simetría, masas, secreciones, pezón, ganglios: simétricas, pezón formado, lactogénesis y lactopoyesis presente
  - e) Genitales: erupciones, irritaciones, secreción anormal, várices, prurito, ardor, inflamación, tumoración, características del cérvix: un aligera laceración en mucosa vaginal.
- f) INTERACCION SOCIAL
- 1. Hábitos de salud
    - a) Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación, barreras idiomáticas, tartamudeos): comunicación clara sin barreras de idioma  
No verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz) todos presentes
    - b) Utiliza mecanismos de defensa (negación, inhibición, agresividad, hostilidad): Expresa enfado con los demás en situaciones de tensión en su vida y habla con las personas
    - c) Interacciones sociales pertenece a algún grupo social, deportivo, cultural: ninguno
  - 2. Revisión por sistemas
    - a) Oído: dolor, secreción, tinutis, aumento o disminución de la audición: sin alteración al momento
    - b) Ojos: dolor, lagrimeo, secreción, simetría, pupilas, edema: sin alteración al momento
    - c) Vista: lentes de corrección, visión borrosa, ceguera nocturna, daltonismo: sin alteración al momento

## **RIESGOS PARA LA VIDA, FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO**

- a) Prácticas de seguridad personal
  - Conoce las medidas de prevención de accidentes en: Trabajo no aplica  
Calle: si
  - ¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y medidas terapéuticas, Papanicolaou, mamografía? No se ha realizado un Papanicolaou
  - ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? Si, por ejemplo tener una alimentación saludable.
  - ¿De qué manera refleja las situaciones de tensión en su vida? (Enfadarse consigo misma, con los demás, culpa a otros, habla con las personas, se siente ansiosa, reza, lee, escucha música, se infravalora, se vuelve sumisa o activa, otros): Expresa enfado con los demás en situaciones de tensión en su vida y habla con las personas

¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su autoimagen? Negado

¿Es usted alérgica a algún medicamento o alimento? Negado

¿Ha tenido alguna alteración con su Sistema Inmunológico? Negado

¿Ha tenido historia de enfermedades de transmisión sexual, transfusiones, antecedentes de lesiones? Negado

¿Cuáles son sus hábitos respecto a las drogas, alcohol, tabaco, café, té, bebidas de cola, medicamentos? Bebidas de cola todos los días

b) Concepto/imagen de sí misma

Imagen corporal: Bueno

Concepto de sí mismo: De agrado

Salud mental (actitud, afecto/estado de ánimo) se considera una persona alegre

Espiritualidad Desconoce

### III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO

Menarca	Ritmo y duración	características	Gesta (G)	Partos (P)	Aborto (A)	Obito (O)	Ecotópico (E)
13 años	Irregulares	Abundante	1	0	0	0	0

#### 1. Descripción Ginecológica:

IVSA	N°. PS	Circuncisión	Infecciones	TX	Último Papanicolaou	Cirugías	Sangrado anormal	Incontinencia Urinaria	Tumores
11 años	1	---	Negados	--	Nunca	Negados	Negados	Negados	Negados
Dispaurenia		Orgasmo	sangrado	Ultimo MPF	Tiempo de Uso		<b>FUM</b>	<b>FPP</b>	
Negado		Si	Negado	Ninguno	-----		06/01/15	13/10/15	

#### 2. Descripción de embarazos previos:

N° Gestas	Fecha P. Intergenésico	Resolución	Sexo	Peso	APGAR	Complicaciones	Defectos Al Nac.	Lactancia	Tiempo
No aplica									

### REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN A LA SALUD

A. Desviación actual

1. Percepción de la desviación

a) Motivo de la consulta: contracciones

b) Comprensión de la alteración actual si

c) Sentimientos en relación su estado actual alegría, preocupación, dolor.

d) Preocupaciones específicas el estado de su bebé y ella

2. Mecanismos de adaptación.

a) Uso previo de mecanismos de adaptación

- b) Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de los mismos
- c) Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos)

3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida:

- a) Psicológicos un nuevo integrante a la familia
- b) Fisiológicos cambios en el cuerpo
- c) Económicos menciona tener el recurso

B. Historia Previa de Desviaciones de la salud

- 1. Enfermedades en la edad adulta negados
- 2. Enfermedades de la infancia negados
- 3. Hospitalizaciones negados
- 4. Medicamentos prescritos o por iniciativa negados