



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

**PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA MUJER DURANTE EL
PUERPERIO QUIRÚRGICO CON BASE EN EL MODELO DE DOROTHEA
E. OREM**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

MARÍA DE LOS ANGELES NORMA CRUZ CRUZ

No. de CUENTA 078516694

**DIRECTORA DEL TRABAJO
MTRA. C. E. NORBERTA LOPEZ OLGUÍN**

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ADMINISTRACION ESCOLARES

México, D. F. SEPTIEMBRE de 2004



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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Antes a la "..." a ... de ...
UNAM a difundir ...
contenido de ...
NOMBRE: MARIA de los ANGELES
NOCHA CRUZ CRUZ
FECHA: 14-OCTUBRE-2004
FIRMA: [Signature]
AGRADECIMIENTO

- ❖ Uno de los privilegios mas hermosos es la vida que tenemos por eso día a día damos gracias a Dios
- ❖ Agradezco a la Directora del trabajo
Mtra. C. E. Norberta López Olguín
Por su apoyo y paciencia que ha tenido para enseñarnos y guiarme durante el desarrollo del presente trabajo.
- ❖ Agradezco a mi Mamá y a mi Papá así también como a mis hermanas por su apoyo.

GRACIAS



INDICE

	Págs.
CAPITULO I	
1. Introducción	1
1.1 Objetivos	2
1.2 Metodología de trabajo	3
CAPITULO II	
2.- Marco Teórico	4
2.1.-Proceso de Enfermería	4
2.1.1.-Importancia del Proceso de Enfermería	4
2.1.2.- Ventajas del Proceso de Enfermería	5
2.1.3.- Etapas del Proceso de Enfermería	6
2.1.3.1.- Valoración	6
2.1.3.2.- Diagnósticos	8
2.1.3.3.- Planificación	10
2.1.3.4.- Ejecución	11
2.1.3.5.- Evaluación	12
2.2.- Teoría del Autocuidado	13
2.2.1.-Referencias y Antecedentes Personales de Dorothea E. Orem	14
2.2.2.- Principales Conceptos y Definiciones	15

2.2.3.	Los Requisitos de Autocuidado	17
2.2.3.1	Los requisitos universales del autocuidado	17
2.2.3.2	Los requisitos del autocuidado relativos al desarrollo	17
2.2.3.3	Los requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud	18
2.2.4	Tipos de Sistema de Enfermería	18
2.2.5	Supuestos principales	19
2.3.-	Puerperio	20
2.3.1	Definiciones	20
2.3.2.-	Clasificación del puerperio	21
2.3.3.-	Cambios fisiológicos durante el puerperio	21
2.3.4.-	Cambios psicológicos	25
2.3.5.-	Valoración postparto	26
CAPITULO III		
3 -	Caso Clínico	28
3.1.-	Presentación del Caso Clínico	28
3.2.-	Análisis de Datos	30
3.3.-	Diagnósticos de Enfermería	31
3.3.1.-	Justificación de los diagnósticos	31
3.2	Jerarquización de los diagnósticos de enfermería	31

CAPITULO IV

4.	Plan de cuidados	33
4.1	Déficit del requisito universal de agua	34
4.2	Déficit del requisito universal de alimentación	36
4.3	Déficit del requisito universal de eliminación	37
4.4	Déficit del requisito universal de actividad y descanso deterioro de la movilidad física	39
4.5	Potencial del déficit dl requisito universal de prevención de riesgos para la vida (integridad cutánea)	41
4.6	Potencial del déficit del requisito universal de prevención de riesgos (pezón semi-plano)	45
4.7	Déficit del requisito universal de la promoción de la vida humana (escasos conocimientos del cuidado de la recién nacida)	48

CAPITULO V

5.-	Plan de Alta	51
5.1	Conclusiones	53
5.2	Sugerencias	54

5.3	Glosario	55
5.4	Bibliografía	56
5.5	Anexos	57

1- INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería es importante por la trascendencia de sus intervenciones para el cuidado a la mujer durante el puerperio quirúrgico, puesto que los cuidados tienen diversas finalidades entre ellas: participar durante el diagnóstico, el tratamiento, y el evitar daños futuros . Es por esto que la pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia ha decidido desarrollar el Proceso de Enfermería aplicado a una mujer durante el puerperio quirúrgico, con base en el modelo de Dorothea E. Orem.

Para la realización del presente Proceso de Enfermería se selecciona una paciente de alojamiento conjunto del servicio de gineco-obstetricia, se inicia su valoración el día 15 de febrero de 2004, la cual se lleva a cabo mediante un instrumento de recopilación de datos, en el que se registran los factores de condicionamiento básicos, los requisitos universales, los requisitos de autocuidado del desarrollo, obtenidos mediante la entrevista, observación, y la exploración física, con estos datos se realiza la detección de los déficit de autocuidado de la paciente, posteriormente se elaboraron los diagnósticos de enfermería, basados en el formato PES de Marjory Gordon, se elabora el plan de intervenciones de enfermería con base a los sistemas de enfermería el totalmente compensatorio y de apoyo educativo, se realiza la evaluación compararon los resultados obtenidos con los objetivos planteados.

Este proceso de enfermería se desarrolla en cinco capítulos : en el primer capítulo Incluye la introducción, los objetivos y la metodología , el capítulo II contiene el marco teórico , el cual presenta los elementos que dan sustento al plan de cuidados y describe lo referente al proceso de enfermería, su importancia y las etapas que lo conforman., la Teoría de Dorotea E. Orem , el tema del puerperio su definición, clasificación y los cambios anatómo-fisiológicos que presenta la mujer puerpera, el capítulo III presenta el caso clínico, la valoración de enfermería, el análisis de datos, la justificación y la jerarquización de los diagnósticos, el capítulo IV describe el plan de cuidados. y el capítulo V muestra el plan de alta, las conclusiones , las sugerencias, la bibliografía y los anexos.

1.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Aplicación del proceso de enfermería a una mujer durante el puerperio quirúrgico, con base en el modelo de Dorothea E. Orem

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar la valoración de enfermería a la mujer durante el puerperio quirúrgico, para identificar los déficit de los requisitos de autocuidado,
- Identificar los problemas reales y potenciales de la mujer puérpera, priorizando los déficit de autocuidado y desarrollando los diagnósticos de enfermería
- Planear y ejecutar las intervenciones de enfermería basadas en los requisitos de autocuidado universales y de desarrollo con base en los sistemas de enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

1.2 METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para la realización de este estudio se hizo la detección de una paciente cursando su puerperio quirúrgico, ya que es de suma importancia la atención que se le proporcione a la paciente sobre todo si con ello prevenimos complicaciones y en base a ello se realizó un proceso de atención de enfermería, desde la perspectiva de la teoría general de déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem , el cual se llevó a cabo en el servicio de gineco-obstetricia área de alojamiento conjunto el día 15 de febrero del 04 . para este estudio se siguieron cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Se inició con la valoración la cual se llevó a cabo mediante un instrumento de recolección de datos elaborado por la Lic. Berta Estrella Álvarez¹, en el que se investigó los factores de condicionamiento básicos, los requisitos universales, los requisitos de autocuidado del desarrollo; estos factores fueron obtenidos mediante la entrevista, observación, y la exploración física, con esta información fue posible la detección de los déficit de autocuidado de la paciente, posteriormente. En la segunda etapa se elaboraron los diagnósticos de enfermería, basados en el formato PES de Marjory Gordon. En la tercera etapa se jerarquizaron los diagnósticos, se elaboró el plan de cuidados con intervenciones de enfermería con base en los sistemas de enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. La cuarta etapa fue la ejecución de las intervenciones de enfermería y la quinta fue la evaluación en la cual se compararon los resultados obtenidos con los objetivos planteados en base a cada diagnóstico de la paciente.

¹ Estrella A. Instrumento de Valoración en base en el modelo de Dorotea E.Orem , Mayo 2003.

2.- MARCO TEORICO

2.1 Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistematizado para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

Básicamente el proceso de enfermería es un método sistematizado y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de las personas o grupos a las alteraciones de salud reales y potenciales. Consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos ²

Cada paso significa lo siguiente:

- 1.- Valoración.- Detectar el problema
- 2.- Diagnóstico de enfermería.- Es un juicio clínico sobre la respuesta humana.
- 3.- Planeación.- Lo que vamos a hacer , la mejor estrategia.
- 4.- Ejecución.- Ponerse en acción
- 5.- Evaluación.- Resultado de todo .

