

ESCUELA DE ENFERMERIA CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8715

LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA MUJER
CON PSICOSIS POSPARTO MEDIANTE LA VALORACIÓN
DE MARJORY GORDON Y EL USO DE LA NANDA, NIC Y
NOC**

QUE PRESENTA:

Gutiérrez Jasso Daniel

No. De Cuenta

412508707

DIRECTORA: Dra. Gandhi Ponce Gómez

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM

S.L.P. México. Septiembre de 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.

AGRADECIMIENTO

No existen palabras en el mundo que se acerquen a lo agradecido que estoy con mi familia, y amigos por el apoyo que me brindaron en todo momento a lo largo de este camino lleno de grandes obstáculos que de su mano logre superar uno a uno.

I. Contenido

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	2
III. OBJETIVOS	3
IV. MARCO TEÓRICO Y CONCEOTUAL	4
4.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA PSICOSIS PUERPERAL	4
4.2. FISIOPATOLOGIA	5
4.3. ETIOLOGIA	6
4.4. DIAGNÓSTICO.....	9
4.5. TRATAMIENTO.....	10
4.6. MARJORY GORDON.....	12
4.7. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.	12
V. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	15
5.1. FICHA DE IDENTIFICACION	15
5.2. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	17
5.3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.....	17
5.4. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	17
5.5. ANTECEDENTES GINECO – OBSTETRICOS	18
5.6. PADECIMIENTO ACTUAL.....	18
5.7. EXAMEN MENTAL.....	19
5.8. EXPLORACIÓN FÍSICA.....	20
VI. VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES.....	21
VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	24
7.1. LOGROS REALES ALCANZADOS.....	42
VIII. CONCLUSIONES	43
IX. BIBLIOGRAFIA.....	44

I. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. JUSTIFICACIÓN

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

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

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

III. OBJETIVOS

➤ OBJETIVO GENERAL

-Planificar y ejecutar un plan de cuidados de enfermería que integre los conocimientos teóricos- prácticos para brindar una atención con calidad y calidez en el área psiquiátrica de una manera holística y así lograr el bienestar del paciente y cumplir con el objetivo que como pasantes de enfermería se es asignado, haciendo uso de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon para la valoración de enfermería y los diagnósticos NANDA, NIC y NOC del lenguaje estandarizado para enfermería.

➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Integrar los conocimientos teórico-prácticos a través de la realización de un Proceso Atención de Enfermería en el área psiquiátrica durante la estancia del servicio social.
- Conocer las causas y la fisiopatología del trastorno psicótico agudo y transitorio posparto.
- Lograr una atención con calidad y calidez a través de las intervenciones específicas de manera holística.

IV. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.

4.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA PSICOSIS PUERPERAL.

El riesgo general es de 1-2 casos por cada 1.000 nuevos nacimientos. Se suelen describir algunos factores de riesgo. Así, se ha comprobado que el 50-60% de los casos ocurren en primíparas, y que en el 50% de los casos se asocian a complicaciones psiquiátricas perinatales¹.

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

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

Las enfermedades psiquiátricas del posparto son 5 veces más frecuentes que las del embarazo², de ahí la hipótesis del papel protector del embarazo frente a las enfermedades mentales graves.

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

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

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

4.2. FISIOPATOLOGÍA

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

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

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

- Deben ser excluidas las psicosis asociadas con eclampsia, infección, privación de alcohol o con problemas del puerperio.
- Los pacientes con trastornos delirantes monosintomáticos y con psicosis psicógena deben ser excluidos.
- Si se decide incluir como tal a las psicosis depresivas, debieran restringirse a aquellas que presentan delirios, alucinaciones, confusión, estupor, catatonía o síntomas maniformes transitorios.
- El intervalo entre el parto y la aparición de la psicosis puede ser de 14 días, un mes o tres meses.
- No es necesario que la madre esté libre de patología psiquiátrica durante el embarazo.

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

4.3. ETIOLOGÍA

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

1.- Factores heredo-constitucionales: Se insiste en el papel del "terreno", siendo el grupo de familia con historia de bipolaridad el que ofrece las relaciones genéticas más significativas. Cuando una mujer ha presentado crisis maniacodepresivas, existe un elevado porcentaje de riesgo de recaída después del parto.

