

92

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

APLICADO A UNA PACIENTE CON:
DEFICIT DE AUTOCUIDADO RELACIONADO
AL PUERPERIO FISIOLÓGICO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A ;
LETICIA GUDIÑO SANCHEZ

ASESOR ACADEMICO: LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTES



MEXICO, D.F.

MARZO DEL 2001



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.

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCION | 1 |
| JUSTIFICACION | 2 |
| OBJETIVOS | 3 |
| | |
| I MARCO TEORICO | |
| 1.1 Aspectos generales de enfermería | 4 |
| 1.2 Formación de enfermeras en México | 5 |
| 1.3 Independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales, según Virginia Henderson | 7 |
| 1.4 Conceptualización de la Enfermería | 10 |
| 1.5 Identidad profesional | 11 |
| | |
| 2 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA | 11 |
| 2.1 Concepto | 12 |
| 2.2 Comparación del método científico con el proceso atención de enfermería | 14 |
| 2.3 Etapasa del proceso atención de enfermería | 16 |
| 2.3.1 Valoración | 16 |
| 2.3.2 Diagnóstico de enfermería | 20 |
| 2.3.3. Fase de planeación de cuidados | 24 |
| 2.3.4 Fase de ejecución | 24 |
| 2.3.5. Evaluación | 24 |

| | |
|--|-----------|
| PUERPERIO FISIOLÓGICO | 25 |
| II METODOLOGÍA | 30 |
| 2.1 Valoración | 30 |
| 2.2 Diagnóstico de enfermería | 42 |
| 2.3 Planeación | 43 |
| 2.4 Ejecución | 43 |
| 2.5 Evaluación | 45 |
| III APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA | 46 |
| 3.1 Presentación del caso clínico | 46 |
| 3.2 Valoración | 48 |
| 3.2.3 Conclusión diagnóstica de enfermería | 63 |
| 3.3 Diagnósticos de enfermería | 64 |
| 3.4 Planeación | 65 |
| 3.5 Ejecución | 66 |
| Conclusiones | 74 |
| Glosario | 76 |
| Bibliografía | 78 |

INTRODUCCIÓN

Fortalecer las actividades de comunicación educativa y social para informar adecuadamente a la población sobre las características del curso normal del embarazo, parto y puerperio, de la importancia de la atención prenatal y del reconocimiento temprano de alteraciones durante la gestación.

La información deberá incluir el acceso a los servicios de salud perinatal en los diferentes niveles de atención.

Reforzar la atención de calidad durante el puerperio y proporcionar servicios de anticoncepción y posparto con métodos que no interfieran con la lactancia materna.

En este sentido es de gran importancia a aplicar correctamente el proceso atención de enfermería siendo este un compromiso de toda enfermera su elaboración y aplicación en forma profesional.

De ahí que resulte primordial para la licenciada en enfermería y obstetricia interactuar más de cerca con el grupo de enfermería para involucrarse en los casos y detectar las necesidades presentadas en cada situación, de esta manera podrá plantear propuestas encaminadas a mejorar la forma de trabajo, pero sobre todo lograr el objetivo de elevar la calidad de los servicios de enfermería que demanda la población.

El presente proceso atención de enfermería se elaboro en cuatro capítulos, a una paciente con diagnóstico de puerperio fisiológico.

Capítulo I. Se habla de un marco referencial a cerca de la concepción de enfermería, proceso atención de enfermería y sus etapas, del modelo de Virginia Henderson y sus catorce necesidades en el cual fue basado este proceso, además de generalidades de la patología.

Capítulo II. Se desarrollo la metodología a seguir para la realización de este proceso.

Capítulo III. Se aplico el proceso atención de enfermería, en el cual se valoro a la paciente, se detectaron necesidades y formularon diagnósticos de enfermería de lo cual se plantearon intervenciones de enfermería para dar mejor atención al paciente y finalmente se evaluaron estas intervenciones.

Capítulo IV. Se realizaron las conclusiones glosario y bibliografía.

JUSTIFICACIÓN

El realizar un proceso atención de enfermería es encauzar a la enfermera en etapa de formación a integrar sus conocimientos teóricos y científicos en la planeación ideal de su atención a pacientes con problemas de sangrado trasvaginal del primer trimestre del embarazo. Y así poder crear nuestro propio modelo de atención y con la experiencia practica atender a este tipo de pacientes con el profesionalismo y ética que nos identifica y de esta forma lograr una mejor calidad de vida.

El proceso atención de enfermería se realizara en cinco etapas como son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

El trabajo se desarrollara desde definición, objetivos, metodología y el diagnostico de enfermería. clasificar, jerarquizar y fundamentar científicamente las acciones de enfermería es el objetivo de este, así como la evaluación de los resultados se obtendrán en la etapa final.

En el proceso atención de enfermería tendrá como propósito fundamental, ordenar y desarrollar todos los pasos que integran al proceso, para detectar todos los problemas del presente caso así como sus posibles soluciones o alternativas en base a los principios de la investigación que darán el soporte a dicho trabajo.

Objetivo general:

Detectar las necesidades que presenta la paciente durante el Puerperio. Mediante la elaboración de un P. A. E. Que satisfaga dichas necesidades, así dar una atención de calidad.

Objetivos específicos:

- ◆ asistir a la restauración materna del estado fisiológico y psicológico
- ◆ ayudar a los padres a la adaptación y asumir sus nuevos roles
- ◆ ayudar a los nexos padres, niño, de tal forma que se inicie una relación adecuada
- ◆ proporcionar una orientación satisfactoria y conveniente sobre el método anticonceptivo a elegir
- ◆ Promover y capacitar a las mujeres en la etapa post parto y a su autocuidado para obtener su independencia.

1.- ASPECTOS GENERALES DE ENFERMERÍA:

Cuando en México se estaba gestando la idea de preparar enfermeras de carrera, en Europa y Estados Unidos de Norteamérica ya existían enfermeras profesionales egresadas de escuelas creadas para ello. El sistema de enseñanza en México ha estado influenciado por la experiencia de enfermeras Inglesas y Norteamericanas, aunque existe también la presencia de la estrategia Francesa en el seguimiento del sistema de formación profesional en México.

El origen de la enfermería profesional se ubica con la implantación del sistema de Florencia Nightingale en 1860 en el Hospital H. Thomas de Londres, aunque en Europa desde el siglo XVII ya se daba entrenamiento a mujeres que atendían enfermos, es particularmente citada la escuela de las Diaconisas de Kaisewerk, Alemania, donde la misma Florencia se entreno.

El modelo Nightingale, centraba el proceso educativo en la practica, establecida una fusión escuela – hospital complementada la instrucción de una disciplina y una moral rigurosa, simultáneamente a la formación técnica.

En este sistema la enfermera ocupaba un lugar específico que no se confundía con él medico ni con otro tipo de personal, dando relevancia a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades.

Como consecuencia de la guerra de Secesión, se hizo evidente la necesidad de enfermeras, por lo cual surge la creación de escuelas de enfermería en 1873, se basa en el modelo Nightingale.¹

1.1.-FORMACIÓN DE ENFERMERAS EN MÉXICO

A fines del siglo pasado los hospitales no contaban con recursos humanos y materiales adecuados para el cuidado de los enfermos, a raíz de la expulsión de las ordenes religiosas, principalmente de las valiosas hermanas de la caridad en 1874.

A partir de esta fecha se acentuó la crisis en la atención hospitalaria, ya que esta quedó bajo la responsabilidad de personas sin preparación específica y sin otra motivación que la de un trabajo remunerado. Esta situación, conjuntamente con los avances científicos en el campo de la salud hacía evidente la necesidad de mejorar los servicios hospitalarios, proceso que inició como respuesta a las demandas de salud de una población creciente que implicó el establecimiento del Hospital General de México por el Dr. Eduardo Liceaga.

Desde el inicio del proyecto en 1882 se destacó "la necesidad de capacitar enfermeras profesionales y crear una escuela de enfermería anexa al hospital", como ya sucedía en Londres y Nueva York para ello se consideró la posibilidad de enviar algunas jóvenes a prepararse a Estados Unidos o a Europa, sin embargo no se tiene conocimiento de esto se hubiera realizado durante esos años.

La estrategia seleccionada para capacitar al personal de enfermería fue contratar enfermeras Norteamericanas recibidas que hablaran español, existiendo evidencias al respecto en los documentos consultados en HSSA a partir de 1896.

Por acuerdo en 1898 del presidente Porfirio Díaz la primera "escuela practica y gratuita de enfermeros" se estableció en el Hospital de Maternidad e Infancia. Pensada para personas de ambos sexos los requisitos fueron " bastante cultura social, sentimientos humanísticos, trato afable con los enfermos, instrucción primaria, en caso de las mujeres estudios de normal u obstetricia y los hombres escuela preparatoria o haber desempeñado un empleo en las oficinas públicas.