2.1.1 Importancia del Proceso de Enfermería

Como método en la práctica del profesional asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad, asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional y para quien la recibe, permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

² Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería, 2ª. ed, Ed. Interamericana, Barcelona España 1992: p. 6

Si no se aplica para el cuidado del paciente, pronto ocurrirán omisiones y duplicaciones, por lo que ayuda a reducir estos problemas al utilizarse como guía para proporcionar cuidados a un paciente en particular.³

2.1.2 Ventajas del Proceso de Enfermería

Al paciente le permite participar en su propio cuidado, le garantiza una respuesta a sus problemas reales y potenciales, le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de los déficit de autocuidado.

Al profesional le facilita la comunicación, concede la flexibilidad en el cuidado, le permite conocer objetivos importantes para el paciente y propicia el crecimiento profesional .

³Atkinson y Murria. Proceso de Atención de Enfermería, 2ª. ed. Ed. Manual Moderno, México 1985: p.4

2.1.3.- Etapas del Proceso de Enfermería

El proceso de Enfermería se lleva a cabo mediante cinco etapas interrelacionadas y en forma progresivas.

1. Valoración
2. Diagnóstico de Enfermería
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación de los Resultados

2.1.3.1.- Valoración

Es la primera etapa del proceso de enfermería, considerándose por ello la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida; se lleva a cabo mediante la recolección y selección de datos esto es con el objeto de e identificar las necesidades del individuo, familia y comunidad.

Con la valoración es la primera parte de la identificación de los déficit de autocuidados en la que se reúne información para asegurarse de que dispone de todas las piezas necesarias del "rompecabezas" para obtener un imagen clara del estado de salud del paciente.⁴

⁴ Alfaro R. Idem. p.18

Componentes de esta fase:

a) Obtención de datos

Comienza en el momento en que tenemos contacto con el paciente, esto es la valoración inicial. Durante la interacción enfermera-paciente se siguen obteniendo más datos que nos sirven para evaluar los déficit ya determinados y para señalar otros nuevos déficit.

b) Clasificación de datos

Subjetivos.- Sensaciones y percepciones que refiere el paciente tales como: dolor, malestar etc.

Objetivos: Son concretos y contables. Pueden ser identificados por cualquier otra persona.

Esta etapa comprende obtención y recolección, organización y análisis de la información, se logra a través de los siguientes pasos:

1.- Observación.- Consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad de la persona y el entorno físico y psico-dinámico que lo rodea y se inicia en el primer encuentro con la persona.

2.- Entrevista.- Es una técnica o método observacional que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación dirigida hacia un fin, que es el proporcionar cuidados de enfermería de manera que las personas expresen sus ideas, sus sentimientos y necesidades inmediatas y a largo plazo.

Esta información se incorpora al plan de atención de enfermería, su calidad dependerá de una óptima comunicación.

3.- Exámen Clínico .- Incluye la Exploración física, exámenes de laboratorio y gabinete que es otra fase de la recolección de datos, que nos conduce a una observación más precisa y permite observar las condiciones o alteraciones que presenta el paciente.

2.1.3.2.- Diagnóstico :

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración. Es el análisis de los datos recogidos en la etapa anterior para identificar problemas reales y potenciales, así como la causa de los mismos.⁵

Determinar que problemas pueden ser tratados independientemente por la enfermera y cuales necesitan de dirección o asesoramiento de otros profesionales Cuando tenemos toda la información ordenada, estamos listos para hacer el Diagnóstico de Enfermería, en esta fase del proceso la enfermera aplica su conocimiento científico para determinar sí, el problema es real o potencial. El Diagnóstico de Enfermería es un problema de salud real o potencial que requiere de la intervención de Enfermería en forma independiente con el objeto de resolverlo, disminuirlo o prevenirlo. Es una declaración del estado de una persona (respuesta humana) que las enfermeras son capaces y legalmente responsables de identificar

Para elaborar el Diagnóstico real de Enfermería, Marjory Gordon propuso el uso del formato PES.

P = Problema

E = Etiología

S = Síntomas

Y para elaborar el Diagnóstico Potencial de Enfermería sugiere el uso de las 2 primeras letras.

P = Problema

E = Etiología.

⁵ Alfaro R. Op. cit pp. 72-81

Componentes de un Diagnóstico de Enfermería

La construcción del diagnóstico considera tres partes, la primera corresponde a la respuesta humana o problema, la expresión más amplia de la salud de la persona. La segunda parte está conformada por los factores relacionados causa o etiología en este punto se incluye la causa deducida y que puede ser resuelta por intervenciones de enfermería, son datos clínicos y no patologías o diagnósticos médicos.

La tercera y última parte la constituyen las manifestaciones o síntomas, en donde se registran los datos clínicos que apoyan o evidencian la respuesta humana o problema⁶.

Ejemplo de un Diagnóstico con Déficit de Autocuidado

La enfermera debe emplear su diagnóstico para interpretarlo a la luz de la teoría del Déficit de Autocuidado como se muestra en el siguiente ejemplo:

- Déficit del requisito universal de alimentación relacionado al ayuno pre- y post.operatorio, manifestado por sensación de vacío, hambre y deseos de comer.

⁶ Ostiguin- Velásquez. Teoría general del déficit de autocuidado, Ed.Manual Moderno: pp.50-52

2.1.3.3.- Planificación

Es la tercera etapa del proceso que inicia después de haber formulado los diagnósticos de enfermería es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Consiste en la planeación documental de los cuidados de enfermería, incluye: el establecimiento de prioridades, una vez identificados los problemas, debemos saber cuales son los que deben tratarse inmediatamente, porque estén amenazando la vida o por que estén ocasionando otro problema⁷.

Los pasos para realizar la planeación son :

- Establecer prioridades
- Elaborar objetivos
- Determinar acciones de enfermería
- Documentar el plan de cuidados

Posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos de enfermería y problemas interdependiente lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida de la persona⁸

⁷ Alfaro, R.. Opcit. p. 77

⁸ Rodríguez, Proceso Enfermero , 2ª. ed, Ed. Cuellar, México 2002:p.73

Para cada problema y/o necesidad tenemos que fijarnos un objetivo por lo que un objetivo es el resultado que se espera lograr del cuidado de enfermería hacia el paciente; y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.

Normas generales para la descripción de objetivos:

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y ni como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos
- Hacer específicos los objetivos
- Cada objetivo se deriva de solo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo ⁹

2.1.3.4.- Ejecución:

Dentro de esta etapa se realizan Intervenciones de Enfermería y son las diferentes actividades y cuidados que la enfermera realiza al paciente en beneficio de él logrando los objetivos trazados.

Es la puesta en práctica del plan:

- Selección y valoración de datos
- Realización de intervenciones de enfermería
- Registro de las intervenciones de enfermería
- Comunicación verbal y escrita de lo ejecutado
- Mantener el plan actualizado

⁹ Velásquez. Método Enfermero. pre-ed. Ed.Manual Moderno; p.19

2.1.3.5.- Evaluación

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal, por lo que esta presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución¹⁰

En esta fase determinará como ha funcionado el plan de cuidados de Enfermería, útil para determinar el logro de los objetivos, durante esta etapa se debe de efectuar una nueva valoración exhaustiva de todo el plan de cuidados. Esta evaluación global ayuda a determinar si se ha elaborado el mejor plan de cuidados para el paciente. Se pueden identificar los cambios necesarios para mejorar este plan o finalizarlo

¹⁰ Rodríguez Op.cit. p. 93

2.2 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

DOROTHEA E. OREM

2.2. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

2.2.1. Referencias y Antecedentes Personales de Dorothea E. Orem

Nació en Baltimore, Maryland. inició su carrera de Enfermería en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital de Washington D.C., donde terminó su Diplomatura a principios de la década de los 30. Continuó su formación en la Universidad Católica de América en 1939 y obtuvo un Master of Science en formación de enfermería en 1945 en la misma universidad.

Su experiencia profesional incluye el ejercicio privado, la enfermería hospitalaria y la docencia.

Orem fue directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería del Providence Hospital, Detroit, desde 1940 a 1949.

Tras abandonar Detroit, permaneció en Indiana durante siete años (1949-1957) Trabajando en la División Servicios Institucionales y Hospitalarios del Departamento de Salud del estado de Indiana con el objeto de mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales del estado. Fue en este período cuando Orem desarrolló su definición del ejercicio profesional de la enfermería.