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

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

3.- Factores psicodinámicos: autores hacen intervenir el rechazo del niño como uno de los factores esenciales de las melancolías puerperales: rechazo consciente (niño no deseado) o más a menudo inconsciente, que emana de la ambivalencia profunda que marca la relación madre e hijo, "rechazo combatido tanto por la culpabilidad como por el amor maternal". Se puede pensar que estas depresiones están unidas a la reactivación masiva del conflicto oral, revivido por la madre en doble identificación con su propia madre y con su hijo. Entre los factores psicosociales figura, en primer término, el conflicto provocado por la aparición de una tercera persona en el grupo familiar. La madre tiene que asumir ahora una mayor responsabilidad. Tiene que dejar de ser hija para ser ella,

a su vez, madre. Y tiene en fin, que compartir con su esposo el destino del nuevo ser que ambos han engendrado. Esta situación crítica da lugar a toda clase de ambivalencias y a un aumento de la agresividad, provocadas a veces por un complejo de castración, una falla en la resolución de la fase edípica y tendencias sádicas hacia los hombres. Naturalmente las personalidades inmaduras son más proclives a sufrir trastornos posparto.

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

- a) Rápido cambio de sintomatología
- b) Labilidad de humor.
- c) Signos confusionales

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

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

4.4. DIAGNÓSTICO

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

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

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

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

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

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

El orden de prioridad utilizado es el siguiente:

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

El comienzo agudo se define como un cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en un período de dos semanas o

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

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

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

4.5. TRATAMIENTO

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

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

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

4.6. MARJORY GORDON

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

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

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

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

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

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

4.7. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.

Marjory Gordon (20 de mayo de 1911 – 29 de abril de 2015) fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería

conocida como patrones funcionales de salud de Gordon (Gordon's functional health patterns). fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias, que particularmente pretende homogeneizar los diagnósticos de enfermería para el cuidado de la persona.

Fue la primera presidenta de la NANDA.¹ Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977. Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas o patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.¹

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.

Patrón 2: Nutricional – metabólico: Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Patrón 3: Eliminación: Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Patrón 4: Actividad – ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Patrón 5: Sueño – descanso: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Patrón 6: Cognitivo – perceptual: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto: Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Patrón 8: Rol – relaciones: Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción: Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés: Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés

Patrón 11: Valores – creencias: describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

V. PRESENTACIÓN DEL CASO

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

Las necesidades se cubrirán, empezando por las más básicas:

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

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

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

5.1. FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: C.L. R.V

Edad: 18 años

Sexo: Femenino

Religión: Católica

Lugar y fecha de nacimiento: 5 de noviembre de 1995 Querétaro Qro.

Estado civil: Unión libre

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Estudiante, Vendedora informal

Dx. Actual: Trastorno psicótico agudo y transitorio F23 de inicio en el posparto.
Puerperio fisiológico

5.2. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

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

Madre con antecedentes de depresión y ansiedad.

Tío materno con antecedentes de consumo de sustancias no especificadas.

5.3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

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

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

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

Esquema de vacunación completo.

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

5.4. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

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

Niega intervenciones quirúrgicas, fracturas y transfusiones sanguíneas.

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

5.5. ANTECEDENTES GINECO – OBSTETRICOS

Menarca a los 12 años con ritmo de 30 x 4

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

Método de planificación familiar: DIU

Fecha de ultima menstruación: Desde antes del parto

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

5.6. PADECIMIENTO ACTUAL

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

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

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

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

El pasado 27 de junio tuvo parto sin complicaciones aparentes, siendo egresada al día siguiente, refiere la madre que al llegar a casa la paciente se mostraba “normal” atendiendo a su bebe. Aproximadamente al 4 día comenzó con agresividad física y verbal contra su hermano de manera propositiva, pensamiento y conducta desorganizada, ideas delirantes de daño hacia ella y su hija, risas inmotivadas, llanto frecuente. Pensamiento incoherente, descuido de higiene y aliño, aumentando la irritabilidad y agresividad, motivo por el cual fue llevada al CESAME y valorada, refiriéndose a esta institución para su manejo hospitalario.