Los primeros profesores de esta escuela fueron los señores Alfredo y Lillie Cooper. Ambos estudiaron en la escuela medico y quirúrgica de entrenamiento para enfermeras, en Battle Creek, Mich. Más tarde el Dr. Liceaga selecciono a dos enfermeras Norteamericanas en 1900 para ocupar el puesto de estos.

La primera Rose Crowder señala que la enseñanza de la enfermería debía iniciarse inculcando orden, la limpieza y uso de uniforme para continuar con los procedimientos

La segunda enfermera Rose Warden, estableció con el Dr. Liceaga el plan de trabajo y un reglamento.

En 1905 al inaugurarse el Hospital General, la srta. Dato fue nombrada jefe de enfermeras, y la enfermera mexicana Sara Delgado secretaria de la jefatura.

La escuela de enfermería sé inaugura dos años después del hospital. En el reglamento se establece que la carrera se haría en tres años, el plan muy semejante al francés de la época. El establecimiento de la escuela de enfermería obedeció, a un factor externo del mismo grupo de enfermeras: " la necesidad de proveer al nuevo hospital de enfermeras instruidas y convenientemente educadas" para atender a los enfermos.¹

¹ Op. Cit. P. 26

I.2.- INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES, SEGÚN VIRGINIA HENDERSON.

Según esta verosimilitud, se puede ver la influencia de Maslow, ya que Henderson presenta una lista de necesidades fundamentales de la persona. Fue en 1955, que Henderson precisa, por primera vez, su visión de la disciplina enfermera.

Según la concepción de Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Estas personas podrían llevar a cabo estas actividades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios (Henderson y Nite, 1978). El objetivo de la profesión enfermera es, pues, conservar y restablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales (Adam, 1991; Henderson, 1964).

Si la función específica de la enfermera consiste en suplir, en la persona, lo que le falta para ser completa, entera o independiente, los modelos de intervención de que dispone la enfermera son los siguientes: Reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar y aumentar, la voluntad o el conocimiento de la persona. Cuando la persona no puede satisfacer sola una necesidad, la enfermera dirige su atención a la zona de dependencia o la fuente de dificultad tratando de suplirla y ayudar a mantener su integridad (Adam 1991). El juicio clínico de la enfermera la lleva a reconocer las necesidades insatisfechas y las fuentes de dificultad relacionadas (Fulton, 1987). Las consecuencias esperadas son, a corto plazo, recobrar la independencia en la satisfacción de sus necesidades o, en ciertas situaciones, una muerte tranquila (Adam, 1991).

Henderson (Henderson y Nite, 1978) postula que la persona es un todo complejo presentando catorce necesidades fundamentales; cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológicas y psicosocioculturales. Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales y desea alcanzarla. Según Henderson, una necesidad es un requisito más que una carencia (Adam, 1991). Las necesidades comunes a toda persona, enferma o sana, son; respirar normalmente, beber comer adecuadamente, moverse y mantener una posición adecuada, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener una temperatura corporal normal, estar limpio y aseado, evitar los peligros del entorno, comunicarse con otras personas, practicar su religión y actuar según sus creencias, ocuparse de manera que se sienta útil, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad (Henderson, 1966).³

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

1. Respirar.
2. Alimentarse e hidratarse
3. Eliminar.
4. Moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada).
5. Dormir y reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable).
6. Vestirse y desnudarse.
7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales.

³ Kerovac Suzanne. "El pensamiento enfermero" editorial Masson- Salvat. Barcelona 1995. Pag. 28-29

8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.
9. Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental).
10. Comunicar con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)
11. Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.
12. Preocuparse de su propia realización (y en conservar su propia estima).
13. Recrearse.
14. Aprender.⁴

Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas pueden descubrirse las dimensiones biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual

Henderson no ha presentado una definición formal de la salud y del entorno. Sin embargo, podemos deducir de sus escritos que:

LA SALUD: es la capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente sus catorce necesidades fundamentales (Runk y Quillin, 1989). Es la satisfacción de las necesidades fundamentales en toda su complejidad la que mantiene la integridad de la persona.

Igualmente podemos deducir que:

EL ENTORNO: según Henderson, es la naturaleza o el medio que actúa de manera "positiva" o "negativa" sobre la persona (RUNK Y Quillin, 1989). Con esta óptica, la enfermera se esfuerza en crear un entorno favorable a la salud.

PERSONA: responde a la definición de ser humano es un individuo único e irremplazable que se encuentra en un proceso continuo de progresión, evolución y cambio.⁵

⁴ seminario de proceso de atención de enfermería. Material de apoyo UNAM pag 82-83

⁵ Op Cit. Pag. 29

I.3.- CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

"La enfermería como disciplina implica procesos de investigación, una practica, una enseñanza específica; no surge por si misma sino a la luz de otras disciplinas, sin embargo su interés por el cuidado a la salud humana, su crecimiento a través de la investigación en un proceso de consolidación como disciplina"

"Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifica metas comunes para realizar y mantener la salud".

"ENFERMERÍA ES DEFINIDA COMO EL ARTE Y LA CIENCIA DEL CUIDADO INTEGRADO Y COMPRENSIVO".

"Enfermería es un ARTE por que requiere que la enfermera perciba el significado del momento para que la persona que ella cuida, y pueda rápidamente entender y actuar"

"Enfermería es una CIENCIA porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de enfermería".

"Enfermería es CUIDADO INTEGRADO porque incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único".⁶

⁶ Op Cit. Pag 29

I.4.- IDENTIDAD PROFESIONAL

Muchos factores han influenciado la profesión de enfermería y su identidad a través de los años. Los orígenes históricos y tradicionales de la enfermería están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares. El status de la mujer y el nivel de desarrollo tecnológico en la sociedad han influenciado y continuarán influenciando fuertemente la identidad profesional de la enfermera.

“La profesión de enfermería vive hoy un momento de oportunidades y desafíos únicos, mientras más se desarrollan los sistemas de salud y se vuelven más complejos y costosos más imperativa se hace la necesidad de desarrollar al profesional de enfermería, como también a otros miembros del equipo de salud”.⁷

2. - PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente, es indispensable establecer una serie de pautas que, en su conjunto, constituyen el **proceso de atención de enfermería**. Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente. Cabe destacar, sin embargo, que tales etapas, aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad está íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente.

⁷ Ibidem Kéravac . Pag. 29

I.4.- IDENTIDAD PROFESIONAL

Muchos factores han influenciado la profesión de enfermería y su identidad a través de los años. Los orígenes históricos y tradicionales de la enfermería están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares. El status de la mujer y el nivel de desarrollo tecnológico en la sociedad han influenciado y continuaran influenciando fuertemente la identidad profesional de la enfermera.

“La profesión de enfermería vive hoy un momento de oportunidades y desafíos únicos, mientras más se desarrollan los sistemas de salud y se vuelven más complejos y costosos más imperativa se hace la necesidad de desarrollar al profesional de enfermería, como también a otros miembros del equipo de salud”.⁷

2. - PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente, es indispensable establecer una serie de pautas que, en su conjunto, constituyen el **proceso de atención de enfermería**. Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente. Cabe destacar, sin embargo, que tales etapas, aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad está íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente.

⁷ Ibidem Kéravac . Pag. 29

2.1.- CONCEPTO:

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático por que cuenta con cinco pasos secuenciales e interrelacionados valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en los cuales se realizan acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo. Está caracterizado por su humanidad por el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica de la forma que los intereses e ideales únicos del consumidor y de las personas significativas para él reciban la mayor consideración.

El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del paciente.

Tendrá la satisfacción de lograrlos objetivos finales de los cuidados de enfermería:

Los objetivos y características de la atención de enfermería son muy diversos y variados, tanto como lo son las personas, familias o comunidades destinatarias de la misma, sus problemas de salud que presenten. Desde una perspectiva holística, que toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, se deben tener en cuenta, pues, las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano.

Cualquier factor que implica o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea interno (individual) o bien externo (ambiental), priva al individuo de su total autonomía y puede requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio.