Aplicación de datos empíricos

En 1958 Orem tuvo una intuición acerca de porque los individuos necesitan ayuda de la enfermería y pueden ser ayudados a través de ella. La reflexión sobre este tema le proporcionó los conocimientos necesarios para formular y expresar su concepto de enfermería. Los conocimientos sobre las características de las distintas situaciones de la práctica profesional los fue adquiriendo a lo largo de muchos años.¹¹

¹¹ Marriner-Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería, 3ª ed, Ed. Mosby-Doyma, España, 1994: pp181-191

2.2.2.- Principales Conceptos y Definiciones

Orem Considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

- 1) La teoría del autocuidado (describe y explica el autocuidado)
- 2) La teoría del déficit de autocuidado (describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas).
- 3) La teoría de los Sistemas de enfermería (describe y explica las Relaciones enfermera-paciente para que se puedan dar los sistemas totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

Agente.- Un agente es "la persona que ejecuta la acción"

Agente de autocuidado. Es "el que proporciona el auto cuidado".

Orem identificó seis conceptos principales en la teoría del déficit de autocuidado:

1.- Autocuidado

OREM, Menciona que el autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia si mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

2.- Demanda de auto cuidado terapéutico. Una demanda de cuidado terapéutico es una entidad de carácter humano, con base objetiva en la información que describe el individuo desde el punto de vista estructural, funcional y del desarrollo. Se basa

en la teoría de que el auto cuidado es una fuerza reguladora humana y en hechos y teorías de la ciencias humanas y medioambientales.

3.- Acción de auto cuidado. Es "la habilidad adquirida compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, actividad y desarrollo humano y promueven el bienestar".

4.- Déficit de autocuidado. Es "una relación entre la demanda de auto cuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el auto cuidado que constituyen la acción no son operativas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de auto cuidado terapéutica existente ". Así lo menciona Orem en su gran teoría del déficit del autocuidado.

5.- Acción de enfermería. Propiedad o atributo complejo de las personas formadas como enfermeras que capacita para conocer y ayudar a los demás en su demanda de auto cuidado terapéutico y para ayudar a los demás a controlar el ejercicio o el desarrollo de su auto cuidado o de cuidado dependiente.

6.- Sistema de enfermería. Serie continua de acciones que se producen cuando la enfermera vincula sus formas de ayuda a sus acciones o a las acciones de personas a las que se están asistiendo y están dirigidas a identificar las demandas de auto cuidado terapéutico de esas personas o a regular su acción de auto cuidado

2.2.3. Los requisitos de autocuidado

Requisitos del autocuidado.- Los requisitos del autocuidado son “La expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desean Son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado.

Por lo que hay tres categorías de los requisitos de autocuidado y son los siguientes:

2.2.3.1.- Los requisitos universales del autocuidado

Los requisitos universales del autocuidado son comunes para todos los seres humanos e incluyen:

- 1.- Conservación del aire
- 2.- Agua
- 3.-Alimentos
- 4.-Eliminación
- 5.- Actividad y descanso
- 6.- Soledad e interacción
- 7.-Prevención de riesgos
- 8.-Promoción de la vida humana.

Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana, en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

2.2.3.2- Los requisitos del autocuidado relativos al desarrollo

Son los que promueven acciones para la vida y para la maduración y previenen circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos.

2.2.3.3. Los requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud

La enfermedad o lesión no sólo afecta a las estructuras fisiológicas o psicológicas sino al funcionamiento humano integral, cuando este está seriamente afectado la capacidad de acción desarrollada o en desarrollo del individuo resulta seriamente dañada de forma permanente o temporal, también el malestar y la frustración que resultan de la asistencia médica originan los requisitos de autocuidado para proporcionar alivio.

2.2.4.- Tipos sistemas de enfermería

a). **Totalmente Compensadores.** Son necesarios cuando la enfermera está compensando una incapacidad total o una prescripción en contra del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren movimientos de deambulación y manipulación. O sea que no puede realizar el paciente.

b). **Sistemas de Enfermería Parcialmente Compensadores**

Son aquellos que tanto la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia y otras actividades que impliquen labores manipulativas o deambulatorias.

c). **Sistemas de Apoyo Educativo.** Son para aquellas situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico interno o externo, pero que no puede hacerlo sin ayuda. Que educa y apoya al individuo para ayudarle a que realice mejor su autocuidado.

Los métodos de ayuda incluyen :

- ❖ Actuar o hacer por
- ❖ Guiar
- ❖ Enseñar
- ❖ Apoyar y
- ❖ Proporcionar un entorno que estimule el desarrollo.

2.2.5 Supuestos Principales

1. Los seres humanos necesitan ser estimulados de forma continua para seguir vivos y actuar de acuerdo con las cualidades humanas naturales.
2. La acción humana, la capacidad de actuar deliberadamente, se ejerce en forma de ayuda hacia uno mismo y hacia los demás para identificar las necesidades y crea los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos experimentan privaciones en forma de *limitaciones para* actuar en ayuda de uno mismo y de los demás, mediante aportaciones que sustenten la vida y regulen sus funciones.
4. La acción humana se lleva a cabo al descubrir, desarrollar y transmitir a los demás formas y medios para identificar las necesidades y realizar las aportaciones hacia uno mismo y hacia los demás.
5. Grupo de seres humanos que poseen relaciones estructuradas agrupan las tareas y reparten las responsabilidades para ayudar a los miembros del grupo que experimentan privaciones que realizan las aportaciones deliberadas necesarias hacia sí mismos o hacia los demás.

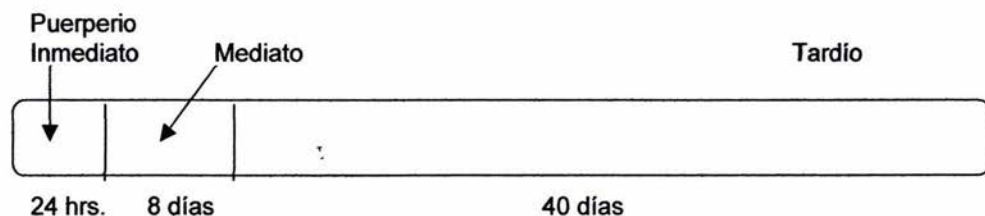
2.3.- PUERPERIO

El Puerperio es un periodo comprendido entre el final del parto y la normalización de la mujer, en lo que se refiere a los cambios anatómicos y fisiológicos que se habían producido durante el embarazo, durante esta es la etapa en la vida de la mujer ocurren varios cambios tanto de origen fisiológico como psicológico y familiar.

2.3.1. DEFINICIONES

El Puerperio fisiológico.- es la etapa constituida por el tiempo necesario para que el organismo materno recupere el estado anterior al embarazo: oscila entre 6 y 8 semanas.¹²

Para fines prácticos el puerperio se divide en:



Puerperio Quirúrgico.- Período comprendido entre el final del parto y la normalización de la mujer en lo que se refiere a los cambios anatómicos y fisiológicos, posterior a una intervención quirúrgica abdominal por cesárea.¹³

¹² Mondragón. Obstetricia Básica ilustrada, 4ª ed. Ed. Trillas, México 1991:pp.247-

¹³ Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2003. © 1993-2002 Microsoft Corporation..

2.3.2. Clasificación del Puerperio:

- Puerperio Inmediato.- Las primeras 24 hrs. post alumbramiento.
- Puerperio Mediato.- De las 24 hrs. hasta la primera semana post alumbramiento.
- Puerperio Tardío.- De las primeras semanas post alumbramiento hasta la 6ª. u 8va.. semana después del alumbramiento.

2.3.3. Cambios fisiológicos durante el puerperio

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

Por ejemplo, en el período postnatal, la mujer experimenta una pérdida ponderal de 6.8 a 7.7 Kg. La mayor parte de esta pérdida 4.5 a 7.7 kg. Esto es resultado de la expulsión del producto, la placenta y el líquido amniótico; además, se pierden por diuresis aproximadamente 2,5 Kg. de líquido excesivo y hay una pérdida de sangre de 500 ml o más. Sin embargo, la mayoría de las puérperas tienen pocas molestias relacionadas con dichos cambios.

Signos vitales

- La temperatura bucal dentro de las primeras 24 horas del puerperio puede llegar a 38 grados centígrados como resultado del esfuerzo muscular o la deshidratación; la paciente debe encontrarse afebril pasado dicho lapso.
- La elevación de la temperatura más allá de 38 °C. durante dos días cualquiera de los primeros 10 días del postparto puede sugerir infección puerperal o de vías urinarias, endometritis, mastitis u otra infección.
- Las elevaciones de la temperatura durante el segundo o el tercer día del puerperio no deben persistir más de 24 horas sin vigilancia.