5.7. EXAMEN MENTAL

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

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

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

Inicio	Medicamento	Dosis	Vía	Horario
9 - 07 - 14	Olanzapina	10 mg	Oral	0 - 0 - 2
9 - 07 - 17	Clonazepam	2 mg	Oral	¼ - ¼ - ½

5.8. EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso: 63 kg

Talla: 148 cm

IMC: 30

T°: 36.2

FC: 78x'

FR: 19x'

T/A: 90/60

Dextrostix: 102 mg/dl

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

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

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

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

CUELLO: cilíndrico, sin inflamación o lesiones aparentes.

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

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

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

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

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

VI. VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES

PERCEPCION/MANEJO DE LA SALUD:

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

NUTRICIONAL/METABOLICO

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

ELIMINACION

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

ACTIVIDAD/EJERCICIO

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

SUEÑO/DESCANSO

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

COGNITIVO/PERCEPTUAL

El paciente sabe leer ni escribir.

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

AUTOPERCEPCION/AUTOCONCEPTO

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

ROL/RELACIONES

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

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

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

SEXUALIDAD/REPRODUCCION

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

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

ADAPTACION/TOLERANCIA AL ESTRÉS

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

PATRONES ALTERADOS

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

DIAGNOSTICOS PRIORISADOS

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

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

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

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

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

INTERVENCIONES (NIC)

DISMINUCION DE LA ANSIEDAD

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

ACTIVIDADES

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



INTERVENCIONES (NIC)

SUJECION FISICA

Definición: aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica o manual utilizados para limitar la movilidad física del paciente.

ACTIVIDADES

- Obtener orden medica si así lo requieren las normas de la institución, para disponer una intervención de sujeción física o para disminuir su uso.
- Proporcionar al paciente un ambiente privado aunque adecuadamente supervisado, en situaciones en las que el sentido de dignidad del paciente pueda verse disminuido por el uso de sujeción física.
- Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de sujeción mecánicos o manuales.
- Designar un miembro del personal de cuidados para que dirija al personal y se comunique con el paciente durante la aplicación de la sujeción física.
- Utilizar una sujeción adecuada cuando se sujete manualmente al paciente en situaciones de emergencia.
- Explicar al paciente y a los familiares las conductas necesarias para el cese de la intervención.
- Explicar el procedimiento, propósito y duración de la intervención al paciente y a los familiares en términos comprensibles.
- Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento.
- Colocar las sujeciones fuera del alcance del paciente.
- Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para el paciente y permitir las acciones terapéuticas correspondientes.
- Administración de medicamentos PRN para la ansiedad o agitación.
- Comprobar el estado de la piel en el sitio de sujeción.
- Observar color, temperatura y sensibilidad frecuente de las extremidades sujetadas.
- Permitir el movimiento de las extremidades en pacientes con múltiples sujeciones rotando la extracción o la aplicación de una sujeción cada vez (según lo permita la seguridad)
- Retirar gradualmente las sujeciones (una cada vez si la sujeciones son de cuatro puntos) a medida que aumente el autocontrol
- Evaluar la respuesta del paciente a la extracción de la sujeción.

INTERVENCIONES (NIC)

AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO

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

ACTIVIDADES

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



INTERVENCIONES (NIC)

PREVENCION DE CAIDAS

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

ACTIVIDADES

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



Dominio: 2 Seguridad / Protección

Clase: 2 Lesión física

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
(NANDA)**

Etiqueta (problema)

RIESGO DE ASPIRACION

Factores Relacionados

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

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



INTERVENCIONES (NIC)

PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACION

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

ACTIVIDADES

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

INTERVENCIONES (NIC)

CUIDADOS POST ANESTESIA

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

ACTIVIDADES

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



Dominio: 3 Eliminación / Intercambio

Clase: 2 Función gastrointestinal

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
(NANDA)**

Etiqueta (problema)