- Promover, mantener o restaurar la salud, o, en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.⁸

⁸ Ibídem Pag 136

2.2 - COMPARACIÓN DEL METODO CIENTIFICO CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

| PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA | MÉTODO CIENTIFICO |
|-----------------------------------|--|
| Identificación de las necesidades | Planteamiento del problema |
| Diagnostico de enfermería | Construcción de un modelo teórico |
| Planteamiento de cuidados | Deducción de consecuencias particulares |
| Implementación de del plan | Prueba de las hipótesis |
| Evaluación ⁹ | Inducción de las conclusiones en la teoría ¹⁰ |

⁹ Ibidem. SUA. ENEO. 1996. Pag. 138

¹⁰ Antología "Investigación clínica de enfermería" SUA. ENEO. 1996 Pag. 7-10

**COMPARACIÓN DEL METODO CIENTIFICO CON EL PROCESO
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

| MÉTODO CIENTIFICO | PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA |
|---|--|
| 1. - Observación (identificación del Problema). | 1. - Recolección y selección de datos: |
| | Por medio de fuentes: directa e indirecta |
| II.- Formulación de hipótesis. | Paciente, expediente, familia comunidad, equipo de salud, bibliografía. |
| | II.- Conclusión de estado del paciente; familia y comunidad. |
| III.- Prueba de hipótesis | Problemas reales potenciales, jerarquización de necesidades. |
| IV.- Soluciones sobre los resultados de la hipótesis. | III.- Planteamiento de los cuidados contiene los objetivos de las actividades. |
| | IV.- Implementación del plan. Las notas y registros para dar atención de |
| V.- Evaluación. ¹¹ | |
| | V.- Evaluación. Aspecto : Efecto, Esfuerzo, Eficiencia. Sirve para retroalimentar las etapas y el producto de la calidad prestada. ¹² |

¹¹ Ibidem Pag. 138

¹² Ibidem Pag 7-10

En el aspecto didáctico se utiliza la teoría psicodinámica del aprendizaje en la cual el estudiante está en constante adaptación con el medio ambiente.

- 1.- El método científico es aplicado a las acciones de enfermería por medio del P.A.E. (Proceso Atención de Enfermería).
- 2.- Marco Teórico de referencia.
- 3.- Estudio del caso.
- 4.- Aplicación directa con el paciente, familia o comunidad.

2.3. -ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.3.1 VALORACIÓN

La fase de valoración es la etapa inicial del proceso de enfermería y requiere la máxima exactitud posible tanto en los datos obtenidos del paciente con el fin de obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud, como en los resultados de los análisis y demás estudios que se efectúen para evaluar su estado de salud y sus necesidades.

La obtención de datos, basada en la información recogida durante la entrevista al paciente, es un punto fundamental de la fase de valoración. Un interrogatorio efectuado en clima de confianza con el paciente, atendiendo todas sus inquietudes, permite elaborar una correcta historia clínica.

En la etapa de valoración, además de averiguar todo lo relacionado específicamente con el motivo de consulta, debe procurarse la obtención de datos que, a modo de sugerencia, recojan información sobre los siguientes ámbitos:

- Información de carácter general: nombre, edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, etcétera.
- Características personales: idioma, raza, religión, nivel socioeconómico, nivel de educación, ocupación, etcétera.
- Hábitos: estilo de vida, tipo de alimentación, hábitos de defecación, pautas habituales de ejercicio o actividad física, hábitos de descanso, relajación y sueño, higiene personal, ocio y actividades recreativas, etcétera.
- Sistemas de apoyo: familiar, comunitario y social.
- Antecedentes personales y familiares relacionados con la salud: antecedentes hereditarios, enfermedades pasadas y actuales, embarazos, intervenciones quirúrgicas, accidentes, etcétera.
- Estado físico: Constantes vitales: pulso, temperatura corporal, presión arterial, frecuencia respiratoria.
Peso y talla.
- Funciones fisiológicas: estado de conciencia, patrones de respiración, alimentación, excreción, sueño, movimiento, etcétera.
- La exploración física, en la cual se combinan los procedimientos básicos de inspección, auscultación, palpación y percusión, es un paso crucial para establecer la situación actual del paciente
- Datos biológicos: grupo sanguíneo y Rh, déficit sensoriales o motrices, alergias, uso de prótesis, resultados de pruebas disponibles, etcétera.

- Datos psicosociales: nivel de estrés, ansiedad, sufrimiento o confort, estado emocional y mental, situación de crisis, grado de autonomía, nivel de comunicación, adaptación personal y cultural, etcétera.

La segunda fase del proceso de enfermería corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. Su finalidad consiste en determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan. Se trata, pues, de elaborar el diagnóstico de enfermería, punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos. Por otra parte, la precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario.

Básicamente, en esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran las necesidades del ser humano, pueden determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y los potenciales, aparentes y no aparentes, que permitan conformar un cuadro global de la situación. Para ello, hay que considerar atentamente los hechos, comportamientos, signos y síntomas; identificar las relaciones existentes entre los diversos elementos

FUENTES DE INFORMACIÓN

La obtención de datos para la fase de valoración tiene como base la entrevista al paciente, de quien, siempre que sea posible, surge la información primaria, pero también se debe aprovechar la información procedente de otras fuentes, como son las aportaciones de familiares y acompañantes que complementen las averiguaciones y que, en determinados casos, constituyen la única fuente veraz disponible.

La recopilación de datos procedentes del interrogatorio y la exploración de paciente debe ser metódica y tan completa como sea posible en cada ocasión, a fin de poder efectuar una valoración basada en un cuadro completo de la situación, siendo conveniente complementar la información con las aportaciones de otros integrantes del equipo de salud y expertos con conocimientos específicos en determinados ámbitos, cuya participación en esta fase del proceso de enfermería permite elaborar un análisis crítico mejor fundamentado.

LA OBSERVACIÓN: Es el acto de percibir mediante atención dirigida y cuidadosamente analítica; comprende tanto un acto de percepción como un proceso conceptual, requiere de una disciplina entrenada y emplea los cinco sentidos; el oído, la vista, el olfato, el tacto, y con menor frecuencia el gusto.

INSPECCIÓN: Consiste en el examen visual del paciente con miras al descubrimiento de rasgos físicos significativos.

PALPACIÓN: Es la operación consistente en examinar el cuerpo, utilizando el sentido del tacto, para apreciar las características de las estructuras corporales subyacentes a la piel.

PERCUSIÓN: Es útil para averiguar la existencia de una masa sólida, como un tumor, dentro de un órgano hueco; se utiliza para apreciar la cantidad relativa de aire o de material sólido presente en los pulmones.

AUSCULTACIÓN: Se define como la operación de oír los sonidos producidos por los diversos órganos del cuerpo con objeto de descubrir desviaciones con respecto al sonido normal. Los pulmones y el corazón son órganos auscultados con mayor frecuencia.

2.3.2.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN:

El diagnóstico de enfermería consiste en un juicio clínico sobre un individuo. Una familia o una comunidad, basado en la recogida de datos realizada en la etapa de valoración y su posterior análisis, que permite al personal de enfermería establecer las actuaciones comprendidas dentro de su ámbito de responsabilidad. Como requisitos elementales, el diagnóstico de enfermería debe de terminar, de forma concisa, el estado de salud del paciente, el problema que presenta o que se aprecia como previsible, sobre la base de datos objetivos y subjetivos que pueden confirmarse, indicando el juicio que resulta de la identificación e interpretación crítica de un patrón o conjunto de síntomas y signos.

FORMULACIÓN

Cada diagnóstico de enfermería consta de dos partes: en una se expresa el problema o la situación que se ha identificado, mientras que la otra se intenta determinar su probable origen.

- Primera parte: comprende el enunciado del diagnóstico y se refiere a la alteración, dificultad o situación que determina el personal de enfermería en la fase de valoración.

Se trata de un problema de salud que intentará prevenir o corregir mediante los pertinentes objetivos de la intervención terapéutica; cabe destacar sin embargo que existen excepciones, puesto que algunos diagnósticos comprenden situaciones o patrones de normalidad.

- Segunda parte: corresponde a los "factores relacionados", o sea, la etiología presumible. Se trata de elementos internos y externos (Fisiológicos, medioambientales, socioculturales, psicológicos o espirituales) que puedan provocar, contribuir o participar en la génesis de la situación determinada.

Dado que generalmente el diagnóstico se refiere a un problema de salud, tales factores deben tomarse en consideración para prevenir, minimizar o aliviar dicha situación Anómala, tomando en cuenta que cabe la posibilidad de que se requieran actuaciones diferentes para tratar un mismo problema.

En algunas ocasiones, en vez de factores relacionados se mencionan "factores de riesgo", cuando el diagnóstico hace referencia a la posibilidad de desarrollo de una determinada alteración.¹³

¹³ Baily Ralfenspenger Ellen "Enciclopedia de la enfermera" Tomo I Editorial "Oceano" España 1998 Pag. 2-5.

DETERMINACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

La determinación de las intervenciones de enfermería para diagnósticos de enfermería específicos implica determinar las acciones o actividades de enfermería que lograrán los resultados esperados establecidos. Esto es ¿qué va a hacer usted para reducir o resolver cada uno de los diagnósticos que ha identificado?

A continuación hay tres preguntas importantes a formular cuando se determinan las intervenciones de enfermería para los diagnósticos de enfermería.

1. ¿Cuál es la causa etiología del problema?
2. ¿Que puede hacerse para eliminar o minimizar la causa?
3. ¿Cómo puedo ayudar al cliente a alcanzar los resultados esperados?