Etapas de la Involución Uterina

Tiempo	Posición del fondo	Peso del útero grs.	Loquios
Una a dos horas	A la mitad entre el ombligo y la sínfisis del pubis, sobre la línea media	1 000	Rojos
Doce horas	1cm por encima del ombligo o a nivel del mismo		Rojos
Tres días	3 cm por debajo del ombligo sigue disminuyendo de tamaño a un ritmo de 1cm por día		Serosos
Nueve días	No palpable por encima de la sínfisis	500	Blancos
Cinco a seis semanas	No palpable por encima de la sínfisis; ligeramente mayor que en nulípara		No hay

Cambios Cardiovasculares.

- En el puerperio ocurren impresionantes cambios maternos que afectan al sistema cardiovascular.
- Puede haber pérdida importante de sangre durante el parto a causa del aumento del 40% del volumen sanguíneo circulante durante el embarazo, hasta de 500 ml en caso de parto vaginal y hasta de 700 a 1 000 ml en caso de cesárea.
- Deben mantenerse dentro de límites normales la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria.

Cambios Urinarios

- El tejido vesical está edematoso, congestionado e hipotónico inmediatamente después del parto, lo que puede ocasionar sobre distensión, vaciamiento incompleto de orina. Muchos de estos efectos disminuyen a las 24 horas.
- El exceso de líquido que se acumula en los tejidos durante el embarazo se elimina por diuresis, que se inicia dentro de las 12 horas que siguen al parto e implica hasta 2.25 Kg. de pérdida ponderal.

Cambios Gastrointestinales

- El restablecimiento del funcionamiento intestinal normal requiere aproximadamente una semana, debido a disminución de la motilidad del intestino, pérdida de líquido y malestar intestinal.
- El funcionamiento intestinal se normaliza hacia el final de la primera semana, conforme se incrementa el apetito y la ingestión de líquidos.

Cambios Músculo esqueléticos

- Los músculos abdominales suelen estar blandos, débiles y laxos debido a la distensión.
- Si se administró anestesia regional durante el nacimiento quizá disminuya la sensibilidad de las extremidades inferiores en las primeras 24 horas del puerperio.
- Hay predisposición a sufrir tromboflebitis
- No se recomienda el ejercicio intenso para recuperar el tono muscular hasta la cicatrización completa.

Cambios Mamarios

- Al principio ocurre ingurgitación, la estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto, al tiempo que aumentan de tamaño las mamas.
- La secreción de prolactina inicia la subida de leche, que también es estimulada por succión por parte del lactante.
- El amamantamiento continuo disminuirá la ingurgitación e incrementará la secreción de leche.

Cambios Uterinos

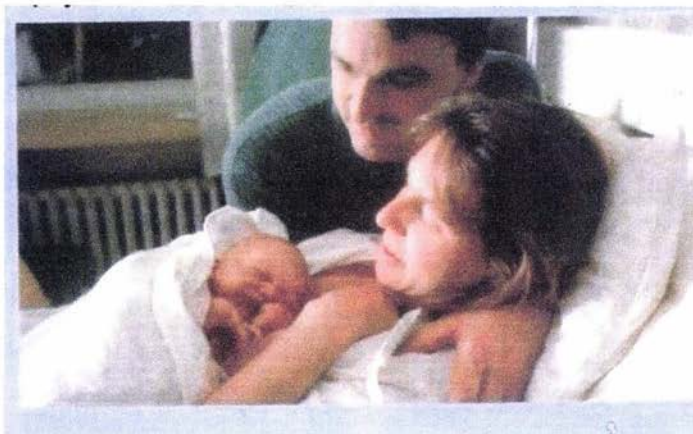
- Doce horas después del parto el fondo es palpable a 1 cm por encima del ombligo.
- Prosiguen las contracciones uterinas después de la expulsión de la placenta. En primíparas, el tono uterino es elevado y el útero se conserva firme. En múltiparas son comunes las contracciones uterinas periódicas, llamadas entuertos, que pueden proseguir durante dos a tres días después del parto.
- El flujo vaginal después del parto, también llamados loquios son rojos (loquios hemáticos durante dos a tres días; su color va cambiando hasta volverse parduzco (loquios serosos), y después se vuelve amarillo blanquecino (loquios blancos) entre el sexto y el séptimo día.
- El suelo pélvico, los ligamentos uterinos, las paredes vaginales y la pared abdominal recuperan casi la totalidad de su tono durante el puerperio.

2.3.4.- Cambios Psicológicos

Período de Conducta Dependiente

- La mujer se centra en sí misma.
- Expresa su necesidad de dormir y comer.
- Se siente aliviada de la experiencia del parto.
- Manifiesta una conducta pasiva y dependiente.
- Requiere el apoyo de su pareja o su familia.

Imagen No. 1 Muestra el apoyo de la pareja



Fuente: Revista Padres e Hijos. Mayo 2003

Transición de dependencia a independencia

- Se amplía el alcance mental para incluir otras actividades.
- Es independiente en las actividades de auto asistencia.
- Expresa sus preocupaciones sobre las funciones corporales de ella y de su hijo.
- Recibe bien las instrucciones sobre los cuidados de sí misma y del lactante.
- Falta de confianza, la madre se desanima fácilmente ante la necesidad de hacerse cargo de la asistencia del bebé.

Adopción de nuevas responsabilidades

- Se incrementa la independencia acerca de los cuidados de ella misma y de su hijo.
- Reconoce a su hijo como una entidad separada de sí misma.
- Expresa su aflicción por las funciones a desempeñar y las expectativas que se tienen de ella.
- Ocurren cambios en la interacción familiar para aceptar al nuevo miembro

2.3.5.- Valoración postparto

- Valorar a intervalos regulares tono, posición y altura del útero mediante palpación abdominal.
- En mujeres con cesárea previa, palpar con suavidad el útero para revisar el apósito de la herida quirúrgica en busca de secreción o hemorragia y valorar el grado de dolor que presenta.
- Evaluar la cantidad de loquios, su color y olor, y la presencia de coágulos; interrogar a la paciente sobre el número de toallas sanitarias que emplea y el grado de saturación de éstas.

- Palpar las mamas para verificar su firmeza e hipersensibilidad con objeto de valorar la ingurgitación.
- Inspeccionar el perineo y el recto para valorar enrojecimiento, edema, equimosis, secreción y aproximación de los bordes de la herida.
- Medir la ingesta y la excreta hasta que se recupere la función normal, para identificar una posible retención urinaria.
- Observar la ocurrencia de náuseas y vómitos en la paciente y preguntarle si siente flatulencia o ha evacuado el intestino auscultar los ruidos intestinales dos veces al día.
- Inspeccionar las extremidades inferiores para verificar sensibilidad, fuerza, edema y signos de trombo embolia o tromboflebitis.
- Investigar el grado de reposo y sueño que esta teniendo la madre.
- Vigilar con regularidad el comportamiento de la paciente y permitirle expresar sus sentimientos sobre la experiencia del nacimiento y sobre su hijo ¹⁴

¹⁴ Bally y cols. Enciclopedia de la Enfermera Vol. 5 Ed. Océano, pp.874-875

3.- CASO CLINICO

3-1.- Presentación del Caso Clínico

15 Febrero del 2004

El presente caso se trata de una paciente llamada Jovita de 33 años de edad, cursando sus primeras horas de puerperio quirúrgico, en el servicio de gineco-obstetricia área de alojamiento conjunto cama 427.

La paciente se dedica al hogar, tiene una escolaridad secundaria, estado civil en unión libre , residente del Distrito Federal , originaria del estado de Oaxaca, de religión católica.

Se inicia el caso de la paciente el día 15 de febrero de 2004, a las ocho de la mañana , se encontraba cursando sus primeras 9 horas de puerperio quirúrgico . Se comienza con la etapa de valoración, exploración física e interrogatorio, incluyendo la evaluación de las condiciones generales de la paciente puerpera , se encuentra a la exploración física con los siguientes datos: con un aporte suficiente de aire 20 respiraciones por minuto, campos pulmonares limpios, no refiere alergias a medicamentos ni a alimentos, no fumadora, encontrándola con palidez de tegumentos, somnolienta mucosa oral deshidratada con sensación de sed y hambre lleva 20 hrs. de ayuno a base de soluciones parenterales desde a las 15 hrs del día de ayer., con venoclisis permeable en miembro superior izquierdo pasando solución glucosada al 5% para 8 horas, el día de hoy iniciará dieta si tolera bien los líquidos Se observa a la exploración cuello corto sin alteraciones, mamas péndulas simétricas ligeramente ingurgitadas, con pezón semi-plano, aureola agrandada y oscura con poca salida de secreción láctea, brazos, y espalda normales sin cicatrices, el abdomen se encuentra con herida quirúrgica limpia, con bordes bien afrontados, presenta dolor en la herida quirúrgica en una escala del 1 al 10, presenta 3 de dolor, camina encorvada y con lentitud.