ESTREÑIMIENTO

Factores Relacionados

- Fármacos (Anti psicóticos)
- Confusión mental
- Actividad física insuficiente

Características Definitorias

- Dolor abdominal
- Cambios en el patrón intestinal
- Disminución de la frecuencia
- Disminución del volumen de las heces
- Distensión abdominal

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



INTERVENCIONES (NIC)

MANEJO INTESTINAL

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

ACTIVIDADES

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

INTERVENCIONES (NIC)

ENTRENAMIENTO INTESTINAL

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

ACTIVIDADES

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



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

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



INTERVENCIONES (NIC)

AYUDA AL AUTOCUIDADO

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

ACTIVIDADES

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



7.1. LOGROS REALES ALCANZADOS

A la llegada de la paciente a la unidad de intervención en crisis se mostraba demasiado irritable y coprolalica, disruptiva, con ideas de daño hacia el personal, ideas místico religiosas, alteraciones sensorceptuales y agresividad heterodirigida. Se ingresó con el diagnóstico de Trastorno psicótico agudo y transitorio con inicio en el posparto.

Posteriormente con el tratamiento y la realización de terapia electro convulsiva se observó una gran mejoría a comparación del ingreso a la institución, mostrándose más organizada, tranquila cooperadora, con lenguaje coherente y congruente, mostrando ganas de salir adelante y continuar con su tratamiento.

El papel de enfermería se inició desde el momento de su ingreso a la unidad, con la realización de cuidados asistenciales hacia la paciente, como medidas preventivas para evitar que la paciente se hiciera daño o lastimara a los demás, posteriormente se mantuvo al margen en las sesiones de TEC en las cuales desempeña uno de los papeles más importantes en el cuidado y monitorización de la realización de la terapia, la cual contribuyo como diagnóstico diferencial.

Al lograrse una mejoría notable, la enfermera contribuyo con la educación hacia la paciente sobre el manejo posterior a su egreso, brindándole información acerca de su padecimiento, la ingesta del medicamento y de los cuidados que deberá tener con su tratamiento.

DX INGRESO:

Trastorno psicótico agudo y transitorio de inicio en el posparto

DX EGRESO:

Trastorno afectivo bipolar fase manía

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA:

Ciclo de 6 sesiones con impulso bilateral y posteriormente unilateral ambos con buena respuesta motora.



VIII. CONCLUSIONES

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

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



IX. BIBLIOGRAFIA

1. Dois C.A. 2012 Depresión Postparto. Rev. Cubada de Obstetricia y Ginecología. Vol. 38 No.4 México [on line] Consultado el 12 de Febrero de 2017 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016
2. Besteiro M.E. 2001 La depresión postparto : un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas Rev. De Psicopatología y Psicología Clínica. Vol.6 No. 1 México [on line] consultado el 15 de Febrero de 2017 en <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3903>
3. Agnès A. 2003 Depresión posparto. Art. Medicina Clínica. Vol. 121. No. 17 México [on line] Consultado el 20 de Febrero de 2017 en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577530374055X>
4. Leonetti C. L. 2007 Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal: revisión de la literatura. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.15 No.4 Brasil [on line] Consultado el 10 de Febrero de 2017 en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000400024&script=sci_arttext&tlng=es
5. Leonetti C. L. 2007 Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal: revisión de la literatura. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.15 No.4 Brasil [on line] Consultado el 10 de Febrero de 2017 en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000400024&script=sci_arttext&tlng=es
6. Arranz L.L. Depresión postparto en pérdida gestacional recurrente. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Vol. 10 No. 3 México [on line] Consultado el 25 de Febrero de 2017 en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=32343>
7. Bolzán C. 2009. Maternidad Adolescente Y Depresión Posparto. Art. Intervención Psicológica Para Madres, Familias y Equipo de Salud en el contexto Hospitalario Vol.1 No. 1 México [on line] Consultado el 13 de Febrero de 2017 en http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/Junio_11/MaternidadAdolescente.pdf