A fin de determinar las intervenciones de enfermería para los diagnósticos de enfermería reales o potenciales, debe identificar su etiología y decidir qué puede hacerse para reducirla o eliminarla.

Cómo determinar las intervenciones de enfermería para los diagnósticos de enfermería reales, potenciales y posibles.

Para un diagnóstico de enfermería real.

1. Estudiar la etiología (cláusula que sigue a "relacionado con") e identificar las actividades que reducirían o eliminarían los factores contribuyentes.
2. Planificar un régimen para realizar frecuentes valoraciones focalizadas de las manifestaciones clínicas para controlar el estado de los signos y síntomas del problema.

Para un diagnóstico de enfermería potencial.

1. Estudiar la etiología y determinar las intervenciones que reducirían o eliminarían los factores contribuyentes.
2. Planificar un régimen para realizar frecuentes valoraciones focalizadas para asegurarse de que no han aparecido manifestaciones clínicas que cambien el estado del diagnóstico, de potencial a real.

Para un diagnóstico de enfermería posibles

Identificar métodos de recogida más datos sobre el posible diagnóstico para determinar si existe cualquiera de las manifestaciones clínicas o factores contribuyentes del diagnóstico.¹⁴

¹⁴ Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. 2da Ed. Editorial Mosby / Doyma. M. España 1998
Pag.122-124

2.3.3.- FASE DE PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Es una etapa fundamental del proceso de enfermería en la cual se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y se determinan los objetivos propuestos y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecución.

2.3.4.- FASE DE EJECUCIÓN

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir el paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.¹⁵

2.3.5.-FASE DE EVALUACIÓN

Esta constituye la última etapa del proceso de enfermería, corresponde a una actividad constante y compleja de cuyo cumplimiento depende la oportunidad reorientación del plan terapéutico, con la introducción de las modificaciones necesarias en función de los resultados obtenidos con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados recibidos.

Atendiendo a lo expuesto, la formulación del diagnóstico de enfermería consta de dos partes unidas por la expresión "relacionado con", indicando así el problema que presenta el paciente y los factores que contribuyen al mismo; cuando no pueda precisarse la existencia de factores relacionados, en la segunda parte de la formulación resulta útil emplear la frase "etiología desconocida"¹⁶

¹⁵ *Ibidem.* Ralfenspenger. Pag 9

¹⁶ Bruner L. S. Manual de enfermería Médico Quirúrgico. Volúmen 1 4ta Ed Editorial Interamericana.

PUERPERIO FISIOLÓGICO.

CONCEPTO: El puerperio es el periodo de ajuste posterior al embarazo y parto durante el cuál los cambios físicos y fisiológicos por el embarazo se revientan.

Sucesos funcionales del puerperio: la evolución del útero se inicia después del parto y se completa alrededor de las seis semanas del puerperio, principalmente como resultado de la disminución del tamaño individual de las células miométrales.

La persistencia de escaso tejido conjuntivo y aumento de la vascularidad son permanentes hasta cierto grado.

La regeneración del endometrio se completa alrededor de la 3ª semana del puerperio.

La regeneración del sitio o leche placentario se completa hasta la 5ª ó 6ª semana.

Los loquios rojos, la secreción sanguinolenta que se elimina se vuelve serosa y de color más claros (loquios serosos) después de 2 a 3 días.

Una semana después los loquios se vuelven mucoides y de color amarillento, debido a la inclusión de leucocitos y a los elementos deciduales desintegrantes.

La secreción habitualmente cesa de la cuarta semana después del parto.

CLASIFICACION DEL PUERPERIO.

- a) Puerperio inmediato: comprende las 24 horas posteriores al parto la paciente se encuentra agotada físicamente, además padece:
- ◆ Escalofríos
 - ◆ Somnolencia
 - ◆ Febrícula
 - ◆ Bradicardia
 - ◆ Loquios abundantes de aspecto hemático.
 - ◆ Cuagulos sanguíneos
 - ◆ Altura del fondo uterino: unos 4 cms. (2 traves de dedo) debajo de la C. Umb.
 - ◆ Utero movimiento contraído.
- b) Puerperio mediano: comprende de las 25 horas posteriores al parto hasta los 8 días la paciente se encuentra ya recuperada a la exploración se encuentra:
- ◆ Temperatura y pulso normales
 - ◆ Loquios serohemáticos
 - ◆ Fondo uterino progresivamente más bajos
 - ◆ Dolor a la contracción uterina
 - ◆ Puede existir depresión posparto en las mujeres que han tenido conflictos psicoemocionales durante el embarazo.
- c) Puerperio tardío: comprende de los 9 días hasta los 40 días posparto los datos clínicos son:
- ◆ El útero de tamaño normal que ocupa la cavidad pélvica-loquios muy escasos y serosos.

CAMBIOS EXISTENTES DURANTE EL PUERPERIO.

- ◆ Utero
- ◆ Cuello
- ◆ Vagina
- ◆ Aparato urinario
- ◆ Mamas
- ◆ Peso corporal
- ◆ Estado endocrino

Utero.

El útero que ha terminado pesa alrededor de 1000 gr. Regresa a su peso anterior, de 60 a 80gr. Mediante un proceso conocido como involución uterina. El útero pesa casi 500gr. Al final de la primera semana y de 300gr. Al final de la segunda semana después del parto.

Después de que el segmento inferior recupera su tono durante las primeras horas después del parto, la superficie superior del fondo se puede palpar de bajo del ombligo.

El tamaño del útero disminuye en forma rápida que al décimo o doceavo días está a nivel del borde superior del pubis y en la sexta semana por lo general ha vuelto a su tamaño normal.

Las capas más superficiales de la decidua se necrosan y descaman. El nuevo endometrio, que finalmente reviste toda la cantidad se regenera a partir del epitelio glandular restante.

El sitio de inserción de la placenta, se reduce a casi la mitad de su tamaño anterior al parto al contraerse el útero después de expulsar la placenta; se hace progresivamente más pequeño midiendo sólo tres por cuatro centímetros al final de la segunda semana se obtiene un control inmediato de la hemorragia de los senos coriódéciduales abiertos mediante compresión y torsión de los vasos sanguíneos que llegan a los mismos. Seguido por la formación de coágulos en los vasos abiertos la necrosis tisular y la costra formada se separan de la pared uterina permitiendo la curación y sin cicatrización importante.

La regeneración del endometrio se inicia al tercer día y progresa en forma rápida, el flujo uterino compuesto por sangre de los vasos del sitio placentario y desechos de la necrosis decidual, se llama loquío, el flujo de sangre para pronto cambia a loquios rojos formados de decidua necrótica y sangre persiste un flujo sanguinolento durante cuatro o cinco semanas. Los loquios serosanguinolentos son de color pardo finalmente cambian a loquios blancos serosos.

La cavidad endometrial es estéril de 6 a 24 horas después del parto normal.

Se suspende la función ovárica cíclica después de la concepción, pero los ovarios continúan secretando estrógenos y progesterona durante todo el embarazo. La mayoría de las mujeres que no amamantan a sus hijos tendrán como menstruación cuatro a seis semanas después del nacimiento.

Las que están lactando con frecuencia, aunque no en forma invariable presentan amenorrea mientras lo están haciendo.

El primer período de hemorragia puede ser mayor que una menstruación normal con frecuencia es anovoluntario para el tercero y cuarto período, la hemorragia y ovulación deben haber vuelto a la normalidad.

CUELLO

Inmediatamente después del parto, el cuello está relajado y flojo, pero recupera su tono con bastante rapidez al final de los días 10 a 14 ya está bien formado y angosto.

VAGINA

La vagina nunca recupera en forma completa su estado pregrávido, el epitelio vaginal, se observa delgado y liso como en las mujeres posmenopáusicas hasta que los ovarios empiezan a funcionar de nuevo y producir estrógenos.

APARATO URINARIO

La vejiga puede estar edematosa e hiperémica e incluso presentar áreas de hemorragia submucosa a partir del traumatismo del parto.

La hidronefrosis y el hidroúterter involucionan en forma rápida si el aparato urinario es normal en dos o tres semanas pueden desaparecer por completo.

En las primeras 12 horas después del parto se inicia una diuresis marcada en las mujeres normales, es el mecanismo mediante el cual se elimina el exceso de líquido tisular.

MAMAS

Durante el embarazo, los tejidos glandulares y ductales de las mamas son estimulados por la contracción creciente de estrógenos, progesterona, y lactógeno placentario humano, prolactina cortisol e insulina.

El tejido glandular de las mamas secreta el calostro, un líquido delgado, amarillo y alcalino, durante el embarazo tardío y los primeros días después del parto.

En el tercero o cuarto día después del parto las mamas están ingurgitadas y distendidas, firmes, sensibles y calientes y se puede exprimir leche de los pezones.

PESO CORPORAL

En el parto se presenta una pérdida de peso inmediata de 4.8 a 5.8 kg. Durante los primeros días del puerperio el peso disminuye de 1.9 a 2.4 kg. Al eliminarse el exceso de líquido.