Refiere estreñimiento el peristaltismo se encuentra disminuido la paciente menciona que en su anterior parto por césarea también presentó, a la exploración ginecológica se palpa involución uterina en evolución con tono firme a un centímetro por debajo de la cicatriz umbilical, se observa en la toalla testigo sangrado trasvaginal hemático de cantidad moderada y sin coágulos.

La paciente presenta signos vitales estables: T/A 120//80, Pulso 80 por minuto, 36.5°.C de temperatura y 22 respiraciones por minuto. Con peso 63 Kg. Y talla de 1.60cms. Tiene buena comunicación con sus compañeras y con el equipo de salud Jovita tiene un grupo sanguíneo "A" Rh positivo.

Resultados de laboratorios post- parto glucosa 69 mg/dl, urea 16 mg/dl, creatinina 0.6 mg/dl eritrocitos 3.0. millones, hemoglobina 7.7 g/dl, hematocrito 43.0%

Datos de la Recién nacida: producto único vivo sexo femenino con peso de: 3,730kgs, hora de nacimiento 23:00 hrs del 14 de febrero, con talla 51 cm, perímetro cefálico de: 33.5 cms., perímetro torácico de 36 cms. perímetro abdominal de 35 cms. y pie de 8. cms. Apgar 9/9, capurro 38.4, con dextrostix: 55 mg/dl.a las 24 hrs del día 14 del mes en curso, y 78 mg/dl a las 2 am.del día 15 de febrero

3.2 Análisis de Datos

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1.- Aire | > Respiración normal a 20 minuto |
| 2.- Agua | > Mucosa oral presenta resequedad y sed . |
| 3.- Alimentos | > La paciente presenta hambre |
| 4.- Eliminación | > Presenta estreñimiento |
| 5.- Actividad y Descanso | > Deterioro de la movilidad ,
encorvamiento y malestar al caminar |
| 6.- Soledad e interacción social | > Tiene buena comunicación con sus
compañeras y con el personal. |
| 7.-Prevención de riesgos | > Herida quirúrgica limpia, Ingurgitación
de mamas leve y pezón semiplano |
| 8.-Promoción de la vida humana | > Escasos conocimientos
para el cuidado de la recién nacida |

Con la paciente Jovita se aplicó el sistema de enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

3.3.- Diagnósticos de Enfermería

3.3.1.- Justificación de los Diagnósticos

Se hizo la detección de los déficit de autocuidado de la paciente, en base a la valoración realizada se elaboraron los diagnósticos de enfermería, basados en el formato PES DE Marjory Gordon, y se realiza la jerarquización de diagnósticos.

3.3.2.- Jerarquización de los Diagnósticos de Enfermería

3.3.2.1.- Déficit del requisito universal de aporte suficiente de agua **relacionado** al ayuno pre- y post.operatorio, **manifestado** por sed y resequead de mucosa oral.

3.3.2.2.- Déficit del requisito universal de alimentación **relacionado** al ayuno pre- y post.operatorio , **manifestado** por sensación de vacío, hambre y deseos de comer.

3.3.2.3.- Déficit de la función intestinal de eliminación (estreñimiento) **relacionado** con la disminución del peristaltismo **manifestado** por dificultad al evacuar y distensión abdominal.

3.3.3.4.- Déficit del requisito universal de actividad y descanso **relacionado** a deterioro de la movilidad física **manifestado** por encorvamiento y malestar en la herida al caminar .

3.3.3.5.- Potencial del déficit del requisito universal de prevención de riesgos para la vida y funcionamiento humano **relacionado** a deterioro de la integridad cutánea **manifestado** por dolor en herida quirúrgica abdominal afrontada.

3.3.3.6.- Potencial del déficit del requisito universal de prevención de riesgos para la vida y funcionamiento humano (Lactancia materna ineficaz) **relacionado a** pezón semi –plano , **manifestado** por dificultad para amamantar a la recién nacida

3.3.3.7.- Déficit del requisito universal de la promoción de la vida humana **relacionado a** escasos conocimientos y poca familiaridad con los recursos para obtener información acerca del cuidado de la recién nacida **manifestado** por verbalización del problema.

CAPITULO IV

4. PLAN DE CUIDADOS



PLAN DE CUIDADOS DESARROLLADO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

FECHA: 15 DE FEBRERO DEL 2004

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

4.1 Déficit del requisito universal de aporte suficiente de agua **relacionado** al ayuno pre- y post.operatorio **manifestado** por sed y resequedad de mucosa oral.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>8 horas/15-02-04</p> <p>La paciente en puerperio mejorará su estado de hidratación logrando restablecer la integridad de la mucosa oral durante al turno</p>	<p>(SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO)</p> <p>>Se le proporcionó agua a la paciente para que se enjuagará la boca y el cepillo con pasta para que ella cepillara sus sus dientes</p> <p>>Se revisó la permeabilidad de la venoclisis, hora de inicio de la solución actual y verificando la compatibilidad del horario con lo que le ha ministrado.</p> <p>> Inicia líquidos los cuales se ofrecen a la paciente, en</p>	<p>> La limpieza favorece el bienestar del paciente evitando la proliferación de microorganismos.</p> <p>> La resequedad de la mucosa oral y sed es manifestación de la falta de aporte de líquidos orales.</p> <p>> Un buen aporte de líquidos ayudará al manteniendo de una mejor hidratación corporal y por ende de su mucosa oral y labios.</p>	<p>La paciente durante el turno logra una mejor hidratación , toleró bién su dieta líquida y blanda desapareciendo la sed y la resequedad de su mucosa oral, por lo que se retira solución.</p>

	<p>su desayuno consistió en dieta líquida (2 vasos de te, uno de jugo y una gelatina) después de esto se ofreció agua ingiriendo cuatro vasos, para posteriormente en la comida continua con dieta blanda se verificó el consumo de todos los líquidos .</p> <p style="text-align: center;">(SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO)</p> <hr/> <p>➤ Se orientó a la paciente sobre la necesidad de ingerir abundantes líquidos, así como los beneficios que tiene.</p> <hr/>	<p>> Un buen aporte de alimentos y líquidos favorecerá una buena cicatrización de su herida quirúrgica y ayudará lactancia materna.</p> <p>➤ Durante el puerperio ocurre un desequilibrio fisiológico de líquidos por la expulsión del producto, la placenta, y el líquido amniótico y por la diuresis ,perdiendo aproximadamente 2.5 Kgs. Y 500 mls de sangre ¹⁵</p> <p>Estos cambios generan resequeadad de mucosa oral en todas las mujeres que cursan el pos parto.</p>	
--	--	---	--


¹⁵ Bally y cols.idem. pp.874-875

4. PLAN DE CUIDADOS DESARROLLADO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

FECHA: 15 DE FEBRERO DEL 2004

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA:

4.2 Déficit del requisito universal de alimentación relacionado al ayuno pre- y post.operatorio , manifestado por sensación de vacío, hambre y deseos de comer.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>8 horas/15-02-04</p> <p>La paciente en puerperio restablecerá su alimentación, aliviando el hambre durante el turno</p>	<p>(SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO)</p> <p>Se le brindó apoyo emocional a la paciente. explicándole la importancia del ayuno, y que el día de hoy iniciaría con sus alimentos</p> <p>Se ofreció su desayuno y se verificó el consumo de todos los líquidos de su dieta: 2 vasos de te, uno de jugo y una gelatina.</p> <p>Se pide su dieta blanda para las 13:30 hrs se le ofrece agua .</p> <p>Se vigila si la paciente termina sus alimentos</p> <p>Y se le ayuda a deambular.</p>	<p>>El tiempo de ayuno dependerá del tipo de cirugía realizada y gravedad del paciente.</p> <p>>El ayuno pre- operatorio sumado con el post operatorio fue de 20 hrs.</p> <p>>La sensación de hambre y deseos de comer son manifestaciones de la mejoría en su estado de salud de la paciente.</p>	<p>Durante el turno la paciente acepta con agrado sus alimentos , logrando aliviar el hambre, habiendo iniciado con líquidos y posteriormente toleró la dieta blanda.</p> 

4. PLAN DE CUIDADOS DESARROLLADO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

FECHA: 15 DE FEBRERO DEL 2004

4.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Déficit de la función intestinal de eliminación (estreñimiento) **relacionado** con la disminución del peristaltismo **manifestado** por dificultad al evacuar y distensión abdominal.

OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>La paciente púérpera restablezca su función intestinal, evacuando sin dificultad durante el término del turno</p>	<p>(SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO)</p> <p>-Se ofreció su dieta líquida y en la comida dieta Blanda Siendo su primer alimento después de los líquidos : una manzana cocida, un vaso de agua un guisado de res con verduras cocidas y agua de papaya</p> <p>-Escuchar el movimiento peristáltico -Preguntar a la paciente si canaliza gases</p>	<p>>Se Previene el estreñimiento estimulando la ingestión libre de líquidos y el consumo de alimentos ricos en fibra, como frutas frescas y vegetales, proteínas, ayuda a la cicatrización.</p> <p>>La fruta y verdura con mucha fibra restablecerá los hábitos intestinales normales</p> <p>> Generalmente se presenta estreñimiento a causa de la disminución en el tono muscular de los intestinos y la reducida</p>	<p>La paciente a las 24 hrs después de haber iniciado su dieta logró la eliminación intestinal, restableciendo su peristaltismo.</p>

	<p>- Valorar datos de distensión abdominal</p> <p>-Después de su siesta se ayudó a la paciente a deambular</p> <p>- Observar que la paciente ingiera su dieta completa.</p> <p>(SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO)</p> <p>- Proporcionar orientación sobre : la deambulación, la ingesta de abundantes líquidos</p> <p>- Orientarle sobre los alimentos ricos en proteínas y vitaminas.</p> <p>- Efectuar un plan de alta dando las indicaciones necesarias para que lleva una alimentación balanceada en su casa.</p>	<p>ingesta de líquidos durante el parto.</p> <p>>El restablecimiento del funcionamiento intestinal normal requiere aproximadamente una semana, debido a disminución de la motilidad del intestino, pérdida de líquido .</p> <p>La deambulación favorece la buena función intestinal.</p> <p>Conocer la información acerca de sus propios cuidados le brindará confianza y seguridad</p>	<p>Se orientó a la paciente sobre la alimentación adecuada para evitar el estreñimiento.</p>
--	--	--	--

4. PLAN DE CUIDADOS DESARROLLADO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

FECHA: 15 DE FEBRERO DEL 2004

4.4 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Déficit del requisito universal de actividad y descanso **relacionado a** deterioro de la movilidad física **manifestado** por encorvamiento y malestar en la herida al caminar

OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>> La paciente logrará mejorar su postura durante la deambulaci3n al t3rmino del turno</p>	<p>(SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO)</p> <p>La paciente desea levantarse se le sienta en el borde de la cama cinco minutos y luego inicia la deambulaci3n . Pero antes de levantarla se aplica su analg3sico un gramo de metamizol I.V.</p> <p>Se ayuda a la paciente para su deambulaci3n y durante el ba1o de regadera.</p> <p>Aplicaci3n del vendaje compresivo abdominal, posterior al ba1o.</p> <p>Para que tenga m3s fuerza y animo para caminar, se ofrece sus l3quidos y se le deja reposar.</p>	<p>> La postura correcta puede definirse como la relaci3n anatómica 3ptima que guarda entre s3 las partes del cuerpo.</p> <p>>Las molestias son producto de la cirug3a y del trauma obst3trico quir3rgico.</p> <p>>La deambulaci3n previene complicaciones, la deambulaci3n despu3s del parto se inicia antes de las ocho horas.</p> <p>>La deambulaci3n favorece el buen funcionamiento intestinal.</p> <p>>El vendaje abdominal da seguridad a la paciente y confianza al caminar, disminuyendo las molestias de la herida.</p>	<p>Se logra que la paciente al t3rmino del turno logre una mejor posici3n al caminar , disminuyendo el dolor y las molestias con el vendaje abdominal, de tal forma que le permite mejorar el movimiento.</p> 

**(SISTEMA DE
APOYO EDUCATIVO)**

- Orientar a la paciente sobre la postura y manera correcta de caminar.-
- También se le enseña la manera de preparar la venda de treinta centímetros y la forma correcta de colocarla, para que ella tenga más confianza al caminar.
- Se le recomienda disminuir en su casa la actividad entre deambulación y descanso en la manera que le sea posible.

4. PLAN DE CUIDADOS DESARROLLADO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

FECHA 15- FEBRERO-2004

4.5. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Potencial del déficit del requisito universal de prevención de riesgos para la vida y funcionamiento humano **relacionado** a deterioro de la integridad cutánea **manifestado** por dolor en herida quirúrgica abdominal afrontada.

OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>>La paciente logrará mantener las mejores condiciones mediante la ejecución de acciones para la prevención de riesgos que alteren el proceso de cicatrización de la herida quirúrgica abdominal.</p>	<p>(SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO)</p> <p>11.00/ 15-02-04</p> <p>Se revisó la herida quirúrgica de la paciente se encontró los bordes bien afrontados con escasas huellas de sangre. Durante el primer día post-operatorio. Aplicación de analgésico 1 gr. de Metamizol I.V:</p> <p>La siguiente intervención fue el baño, ya que se le ayudó a bañarse, mismo que se aprovecho para orientarle acerca de su baño en casa.</p>	<p>>El dolor se presenta a causa de la cirugía y del trauma obstétrico</p> <p>>El metamizol es un fármaco que actúa impidiendo la formación de prostaglandinas en el organismo. Las prostaglandinas se producen en respuesta a una lesión, o a ciertas enfermedades, y provocan inflamación. El metamizol reduce la fiebre y el dolor.</p>	<p>> Se logra que la herida quirúrgica de la paciente se encuentre en las mejores condiciones, sin presencia de datos de infección, y disminuyendo el dolor, permitiendo continuar su proceso de cicatrización .</p>

	<p style="text-align: center;">(APOYO EDUCATIVO)</p> <p>Orientación a la paciente sobre el baño y el aseo de la herida. Indicarle que previo al baño debe retirar el apósito transparente (opsite). Se le indica que realizará su baño normal, sin embargo habrá que tomar algunas precauciones como: lavar el pelo hacia un lado para evitar que el agua sucia caiga sobre la herida, luego tallará su tronco anterior y posterior hasta donde le sea posible sin tocar la herida. Enseguida centrará su atención para lavar solo la herida, proporcionándole un paquete de gasas o con su estropajo nuevo y limpio e indicándole que moje la gasa la impregne de jabón y con esta se frote de arriba hacia abajo, asegurándose de eliminar los residuos hemáticos y a la vez se enjuague con agua corriente posteriormente se lava el resto de su cuerpo sin agacharse mucho para evitar el dolor. Para lavar sus pies deberá recibir ayuda de su esposo, un familiar o de la enfermera. Cuando</p>	<p>>El acompañamiento durante la realización de sus cuidados a la paciente da seguridad a verificar su aprendizaje con la guía, enseñanza y supervisión de la enfermera</p> <p>>Mediante la enseñanza a la paciente de acciones preventivas como:</p> <p>Técnica de aseo de la herida quirúrgica, siguiendo los principios: de arriba hacia abajo y del centro a la periferia.</p> <p>Secar perfectamente la herida y área circunvecina.</p> <p>> Revisar signos de infección como son : enrojecimiento ,mal olor, presencia de secreción, son signos de alarma , que complican un herida quirúrgica</p> <p>>El apoyo educativo es básico para contribuir al autocuidado de las personas.</p> <p>>El proceso de cicatrización consiste en :</p> <p>Angiogénesis (formación de nuevos vasos sanguíneos) - Contracción (el cierre de los bordes de la herida)</p>	<p>La paciente aprende a realizarse su baño de regadera y a revisarse su herida.</p> 
--	--	---	--

	<p>termine su baño deberá secarse lo mejor posible el pelo y el cuerpo, se pondrá una bata limpia. Posteriormente pasará a su cama para curación de la herida y cubrirla.</p> <p>Ya cubierta la herida se le orienta sobre la colocación del vendaje abdominal.</p> <p>Para la colocación del vendaje es necesario doblarla en acordeón en tres partes y con ayuda del esposo un familiar o la enfermera.</p> <p>Se le informa que deberá dejar doblada su venda sobre la cama para que cuando termine de bañarse se vaya a su cama y se recueste sobre ella, asegurando que la ubicación de ésta quede a nivel del sacro y las vértebras lumbares verificando que cubra la herida. Enseguida la persona que le ayude tomara el primer extremo de la venda y lo colocara sobre la herida pero estirándola de manera que la venda de soporte al abdomen pero no comprima demasiado y le van a pedir que sujete este extremo de la venda con firmeza para evitar se desplace.</p>		
--	---	--	--