8. Jadresic M.E. 2014. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Rev. Médica Clínica Las Condes. Vol.25 No.6 E.UA. [on line] Consultado el 16 de Febrero de 2017 en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>
9. Lam N. 2009. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. Art. Anales de la Facultad de Medicina. Vol.70 No.1 Perú [on line] Consultado el 11 de febrero del 2017 en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000100005
10. Contreras-P. H. 2011. Evaluación de la salud mental de madres puérperas con recién nacidos de bajo peso al nacer. Mental health assessment of postpartum mothers with newborn of low birth weigh. Revista Peruana de Epidemiología. Vol.15 No.1 Perú [on line] Consultado el 19 de Febrero de 2017 en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3750030>
11. Navas O.W. 2013. Depresión postparto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. Vol. 13 No. 608 Costa Rica [on line] Consultado el 16 de febrero del 2017 en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=47795>
12. Navas O.W. 2013. Depresión postparto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. Vol. 13 No. 608 Costa Rica [on line] Consultado el 16 de febrero del 2017 en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=47795>
13. Rosa Behar A. R. 2013. Trastornos De La Conducta Alimentaria, Embarazo Y Puerperio. Rev. Mediccasuis. Vol.26 No. 1. Colombia [on line] Consultado el 19 de Febrero de 2017 en <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/3588>
14. Tamires A. 2013. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. Digitum: Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia. Vol.12, Nº 1 España [on line] Consultado el 6 de Febrero de 2017 en <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/29572>
15. Tobón. B. L. 2015. Predictores De Depresión Posparto En Puerperas Atendidas En La Ese Municipal. Revista Internacional De Ciencias De La Salud. Vol.12 No.1 Colombia [on line] Consultado el 22 de Febrero del 2017 en <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1395>
16. Ramírez. M. F. 2013. Revisión Bibliográfica Sobre La Depresión Postparto

En Madres Adolescentes. Vol.5 No. 7 México [on line] Consultado el 12 de Febrero de 2017 en
http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/7_REVISION.pdf

17. Wolff L. C. 2009. Depresión Posparto En El Embarazo Adolescente: Análisis Del Problema Y Sus Consecuencias. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Vol.74 No. 3 Chile[on line] Consultado el 6 de Febrero del 2017 en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000300004&script=sci_arttext&tlng=pt
18. Urdaneta M. J. 2010. Prevalencia De Depresión Posparto En Primigestas Y Múltiparas Valoradas Por La Escala De Edimburgo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Vol.75 No. 5 Chile [on line] Consultado el 26 de Febrero de 2017 en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000500007&script=sci_arttext
19. Sierra J. M. 2002. Variables Asociadas Al Riesgo De Depresión Posparto. Art. Atención Primaria. Vol.30 No.2 España [on line] Consultado el 15 de Febrero de 2017 en
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702789798>
20. Aguirre R. W. 2008. Enfoque Multidisciplinario En La Depresión Posparto. Art. Ginecol Obstet Mex. Vol.76 No.6 México [on line] Consultado el 26 de Febrero de 2017 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom086h.pdf>
21. Campo A. A. 2007. Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas. Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 58 No.4 Colombia [on line] Consultado el 23 de Febrero del 2017 en
<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/437>
22. Kennedy. P. H.2003 Una Luz En La Niebla: Cuidados En Las Mujeres Con Depresión Posparto. Art. Matronas Profesión. Vol. 4 No. 13 EUA [on line] Consultado el 20 de Febrero de 2017 en
<file:///C:/Users/usuario%20HP/Downloads/vol4n13pag4-18.pdf>
23. Nardi B. 2012. Eficacia De La Terapia Cognitivo Conductual En La Prevención De La Depresión Posparto. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Vol.77 No.6 Chile [on line] Consultado el 5 de Febrero de 2017 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600005&script=sci_arttext&tlng=pt
24. Laviña C. A.2013. Relación Depresión posparto y Prácticas del parto recomendadas en la Estrategia de Atención al Parto Normal. Rev. Nure Investigación. Vol.16 No. 63 España [on line]