ESTADO ENDOCRINO

Las fuentes principales de producción hormonal durante el embarazo son placenta y suprarrenales, tiroides e hipófisis anterior después del parto la secreción de hormonas cambia bastante. Después de la expulsión de la placenta disminuyen todas las hormonas, solo se pueden detectar una pequeña cantidad de gonadotropina corionica en la orina.

La producción de estrógenos es en gran parte función de la unidad feto placentaria y cesa con el parto. Ya no se puede detectar progesterona después de la primer semana la función de las suprarrenales aumenta durante el embarazo y regresa a la normalidad en forma rápida después del parto.

El parto revierte los cambios en la función tiroidea la función hipofisiaria, excepto la producción de prolactina y oxitocina que aumenta por la succión.

II.- METODOLOGÍA

El siguiente caso clínico se desarrollara con un proceso atención de enfermería utilizando el instrumento metodológico de Virginia Henderson, para la valoración clínica que permitirá construir diagnósticos de enfermería y la implementación de las intervenciones en los objetivos propuestos implementando criterios de evaluación.

La exploración física: Esta se realizara directamente al paciente observando física y psicológicamente las alteraciones que tenga por aparatos y sistemas esta exploración se realizará por medio de:

2.1.-VALORACIÓN.

En esta etapa se reunirá y examinara la información del paciente para evaluar su estado de salud describir sus necesidades y problemas.

La obtención de datos basada en la información recogida durante la entrevista es fundamental para la fase de valoración.

Un interrogatorio efectuado en clima de confianza con el paciente, atendiendo todas sus inquietudes permite elaborar una correcta historia clínica.

Se propone el siguiente instrumentos:

Guía para la valoración de las 14 necesidades básicas, siguiendo el modelo de V. Henderson.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Fecha de Admisión: _____ Hora: _____

Procedencia: Fuente de Información: _____

Fiabilidad: (1-4): _____ Miembro de la familia /persona significativa: _____

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1.- necesidades básicas de: oxigenación, nutrición, e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Necesidad de Oxigenación.

Subjetivo:

Disnea debido a _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con la respiración _____ Fumador: _____

¿ Desde cuando fuma/cuantos cigarrros al día/varía la cantidad según su estado emocional: ? _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

Necesidad de Nutrición e Hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/secas: _____

Características de uñas cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

b) Necesidad de Eliminación.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____

características de las heces, orina y menstruación _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/menstruar/orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

c) Necesidad de Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____ Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2. - Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Necesidad de Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábito de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/ fuerza: _____

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulaci3n: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Necesidad de Descanso y sue1o

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sue1o _____

Horas de descanso: _____ horas de sue1o: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿Parece insomnio? : _____

a que considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

objetivo:

Estado mental: ansiedad /estrés/lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____

Concentración. _____ Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: _____

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestida incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

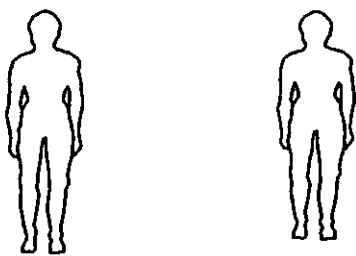
Halitosis: _____

Estado de cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____

(anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____



e) Necesidades de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante una situación de urgencia. _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____

En el hogar: _____

En el trabajo. _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

¿Como canaliza las situaciones de tensión en su vida _____

Objetivo:

Deformidades congénitas. _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3. - Necesidades básicas de: comunicación. Vivir según sus creencias y valores. Trabajar y realizar. Jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Año de relación: _____ vive con: _____

Preocupaciones/estrés: _____ familiares: _____

Otras personas que puedan ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo

Hablo claro: _____ confusa: _____

dificultad en la visión: _____ confusa: _____

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas:

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa _____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir (grupo social religioso). _____

¿permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Esta satisfecho con su trabajo? _____ ¿ Su remuneración le permite cubrir sus Necesidades básicas y / o las de su familia? _____

¿Esta satisfecho(a) con el rol familiar que juega?: _____

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso /

irritable / inquieto / eufórico: _____

Otros: _____

d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad ?

¿ Existen recursos en su comunidad para la recreación ? _____

¿ Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿ Rechaza las actividades recreativas ? : _____

¿ Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo ? : _____

Otros: _____

c) Necesidades de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ tipo: _____

Preferencias: leer / escribir. _____

¿ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad ? : _____

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo ? _____

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? : _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso. _____

Organo de los sentidos: _____

Estado emocional / ansiedad / dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones. _____

37

2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad, a procesos vitales o problemas sanitarios reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las actuaciones que permite conseguir los resultados finales que son responsabilidad del personal de enfermería. Estos diagnósticos se establecen por medio del formato PESS.

La forma preferida para expresar un diagnóstico de enfermería real consiste en escribir una frase de tres partes que comienza con el término o términos utilizados por la NANDA y PESS. Para ese probable diagnóstico seguidos del factor o factores etiológicos y complementado con los signos y síntomas.

1. Diagnósticos de enfermería reales (formulación en tres partes)

Problema + Etiología + Signos y síntomas presentes.

2. Diagnósticos de enfermería potenciales y posibles (formulación en dos partes)

Problemas + Etiología

3.- PLANEACIÓN .

Cuando se hayan identificado los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes específicos, está preparada para iniciar el tercer paso del proceso de enfermería: la planificación es el momento en que se determina como brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos. La planificación implica lo siguiente:

- Fijación de prioridades
- Establecimiento de objetivos del paciente/resultados esperados de enfermería.
- Detección de las acciones/ actividades de enfermería.
- Documentación del plan de cuidados.¹⁹

4.- EJECUCIÓN

Esta etapa corresponde a la puesta en practica el plan de actividades elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente al menos idealmente hacia la optima satisfacción de sus necesidades. Lo que implica el plan de acción;

- Valorar el estado actual de salud del paciente.
- Realizar las intervenciones y sus actividades prescritas durante la fase de planificación.
- Seguir valorando al paciente. Determinar las respuestas iniciales a sus acciones comunicar y anotar.

3.- PLANEACIÓN .

Cuando se hayan identificado los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes específicos, está preparada para iniciar el tercer paso del proceso de enfermería: la planificación es el momento en que se determina como brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos. La planificación implica lo siguiente:

- Fijación de prioridades
- Establecimiento de objetivos del paciente/resultados esperados de enfermería.
- Detección de las acciones/ actividades de enfermería.
- Documentación del plan de cuidados.¹⁹

4.- EJECUCIÓN

Esta etapa corresponde a la puesta en practica el plan de actividades elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente al menos idealmente hacia la optima satisfacción de sus necesidades. Lo que implica el plan de acción;

- Valorar el estado actual de salud del paciente.
- Realizar las intervenciones y sus actividades prescritas durante la fase de planificación.
- Seguir valorando al paciente. Determinar las respuestas iniciales a sus acciones comunicar y anotar.

| Necesidad: | |
|------------------------------|---------------|
| Dx. de Enfermería: | |
| Objetivo: | |
| Intervenciones de Enfermería | Justificación |
| | |
| Evaluación | |

5.- EVALUACIÓN

Constituye la última etapa del proceso de enfermería corresponde a una actividad constante y compleja de cuyo cumplimiento depende la oportunidad y reorientación del plan terapéutico con la introducción de las modificaciones necesarias en función de los requisitos obtenidos, con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados recibidos.

La evaluación del logro de objetivos por parte del cliente empieza con la valoración. Esto significa que tendrá que examinar, entrevistar al paciente y reunir datos para determinar su estado actual de salud.

III.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Nombre: R.M.H.

Edad: 23 años.

Clave: 134221

Fecha de ingreso: 25/09/00

Hora: 17:30 hrs.

DX. medico : Puerperio fisiológico.

Ingresa paciente femenino al servicio de alojamiento conjunto del Hospital ISSEMYM Satélite. De 23 años de edad, con antecedentes G.O. GI, PI. Con ligera palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas con facies de dolor ocasionadas por herida quirúrgica (episiotomía) con sangrado trasvagina hemático de regular cantidad.

Donde se detectan las necesidades que son las siguientes:

Necesidad de eliminación por la pérdida del sangrado trasvaginal causada por la atención del parto.

Necesidad de evitar peligros a causa de la dilatación uterina y episiotomía realizada.

Necesidad de comunicación manifestada por el desconocimiento sobre el método anticonceptivo adecuado a utilizar.

Necesidad de hidratación por el déficit de líquidos.

Necesidad de aprendizaje manifestado por el desconocimiento asociado al cuidado del recién nacido.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura manifestado por facies de dolor a causa de la episiotomía

Necesidad de descanso y sueño manifestado por dolor.