	<p>A continuación la persona que le este ayudando tomara el extremo contrario y hará lo mismo, cubriendo el primer extremo que esta sujetando a Jovita de manera alternada deberán continuar cubriendo, estirando y fijando cada extremo de la venda hasta llegar al último, él cual se fijara con los ganchos que trae la venda o con tela adhesiva si la puede comprar de preferencia. Esta intervención se repitió el día 16-02-04 Por la mañana y al medio día se fue de alta.</p> <p>Posterior al retiro de soluciones las indicaciones sobre analgésico es : paracetamol una tableta cada ocho horas y en caso de dolor más fuerte dar dolac vía oral.</p>		
--	--	--	--

4. PLAN DE CUIDADOS DESARROLLADO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

FECHA: 15 DE FEBRERO DEL 2004

4.6 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Potencial del déficit del requisito universal de prevención de riesgos para la vida y funcionamiento humano (Lactancia materna ineficaz) , relacionado a pezón semi –plano , manifestado por dificultad para amamantar a la recién nacida

OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<p>>La paciente en puerperio logrará amamantar a su recién nacida , mediante la enseñanza de técnicas para la formación de pezón durante el turno.</p>	<p>Enseñarle a Jovita las técnicas de formación del pezón. 1) Formación manual del pezón. Recordar que el lavado de manos es indispensable antes de realizar cualquier actividad de alimentación a la bebé. Esta técnica consiste en favorecer la producción Láctea y la formación del pezón. Por lo tanto se inicia con el masaje mamario de la porción externa hacia la interna y de arriba hacia abajo, posteriormente se realiza la estimulación manual</p>	<p>>Inmunidad materna-natural de trasmite a través de la lactancia materna > La salida de la primera leche materna se le nombra calostro</p> <p>>Las glándulas producen entre 1 000 y 2 000 mi en 48 horas, por la acción de la prolactina que se manifiesta intensamente , a partir del 5º día.</p> <p>>La congestión mamaria y aparición de nódulos se evitan si se logra dar un buen amamantamiento.</p>	<p>>Se logra que la paciente a término del turno amamante en forma adecuada a la recién nacida, mediante la enseñanza de técnicas para formación de pezón</p> 

	<p>del pezón para que se ponga erecto, ya erecto la mujer toma el pezón, jala suavemente y lo gira hacia la derecha y la izquierda lo que ella tolere.. Este procedimiento lo debe realizar tres veces al día. Después del masaje y los ejercicios para la formación del pezón, acercarle a la bebé para que la alimente. el alta de Jovita esta planeada para el día 16 por lo que se decide enseñarle la técnica instrumentada.</p> <p>2) Técnica de formación del pezón con jeringa. Este es otro procedimiento para ayudar a la formación del pezón. Dirigir la aplicación de la técnica, para lo cual se requieren: de un vasito graduado, dos jeringas de 20 cc. y 30 cm de equipo de venopack, uniendo las jeringas de cada extremo para ser conectado al pivote de cada una de las jeringas, a una de ellas se le retira el embolo, para colocar la base de la jeringa</p>	<p>> El examinar pezones y areolas. tiene especial importancia para identificar pezones invertidos o planos, que dificultan al niño la succión (lo ideal es hacer esto en el período prenatal, con anticipación a la lactancia).</p> <p>>El aspecto de las mamas adquiere las siguientes características: turgencia, piel tersa, aspecto congestivo, aumento local de temperatura, red venosa superficial evidente, pezón formado, erecto, fácilmente estimulable, con salida de leche en forma espontánea y a la expresión e hijo La técnica instrumentada es la segunda opción después de la manual para la formación del pezón .</p> <p>>La leche materna promueve y mantiene la relación afectiva madre</p>	
--	--	--	--

sobre el pezón pidiéndole a la mujer lo sostenga con una mano y con la otra aspirela jeringa hasta obtener leche, este procedimiento se repite de tres a cinco veces en cada pezón para inducir su formación, en forma gentil. Este procedimiento se repitió cuatro veces, tres el día 15 y una vez el día 16-02-04



> Explicar la forma de interrupción de la succión del seno materno sin que se lesione el pezón al retirarlo, colocando el dedo meñique en la boca de el niño.

> Explicar la forma de recargar al niño en posición vertical sobre el hombro materno después de cada alimento, dándole palmadas ligeras en la espalda a fin de que expulse el aire que deglutó durante el amamantamiento.

4. PLAN DE CUIDADOS

FECHA: 15 DE FEBRERO DEL 2004

4.7 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DESARROLLADO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

Déficit del requisito universal de la promoción de la vida humana relacionado a escasos conocimientos y poca familiaridad con los recursos para obtener información acerca del cuidado de la recién nacida manifestado por verbalización del problema.

OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>> La paciente aprenderá los cuidados que requiere la recién nacida</p>	<p>(APOYO EDUCATIVO) Se le proporciona a Jovita orientación y enseñanza sobre: Enseñar a bañar a la Recién nacida, de manera que no se le vaya a resbalar. Sobre la importancia de la lactancia materna y sus beneficios para su pequeña, vigilando que el pezón y la areola estén dentro de la boquita de la niña, durante el amamantamiento, cuando se agote la leche de una mama, la bebé deberá cambiarse a la otra mama, cuando termine de lactarla deberá recordar en que mama se quedó para darle la opuesta. una vez terminada la sesión de amamantamiento, estimular a la niña para que</p>	<p>> Facilitar la interacción temprana entre el niño y sus padres, y animar a éstos para que acudan a las charlas y demostraciones sobre cuidados infantiles. > Una orientación adecuada evitará el desconocimiento y dudas de la paciente > Alternar las mamas ayuda a mantenerlas homogéneas en su tamaño y su funcionalidad. > En cada alimentación al seno materno al recién nacido se promueve el eructo para evitar la broncoaspiración</p>	<p>> Se logra que a través de la orientación, Jovita realice los cuidados que requiere la recién nacida., aumentando sus conocimientos mediante la práctica y la orientación</p>



eructe, a fin de permitir que expulse del estómago el aire deglutido.

Sobre el cuidado del muñón del cordón umbilical mantenerlo limpio, posterior al baño aplicar un toque con una torunda alcoholada y conservar el pañal doblado, de modo que no lastime el muñón y en un plazo de 7 a 8 días el cordón estará seco y se desprenderá.

Posterior a ello revisar con frecuencia los pañales y cambiarlos cuando estén húmedos y limpiar la región con agua tibia, así como posteriormente lavarse las manos.

Vestir con ropa cómoda a la bebé, evitando el uso de guantes ya que puede lastimar los pequeños dedos de la recién nacida, se recomienda envolverla para mantener su temperatura y favorecer el sueño.

> Los cuidados al muñón son básicos para la prevención de infecciones y promover la cicatrización.

El cambio de pañal ayuda a evitar la dermatitis por pañal.



CAPITULO V

5.- PLAN DE ALTA

ASPECTOS TRATADOS

Reafirmación de los siguientes recomendaciones

❖ Recomendaciones dietéticas

- Su alimentación deberá ser normal, bajo en grasas e irritantes
- No ingerir bebidas alcohólicas
- Alimentos ricos en fibra como frutas frescas y vegetales: Frutas con gabazo: naranjas, mandarinas. limón real, lima, jícama, piña, entre otros y todo tipo de verduras, las puede consumir cocidas al vapor o crudas pero desinfectadas.
- Carne, huevo, leche, queso, o proteínas vegetales (soya, cacahuates, nueces, almendras, frijoles, habas, alverjones, garbanzos, aguacate) deberá consumirlos mínimo tres veces por semana.
- Deberá consumir mínimo 2 1/2 a 3 litros de agua o mas si tiene sed.

❖ Cuidado de la herida quirúrgica

Seguir las recomendaciones brindadas en la orientación previa:

- Revisión de la herida por la paciente
- Saber identificar manifestaciones de presencia de infección
- Vendaje abdominal

❖ Fomentar la lactancia materna

- La lactancia estrecha la relación madre-hijo por el contacto físico y emocional
- La mirada cara a cara brinda seguridad al bebé, y ayuda a reconocerla a usted
- Alimentar diariamente a su bebé y de manera ininterrumpida la ayudará a mantener sus mamas saludables.
- Examinar pezón y continuar los ejercicios que ayudan a la formación de los pezones
- Fomentar un ambiente tranquilo, agradable y seguro todos los días
- Acudir al retiro de puntos después de ocho días

❖ Vigilancia de la evolución de las características del sangrado transvaginal .