25. González L. I. 2001. Sexualidad femenina durante la gestación. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol.17 No.5 Cuba [on line] Consultado el 18 de Febrero de 2017 en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500015
26. Latorre-L. F. 2006. La Depresión Postparto En Madres Adolescentes. Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 57 No. 3 Colombia [on line] Consultado el 10 de Febrero del 2017 de <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/482>
27. García C. L. 2003. Ensayo Clínico Controlado Sobre El Efecto De La Psicoprofilaxis Obstétrica En La Incidencia De La Depresión Postparto. Rev. Nure Investigación. Vol. 1 No. 1 EUA. [on line] Consultado el 7 de Febrero del 2017 de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/108>
28. Rojas G. 2010 Caracterización De Madres Deprimidas En El Posparto. Rev. Médica de Chile. Vol. 138No. 5 Chile [on line] Consultado el 23 de Febrero del 2017 en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000500002&script=sci_arttext&tlng=pt
29. Canaval, G. E. 2014. Depresión Postparto, Apoyo Social Y Calidad De Vida. Rev. Colombia Médica. Vol.31 No. 1 Colombia [on line] Consultado el 12 de Febrero de 2017 de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/6914>
30. Rincón P. D. 2013. Determinantes sociales, cuidado prenatal y depresión postparto. Rev. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 56 No. 10 España [on line] Consultado el 11 de Febrero del 2017 en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501313001428>
31. Dio B. E. 1991. La Depresión En La Mujer. Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 11No. 39 España [on line] Consultado el 13 de Febrero del 2017 de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15234>
32. Medina-S. E. 2013. Diferencias Entre La Depresión Postparto, La Psicosis Postparto Y La Tristeza Postparto. Rev. Perinatología y reproducción humana. Vol. 27 No. 3 México [on line] Consultado el 18 de Febrero del 2017 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372013000300008&script=sci_arttext&tlng=pt
33. Salazar O. I. 2011. Influencia De La Visita Puerperal Temprana En La Detección Y Evolución De La Depresión Posparto. Rev. Oficial de la

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Vol.54 No.2 España [on line] Consultado el 27 de Febrero del 2017 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3437334>

34. Chávez. C. M.2008. Presencia De La Depresión Perinatal Y La Relación Madre-Infante. Estrategia Metodológica Para Una Mirada Sociocultural. Rev. Diversitas. Vol.4 No. 1 México [on line] consultado el 11 de Febrero del 2017 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982008000100009
35. Oquendo C. M. 2008. Validez y Seguridad De La Escala De Depresión Perinatal De Edinburgh Como Prueba De Tamiz Para Detectar Depresión Perinatal. Rev. Perinatología Reproducción Humana. Vol.22 No. 3 México [on line] Consultado el 4 de Febrero del 2017 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip083d.pdf>
36. Muñoz G. E. 2012. El Estrés, Uno De Los Principales Factores Psicosociales Predisponentes En El Desarrollo De La Depresión Puerperal. Rev. Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace. Vol.1 No. 103. España [on line] Consultado el 3 de Febrero del 2017 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393297>
37. Romero, E.S. 1999. Depresión Postparto En El Área De Salud De Toledo. Rev. Atención Primaria. Vol. 24 No. 4 España [on line] Consultado el 6 de Febrero del 2017 de <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=159537>
38. Matos L. 2009. Depresión Mayor En Embarazadas Atendidas En El Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev. Panam Salud Pública. Vol. 26No.4 Perú [on line] Consultado el 12 de Febrero del 2017 de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9765>
39. Lucchini R. C.2013. Efecto Del Contacto Piel Con Piel Sobre La Presencia De Síntomas Depresivos Post Parto En Mujeres De Bajo Riesgo Obstétrico. Rev. Chilena De Pediatría. Vol. 84 No. 3 Chile [on line] Consultado el 10 de Febrero del 2017 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062013000300006&script=sci_arttext
40. Gaviria. L. S. 2010. Psicopatología y Género: Visión Longitudinal e Histórica A Través del DSM. Rev. Colombiana de Psiquiatría. Vol. 39 No.2 Colombia [on line] Consultado el 18 de Febrero del 2017 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014602584>
41. Fernández V. J. 2014. Depresión Posparto. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela. Vol.74 No.4 Venezuela [on line] Consultado el 16 de Febrero

del 2017 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=740398&indexSearch=ID>