Necesidad de mantenerse limpio aseado y proteger sus tegumentos manifestado por el déficit de conocimiento sobre su auto-cuidado

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: R.M.H. Edad: 23 Años Peso: 80kgs Talla: 1.68 mts

Fecha de Nacimiento: 14 / ene /1977 Sexo: Femenino Ocupación: Hogar

Escolaridad: C. Comercial Fecha de Admisión: 25/09/00 Hora: 17:30 a.m.

Procedencia: Domicilio Fuente de Información: Directa

Fiabilidad: (1-4): 4 Miembro de la familia /persona significativa: Esposo

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición, e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Necesidad de Oxigenación.

Subjetivo:

Disnea debido a: No Tos productiva/seca: No Dolor asociado con la

respiración: No Fumador: No

¿ Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día/varía la cantidad según su estado

emocional: ? _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Temp. 36.5, Pulso 82, Resp. 18

T.A. 110/70, Llenado capilar ungueal de 2 segundos

Tos productiva/seca. No Estado de conciencia: Consciente

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: Tegumentos normales

Circulación del retorno venoso: Normal sin compromiso

Otros: Dolor abdominal asociado a la tensión del parto

b) Necesidad de Nutrición e Hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Casera Número de comidas diarias: 3

Trastornos digestivos: Ninguno

Intolerancia alimentaria/alergias: Ninguno

Problemas de la masticación y deglución: Ninguno

Patrón de ejercicio: Sedentaria

Objetivo:

Turgencia de la piel: Ligera palidez de tegumentos

Membranas mucosas hidratadas/secas: Regularmente hidratadas

Características de uñas y cabello: Normales

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Marcha lenta y dolorosa

Aspecto de los dientes y encías: Limpios y sin caries

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: episiotomía

Otros: Sangrado transvaginal de moderada intensidad.

ovulares. Sudoración de ambas palmas de las manos, ayuno de 11 horas de

evolución

c) Necesidad de Eliminación.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: No ha defeca una vez al día Características de las heces,

orina y menstruación : orina normale, eumenorreica, ritmo 30 x 5.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: No

Uso de laxantes: No Hemorroides: No

Dolor al defecar/menstruar/orinar: No

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No

Objetivo:

Abdomen/características: Plano, blando, depresible, doloroso a la palpación

Profunda en hipogastrio

Ruidos intestinales: Peristalsis presente y normal

Palpación de la vejiga urinaria: Sin globo vesical

Otros: _____

d) Necesidad de Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: No se adapta al frio

Ejercicio/tipo y frecuencia: No

Temperatura ambiental que le es agradable: Calor

Objetivo:

Características de la piel: Pálida, fría, deshidratación leve

Transpiración: Sudoración palmar

Condiciones del entorno físico: Temperatura intrahospitalaria agradable.

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Necesidad de Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo.

Capacidad física cotidiana: Actividad constante en el hogar

Actividades en el tiempo libre: T.V. y lectura

Hábitos de descanso: Sólo en su casa

Hábito de trabajo: Permanece parada mucho tiempo

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/ fuerza: Refiere debilidad por la atención del parto.

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Disminuida por agotamiento físico por atención del parto.

Posturas: Forzada

Ayuda para la deambulación: La acompaña familiar (espos)

Dolor con el movimiento: Marcha dolorosa por causa de episiotomía.

Presencia de temblores: No Estado de conciencia: Consciente

Estado emocional: Alegre y Sonriente

Otros: Adopta una postura forzada, con flexión del tronco al sentarse

ocasionada por bloqueo epidural y episiotomía

b) Necesidad de Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: 21-6hrs

Horas de descanso: 12 Horas de sueño: 9 hrs

Siesta: 15 mts Ayudas: _____

¿Parece insomnio? : No

A que considera que se deba: No

¿Se siente descansado al levantarse: Sí

Objetivo:

Estado mental: ansiedad /estrés/lenguaje:

Ojeras: Sí Atención: NI Bostezos: No Concentración: NI

Apatía: No Cefaleas: No

Respuesta a estímulos: Normales

Otros: Alto nivel de ansiedad y estrés desde el inicio del S.T.V. que sé

acompaña con dolor

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? : Sí

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? : Sí

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? :
 No

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? : No

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad:

 Sí

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: NI

Vestida incompleto: No Sucio: No Inadecuado: No

Otros: camison del Hospital

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del baño:

 Diario

Momento preferido para el baño: mañanas

Cuantas veces se lava los dientes al día: 3

Aseo de manos antes y después de comer: Sí Después de eliminar: Sí

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?

 No

Objetivo:

Aspecto general: Agradable

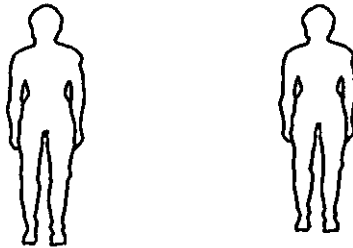
Olor corporal: Sin aroma desagradable Halitosis: No

Estado de cuero cabelludo: Reseco

Lesiones dérmicas, qué tipo: No

(anote su ubicación en el diagrama)

Otros: Uso de toallas sanitarias femeninas



e) Necesidades de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: Esposo

Como reacciona ante una situación de urgencia: Comunicación adecuada y

asistencia medico y hospitalario en este caso

Conoce las medidas de prevención de accidentes? :

En el hogar: Sí

En el trabajo: Sí

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? : No

¿Como canaliza las situaciones detención en su vida: Comunicación con su

Esposo

Objetivo

Deformidades congénitas: No

Condiciones del ambiente en su hogar: Higiénico

Trabajo: Adecuado

Otros: _____

3.- Necesidades básicas de: comunicación. Vivir según sus creencias y valores. Trabajar y realizar. Jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: Casada Año de relación: 3 Vive con: Esposo

Preocupaciones/estrés: No Familiares: No

Otras personas que puedan ayudar: Familiares cercanos

Rol en la estructura familiar: Esposa

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: Sí a su esposo

Cuanto tiempo pasa sola: Las mañanas de 7 a 20 hrs

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: Cada mes

Objetivo

Hablo claro: Sí Confusa: No

Dificultad en la visión: No Confusa: No

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas:

 Aceptable de tipo verbal y escrito

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No

Principales valores en su familia: Unión, solidaridad, apoyo, en conflictos y enfermedad

Principales valores personales: Salud, ingreso económico, educación.

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? Sí

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir (grupo social religioso): No especial

¿Permite el contacto físico? Sí

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? Imágenes religiosas católicas

Otros: Biblia

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? : No Tipo de trabajo: Hogar

Riesgos: No Cuanto tiempo le dedica al trabajo: 12hrs

¿Esta satisfecho con su trabajo? Sí ¿ Su remuneración le permite cubrir

sus Necesidades básicas y / o las de su familia? Sí

¿Esta satisfecho(a) con el rol familiar que juega: Sí

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso /
irritable / inquieto / eufórico:

calmada

d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Salir de día de campo
escuchar música.

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? No

¿ Existen recursos en su comunidad para la recreación? No

¿ Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? : No

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Normal

¿ Rechaza las actividades recreativas? : No

¿ Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo? : Participativo.

Necesidades de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: Tercero de Secundaria con Comercio

Problemas de aprendizaje: No

Limitaciones cognitivas: No tipo:

Preferencias: leer / escribir: Leer Enciclopedias

¿ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? : Sí

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? Sí.

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? : Sí

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Normal.

Organo de los sentidos: Normal

Estado emocional / ansiedad / dolor: Normal.

Memoria reciente: Adecuada

Memoria remota: Adecuada

Otras manifestaciones: _____

3.2.3.-CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

| | Ind. | Dep. | |
|---|------|------|---|
| Necesidad Hidratación | | X | Debido a las horas de ayuno por el Trabajo de Parto. |
| Eliminación | | X | Ocasionado por la salida de liquido sanguineo a causa de la atención del parto. |
| Evitar peligros | | X | Relacionado con la episiotomía y el cuello uterino dilatado. |
| Descanso y sueño | | X | Manifestado por facies dolorosas |
| Moverse y mantenerse en una buena postura | | X | Dolor asociado con facies de angustia |
| Limpio aseado y proteger sus tegumentos | | X | Relacionado al déficit de conocimientos sobre el cuidado domiciliario. |
| Comunicación | | X | Asociado con el déficit de conocimiento sobre métodos anticonceptivos. |
| Aprendizaje | | X | Manifestado por la falta de conocimiento en la atención al recién nacido. |

3.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

1. Necesidad eliminación.

Diagnostico de enfermería: Pérdida de Sangrado trasvaginal. Causado por la atención del puerperio fisiológico, manifestado con salida de líquido sanguineoliento.

2. Necesidad evitar peligros

Diagnostico de enfermería:, evitar infecciones uterinas y de la Episiotomía.

3. Necesidad de Comunicación

Diagnostico de enfermería: déficit de conocimiento manifestando por desconocimiento sobre el método anticonceptivo adecuado a utilizar.

4. Necesidad de hidratación:

Diagnostico de enfermería: Déficit de líquidos por ayuno prolongado manifestado por sed excesiva.

5. Necesidad de aprendizaje:

Diagnostico de enfermería: Déficit del conocimiento asociado con el cuidado del recién nacido.

6. Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura:

Diagnostico de enfermería: incomodidad por la Episiotomía manifestada por facies de angustia.

7. Necesidad de descanso y sueño.

Diagnostico de enfermería: dolor causado por contracciones uterinas y episiotomía manifestado por facies de dolor.

8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:

Diagnóstico de enfermería: déficit del conocimiento manifestado por el cuidado en su domicilio.

3.4 PLANEACION.

JERARQUIZACIONES DE NECESIDADES.

| NECESIDAD | JERARQUIZACION | OBJETIVO: |
|---|---|--|
| 1. ELIMINACION: | 1. Hidratación | Mantener un equilibrio hidroeléctrico. |
| 2. EVITAR PELIGROS | 2. Eliminación | Vigilar sangrado tras vagina en cuanto cantidad y características normales. |
| 3. COMUNICACIÓN | 3. Evitar peligros | Proteger de agentes externos que puedan causar infección uterina. |
| 4. HIDRATACION | 4. Descanso y sueño | Mitigar el dolor y favorecer el sueño y descanso. |
| 5. APRENDIZAJE | 5. Moverse y mantener una buena postura | Dar comodidad y seguridad a la paciente. |
| 6. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA | 6. Limpio, aseado y proteger sus tegumentos | Dar oportunidad que la paciente manifieste su conocimiento a través del dialogo. |
| 7. DESCANSO Y SUEÑO | 7. Comunicación | Proporcionar confianza para establecer un dialogo eficaz. |
| 8. LIMPIO, ASEADO PROTEGER SUS TEGUMENTOS | 8. Aprendizaje | Transmitir los conocimientos necesarios a la madre sobre los cuidados del recién nacido. |

3.5 EJECUCIÓN

Necesidad: Hidratación.

Dx. de Enfermería: déficit de líquidos por ayuno prolongado manifestado por sed excesiva.

Objetivo: mantener un equilibrio hidroeléctrico.

| Intervenciones de Enfermería | Justificación |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ◆ Controla la administración de líquidos por vía parenteral ingresos y egresos ◆ Iniciar la vía oral lo antes posible ◆ Vigilar S. T. U. Mediante la cuantificación y características de este pensando la toalla sanitaria antes y después del cambio. ◆ Incremento de líquidos por vía oral por la lactancia efectuada. | <p>El agua desempeña los siguientes roles:</p> <p>Mantener el equilibrio hidroeléctrico y la temperatura corporal, conserva la humedad de la piel y mucosas.</p> <p>Favorece la eliminación de los desechos metabólicos y es un componente esencial del protoplasma celular.¹⁷</p> |

Evaluación: Tolera la vía oral se suspenden soluciones parenteral, presenta diuresis espontaneo.

Necesidad: Eliminación

Dx. de Enfermería: Perdida de Sangrado trasvaginal Causado por Puerperio fisiológico. Manifestado con salida de líquido sanguíneo lento

Objetivo: vigilar sangrado trasvaginal cuanto cantidad y características normales.

Intervenciones de Enfermería

Justificación

- ◆ Vigilar diuresis en cuanto cantidad y características.
- ◆ Vigilar sangrado trasvaginal. Mediante la observación y cuantificación de sangrado de serohemático a seroso así como el cambio de toallas y su cantidad.
- ◆ Vigilar olor para detectar proceso infeccioso.
- ◆ Observar la episiotomía, sus características y su cicatrización.
- ◆ Vigilar las características en las evacuaciones si existe y si no asistirle para evitar una dehiscencia de la episiotomía o una contaminación de esta.

La excreción de desechos se produce principalmente por la orina heces, transpiración expiración pulmonar y la menstruación.¹⁸

Evaluación: El sangrado trasvaginal de hemático pasa a seroso y de mayor a menor cantidad. La episiotomía se encuentra limpia de secreción, hay evacuación espontánea

Necesidad: Evitar peligros.

Dx. de Enfermería: Proteger de agentes externos que puedan causar infección uterina.

Objetivo: Evitar infección uterina y de Episiotomía.

| Intervenciones de Enfermería | Justificación |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">◆ Asistir en la deambulación la primera vez que se levante de su cama para corroborar que no existe sensación de mareo o desmayo que pueda causarle daño.◆ La limpieza perineal es importante para evitar posibilidades infecciones.◆ Evitar la constipación en la paciente. Previene de posibles esfuerzos al evacuar y causa dehiscencia de la Episiotomía.◆ Aseo de las mamas previene posibles infecciones.◆ Verificar el fondo uterino diariamente para determinar su tono y situación. | <p>Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa.</p> <p>Para mantener su integridad física y psicológica.¹⁹</p> |
| <p>Evaluación: El útero involuciona satisfactoriamente el cuello uterino se contrae adecuadamente la episiotomía se encuentra seca y limpia no hay proceso infeccioso</p> | |

Necesidad: Descanso y Sueño.

Dx. de Enfermería: Dolor cansado por contracciones uterinas y episiotomía manifestado facies de dolor.

Objetivo: Mitigar el dolor y favorecer el sueño y descanso

| Intervenciones de Enfermería | Justificación |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">◆ La Paciente. Se debe situar en una habitación silenciosa y cómoda.◆ Se debe perturbar lo menos posible.◆ Evitar dolencia perineal◆ Evitar el dolor mediante la seguridad que se le proporcione a la paciente. O bien administrar un analgésico que mitigue el dolor.◆ Permitir a la paciente que manifieste su ansiedad verbalmente.◆ Disminuir los ruidos durante la noche.◆ Planear los cuidados de enfermería de tal forma que haya un periodo de reposo durante el día. | <p>Una parte importante en la vida de los seres humanos esta dedicada al sueño y reposo.</p> <p>El sueño es esencial para la recuperación del organismo.</p> <p>Durante el sueño las actividades fisiológicas decrecen.²⁰</p> |

Evaluación: Se logra que la paciente duerma y que desaparezca el dolor contribuyendo con esto a su descanso.

Necesidad: Moverse y mantener una buena postura.

Dx. de Enfermería: Incomodidad por la Episiotomía manifestada por facies de angustia.

Objetivo: Dar comodidad y seguridad al la paciente.

| Intervenciones de Enfermería | Justificación |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">◆ Asisitir en la deambulaci3n.◆ Instruir a la paciente sobre la necesidad de realizar ejercicios corporales despu3s del parto.◆ Vigilar el proceso de cicatrizaci3n de la episiotem3a as3 como su coloraci3n.◆ La ambulaci3n temprana proporciona una sensaci3n de bienestar acelera la involuci3n uterina mejora la evacuaci3n uterina. | <p>Mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo.</p> <p>Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo.</p> <p>La circulaci3n sangu3nea se ve favorecida por los movimientos y las actividades f3sicas.²¹</p> |
| <p>Evaluaci3n: Se asisti3 a la deambulaci3n temprana y en el ba3o de regadera dando comodidad y bienestar.</p> | |

Necesidad: limpio. Aseado y proteger sus tegumentos

Dx. de Enfermería: déficit de conocimiento manifestado por el cuidado en su domicilio.

Objetivo: que la paciente manifieste su conocimiento a través de un diálogo.

Intervenciones de Enfermería

Justificación

- ◆ Asistir al baño en la regadera contribuyendo a sentir bienestar y descanso
- ◆ Mantener limpia y seca la zona perianal evitara la presencia de infección.
- ◆ Lubricar la piel después del baño ayuda a sentirse cómoda.
- ◆ Enseñar a la paciente a manipular el apósito perineal para evitar contaminación de la episiotomía.
- ◆ Capacitar a la paciente en el aseo y cuidado de la episiotomía.
- ◆ Enseñar a la paciente en el aseo y manipulación de las mamas antes y durante la lactancia.

Estar limpio y aseado es una necesidad para mantener un cuerpo aseado, tener una apariencia sana y una piel sana con la finalidad que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microorganismos.²²

Evaluación: Mediante la transmisión del conocimiento para el autocuidado se logra quitar la angustia y se establece el diálogo paciente enfermera.

Necesidad: Comunicar.

Dx. de Enfermería: déficit de conocimiento manifestado por el método anticonceptivo adecuado a utilizar.

Objetivo: proporcionar confianza para establecer una comunicación eficaz.

| Intervenciones de Enfermería | Justificación |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">◆ Presentar a la paciente con otros pacientes y otras enfermeras.◆ Establecer, mantener y complementar relaciones enfermera paciente y familiares.◆ Instruir al paciente y familiares.◆ Permitirle a la madre a expresar sus dudas y preocupaciones verbalmente.◆ Proporcionar al padre la oportunidad de verbalizar sus dudas sobre los métodos anticonceptivos apropiados para ambos.◆ Proporcionar información sobre reanudación o restricción de actividad sexual después del parto. | <p>A través de su evolución el individuo a desarrollado diversos simbolos para expresarse. Los más fundamentales están relacionados con el modo no verbal y el verbal de comunicación.²³</p> |

Evaluación: mediante las diferentes acciones de enfermería se logra la integración de la paciente con sus compañeras de cubículo así como el diálogo para la orientación sobre los métodos anticonceptivos eligiendo por su voluntad la paciente el dispositivo intrauterino.

²³ Op. Cit. pag. 49

Necesidad: Aprendizaje.

Dx. de Enfermería: déficit de conocimiento asociado con el cuidado del recién nacido
Objetivo: Transmitir los conocimientos necesarios a la madre sobre los cuidados del R. N.

| Intervenciones de Enfermería | Justificación |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">◆ Proporcionar los conocimientos sobre los cuidados de bebés.◆ Planes para los cuidados del recién nacido◆ Apoyo constante y estimulación para adaptar el papel de madre.◆ Evitar la fatiga en los cuidados del niño.◆ Técnica de alimentación el seno materno.◆ Orientación sobre métodos anticonceptivos.◆ Proporcionar información sobre la reanudación o restricción de las relaciones sexuales.◆ Capacitar en su autocuidado◆ Planear su alta Hospitalaria.◆ Orientación sobre su próxima visita al médico obstetra y al pediatra para el control del recién nacido. | <p>A lo largo de toda su vida, el ser humano debe adaptarse continuamente a los cambios del entorno, adoptando las medidas necesarias para mantenerse en salud (autocuidado).²⁴</p> |

Evaluación: Mediante la orientación sobre el cuidado del recién nacido tanto a la madre como al padre y la reanudación de las relaciones sexuales, se logra su plan de alta.

CONCLUSIONES

El proceso atención de enfermería que nos orienta y guía la manera de brindar atención y cuidado a un paciente en forma integral.

La importancia de aplicarlo nos permite además de brindar atención y cuidados a un paciente es que se realiza en forma planificada y de mayor calidad de acuerdo a su patología y de forma individual a cada paciente.

Por otro lado es de gran importancia propiciar la investigación científica en el gremio de enfermería que permita analizar el caso de cada paciente de manera integral y con ello determinar hacia donde dirigir las acciones de enfermería para elevar la calidad de atención del paciente.

La experiencia obtenida al investigar a una paciente con puerperio fisiológico Es de gran importancia y parte del plan de estudios, ya que no se le a dado el valor que este representa, me ha dado elementos de la importancia que tiene la atención en el primer nivel cuidado prenatal para el termino sin complicaciones de este.

Un factor importante que influye para que la paciente a su vez se conscientice sobre su autocuidado es la educación. Aunque sabemos que en nuestro medio es muy frecuente tratar temas de salud en general de nutrición y sexualidad, la enfermera informa al paciente y a sus familiares sobre características del padecimiento y las recomendaciones de alimentación tratamiento farmacológico y otros hábitos y con esto apoyen el tratamiento.

En este caso yo pude observar la recuperación del paciente gracias a su cooperación y voluntad para llevar acabo las acciones de enfermería en forma conjunta.

Considero muy conveniente esta experiencia, basada en la utilización del proceso atención de enfermería para las pacientes con diagnóstico de puerperio fisiológico debe ser difundido ya que se trata de un proceso de gran Utilidad.

Demanda por lo que es doblemente importante que la enfermera aplique la metodología para hacer eficiente su trabajo con estos pacientes

El uso del proceso atención de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas como a diferencia al plan de tratamiento medico que se dirige a tratar la enfermedad.

El proceso atención de enfermería representa un plan terapéutico que pueden emplear las enfermeras para tratar al paciente como ser único que responde de manera particular y de acuerdo a su entorno y estado de salud que precisara acciones de enfermería aplicadas especifica a el, no solo a su enfermedad.

GLOSARIO

Amenorrea: Falta de menstruación.

Analgesia: Abolición de la sensibilidad al dolor.

Anomalia: Irregularidad, estado contrario al orden natural.

Coito: Cópula, cohabitación.

Cólico: Dolor agudo abdominal intermitente.

Déficit : Deficiente.

Dependencia: Sujeción, subordinación; vivir bajo la dependencia de uno.

Dificultad: Lo que hace una cosa difícil.

Disciplina: Conjunto de leyes o reglamento que rigen ciertos cuerpos.

Enfermedad: Alteración en la salud.

Etiología: Parte de la medicina que estudia la causa de las enfermedades.

HcG: Hormona gonadotrofina coriónica.

Hipótesis: Suposición de una cosa posible, de la que se obtiene una consecuencia.

Hemorragia: Salida más o menos copiosa de sangre de los vasos por rotura accidental o espontánea de éstos.

Luteotrfica: Hormona hipofisiaria.

Manifestación: Dar a conocer.

Metrorragia: Hemorragias por el útero irregulares o continuas, que hacen perder el carácter cíclico de la hemorragia menstrual normal.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

Necesidad: Carácter de aquello de lo que no se puede prescindir.

Oció: Entretenimiento, distracción.

Placebo: Preparación farmacéutica que solo contiene productos inactivos.

Problema: Cuestión que se trata de resolver por medio de procedimientos científicos.

Prostaglandina: Miembro de una serie de compuestos pertenecientes al grupo de los ácidos grasos.

Signo: Fenómeno, carácter, síntoma objetivo de una enfermedad o estado que el médico reconoce o provoca.

Síntoma: Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solamente por el paciente.

Trofoblasto: Capa celular extraembrionaria epiblastica, que fija el embrión a la pared uterina y lo nutre.

BIBLIOGRAFIA

Alfaro R. Aplicaciones del Proceso de Enfermería. 3ª Edición, Editorial Mosby/Doyma libros, Barcelona España, 1996, p.p. 251.

Antología de la investigación Clínica en Enfermería, SUA/ENEO 1996, p.p. 303.

Baily Raffensperger Ellen, Llord Zusy M., Marchesseavit Lynn, Cleire Neson J Enciclopedia de la Enfermería, Tomol, 9ª Edición, Océano Grupo Editorial, Barcelona España 1998, p.p. 192.

Beare P. G. /Myer J, L., Enfermería Principios y Práctica. Tomo IV, 1ª Edición, Edit. Medicapanamericana, España, 1995, p.p. 1707.

Brunner L.S., Suddarth D.S. Enfermería Medicoquirúrgica, Volumen II, 8ª Edición, Edit. Interamericana, Mc. Graw-Hill, México, 1997, p.p.2185.

Carpenito L.J. Diagnóstico de Enfermería, 5ª Edición, Edit, Interamericana Mc Graw Hill, España, 1995, p.p. 1335.

Carpenito L.J. Manual de Enfermería, 3ª Edición, Edit. Horla- México 1992, p.p. 351.

Fernández Ferrín Carmen, Novel Marti Gloria El proceso de atención de Enfermería, Estudio de Casos, 1ª Edición, Editorial Ediciones Científicas y Técnicas, S.A., Masson – Salvat, Enfermería, Barcelona, 1993, p.p. 115.

Hinchliff Susan M., Nordman Susan E., Schober Jane E., Enfermería y cuidados de salud, 1ª Edición, Edit. Ediciones Doyma, España. 1993, p.p. 777.

Keroude E. Suzanne, El pensamiento Enfermero, Editorial Masson Salvat, Barcelona España, 1995, p.p. 176.

Kozier, B., Ba., Bsn., Rn., Mn, Enfermería Fundamental Conceptos, Procesos y Prácticas, Tomo I, 4ª Edit. Interamericana Mc Graw Hill, España 1993, p.p.

Lawrence M. Tierney, Jr, Sthephen J. Mc. Phee Maxine A.P. Diagnóstico Clínico y Tratamiento, 35ª Edición, Edit Manual Moderno México, 1999, p.p. 1720.

Mille Loera J. E. Plancarte Sanchez , Estudio y Tratamiento del Dolor, 1ª Edición, Edit. Ediciones del Instituto Syntex., S Ps-45 ISSN 0188-3100, México D.F., 1994, p.p. 257.

Navarro Beltrán I. Diccionario terminologico de ciencias médicas. 13º Edición, Edit. Salvat., Barcelona España., 1996, p.p 1315

N. Ropert/W.W Logan / A.J. Tierney, Proceso Atención de Enfermería, 2ª Edición, Edit. Interamericana, S.A. de C.V., México., 1990, p p. 121.

Saxton, D.F. Nugent P.M., Pelikan, PK, Mosby's Comprehensive Review of Nursing, 15ª Edición, Editorial Mosby, St. Louis, Missouri, E U., 1996, p.p. 977.

Seminario de proceso atención de enfermería. Material de apoyo UNAM-ENEO. 1997, p.p. 197.