- Vigilar características del sangrado, así como cantidad, observar el número de toallas utilizadas en una hora.
- En caso de sangrado abundante o presencia de coágulos acudir a urgencias

❖ Alentar el reposo relativo, sueño y deambulación.

- Deberá descansar a intervalos, cuando pueda; Durante la lactancia, después de lactar a la bebé, a media mañana o a media tarde, tal vez después de comer pueda tomar una siesta.
- Antes de acostarse a dormir asegurar que la bebé esta limpia del pañal, y bien comida para que la deje descansar. Proporcionarle leche materna le ayudará el evitar levantarse.

❖ Acudir a sus proximas citas.

- Para su valoración y chequeo de su recién nacida.

5.1.- CONCLUSIONES

El proceso de enfermería ha resultado ser una metodología útil para lograr la sistematización del cuidado hacia la paciente, puesto que con frecuencia se cometía el error de omitir datos que eran valiosos para brindar un buen cuidado.

Esto ocurre por la falta de práctica en la documentación del proceso de enfermería debido a que por tradición las enfermeras estábamos acostumbradas más al hacer, que al pensar y el escribir.

Otra ventaja que ha demostrado el proceso de enfermería es la individualización hacia el cuidado de la paciente, utilizando las cinco etapas desde la valoración , diagnósticos, planificación , ejecución de intervenciones de enfermería y la evaluación en donde vemos los resultados obtenidos, en este caso fue posible lograr ambas situaciones con la mujer puérpera, con la recién nacida . También contribuye a la profesionalización de la enfermería ya que implica desarrollar el pensamiento crítico.

Se ve que importante es que la mujer en puerperio aprenda sobre el autocuidado ya que de esta manera esperamos mejores resultados y evitamos complicaciones como por ejemplo en la herida quirúrgica abdominal ya que capacitándola vamos a prevenir una infección y hasta una dehiscencia, por lo que aplicar la teoría de Dorothea E. Orem ayudó a profundizar sobre el autocuidado permitiéndonos la detección de los déficit de autocuidado de la paciente.

Entre los aspectos más sobresalientes según los déficit de autocuidado de la paciente tenemos: el mejorar el estado de hidratación de la paciente, posterior al parto, así mismo posterior al ayuno dar abundantes líquidos y una dieta adecuada , esto reducirá el riesgo de presentar estreñimiento, la deambulación temprana, la aplicación de analgésicos indicados, el cuidado de la herida quirúrgica, la colocación del vendaje abdominal., la lactancia materna y la formación del pezón para amamantar a la recién nacida . Entre los cuidado de la bebé tenemos: la importancia de la leche materna, el baño , cuidados del muñon y cambio de pañal.

Es por ello que la intervención de enfermería se basó en el sistema parcialmente compensatorio y el de apoyo educativo, ya que es una situación en la que la paciente es capaz de realizar y aprender las medidas y cuidados para su autocuidado terapéutico interno y externo, mediante la ayuda de la guiarle y enseñarle.

Es por ello que se sugiere que la enfermera debe continuar brindando orientación a las pacientes mediante el apoyo educativo para elevar la calidad de atención que se brinda, a la vez de beneficiar a la paciente se beneficia a la institución reduciendo gastos por el menor tiempo de permanencia hospitalaria, por lo que fue útil la aplicación de este Proceso de Enfermería a esta mujer en puerperio quirúrgico.

5.2.- SUGERENCIAS

En cuanto a las sugerencias se recomienda lo siguiente:

- Dar a conocer en los centros hospitalarios. la utilidad y los beneficios que brinda el manejo del proceso de enfermería, el cual nos lleva a la valoración del estado de salud de la persona, dando la pauta de efectuar un buen diagnóstico de enfermería que permite planificar, ejecutar las intervenciones y a la vez a evaluar todo el proceso .
- Incrementar la aplicación del Modelo de Atención de la Doctora Dorothea E. Orem y su teoría del Autocuidado.
- Motivar a los estudiantes de la Carrera de Enfermería al uso de este modelo de enfermería para la atención de los pacientes, y a su aplicación en pacientes púerperas, permitiendo un buen desarrollo académico profesional , viéndose las pacientes favorecidas con su intervención.

5.3.- -GLOSARIO

Acción de Autocuidado. Es "la habilidad adquirida compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, actividad y desarrollo humano y promueven el bienestar".

Autocuidado.- Es una actividad del individuo aprendida por este hacia un objetivo, aparece en situaciones concretas o difíciles de la vida que afecta su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

Calostro.- Es la primera leche que sale de la madre posterior al parto.

Déficit de Autocuidado.- Es "una relación entre la demanda de auto cuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el auto cuidado que constituyen la acción no son operativas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de auto cuidado terapéutica existente ". Así lo menciona Orem en su gran teoría del déficit del autocuidado.

Diagnóstico .- Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la Valoración.- es el análisis de los datos recogidos en la etapa anterior para identificar problemas reales y potenciales, así como la causa de los mismos.

Diagnóstico de Enfermería.- Problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta hollística humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

Dorotea E. Orem.- Teórica que considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado, la teoría de los Sistemas de enfermería.

Proceso de Enfermería.-Es un proceso de enfermería ordenado y sistematizado para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

PES.- Formato que Marjory Gordon considera como universal, para la realización de diagnósticos de enfermería que significa Problema Etiología y Signos y Síntomas

Puerperio.- Es la etapa constituida por el tiempo necesario para que el organismo materno recupere el estado anterior al embarazo, inicia desde el final del alumbramiento hasta la involución "completa" del organismo, esto es aproximadamente entre la 6 Y 8 Semanas.

Puerperio Quirúrgico.- Es la etapa constituida por el tiempo necesario para que el organismo materno recupere el estado anterior al embarazo: oscila entre 6 y 8 semanas posterior a una Cesárea.

Recién Nacido.- Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Sistema de Enfermería.-Serie continua de acciones que se producen cuando la enfermera vincula sus formas de ayuda a sus acciones o a las acciones de personas a las que se están asistiendo y están dirigidas a identificar las demandas de auto cuidado terapéutico de esas personas o a regular su acción de auto cuidado.

5.4.-BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería, 2ª. ed, Barcelona España 1992
- Atkinson y Murray. , Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Manual Moderno. México.
- Bally y cols. Enciclopedia de la Enfermera Vol. 5 Ed. Océano
- Diccionario de Especialidades Farmacéuticas PLM, 47 ed. Edit. Thomson .
- Griffith-Christensen. Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de teorías, guías y modelos, 1ª ed. Ed. Manual Moderno , México 1993.
- Marriner-Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería, 3ª ed, Ed. Mosby-Doyma. España:1994
- Mondragón. Obstetricia Básica ilustrada, 4ª ed. Ed. Trillas 1991. México 1992
- Nordmark- Rohweder. Bases científicas de la Enfermería, 2ª.ed, Ed. Manual Moderno. México- Santafé de Bogotá : 2001.
- Olds. Enfermería Materno Infantil . 4a.ed, Ed. Interamericana. México 1995.
- Ostiguin- Velásquez. Teoría general del déficit de autocuidado. Ed. Manual Moderno.
- Rodríguez .Proceso Enfermero, 2ª. ed, Ed. Cuellar. México 2002.
- Taptich y cols, Diagnóstico de Enfermería y Planeación de Cuidados, Edit. Interamericana.
- Velásquez. Método Enfermero. pre-ed. Ed. Manual Moderno. México 2004.

5.5.- ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
 ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN.

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
 MODELO DE DOROTHEA OREM

Datos de Identificación.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil.: _____
 Ocupación: _____ Escolaridad: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____ Religión: _____
 Lugar de origen: _____ Lugar de residencia: _____
 Servicio: _____ Folio: _____

I. FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO.

ESTRUCTURA FAMILIAR.

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Aporte Econ.

Enfermedades de familiares cercanos:

Diabetes Mellitus _____ Hipertensión _____ Cáncer _____
 Crisis Convulsivas _____ Corazón _____ Malformaciones _____
 Otras: _____

II. REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO.

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de *aire*.

Mecanismo de respiración: independiente _____ dependiente _____
 Alteraciones presentadas: fumador _____ pasivo _____ activo _____

No de cigarros al día _____ Tiempo _____
 No de habitaciones diferentes a la cocina y baño _____
 No de ventanas por habitación _____
 Existen animales en el domicilio _____
 Se han presentado alguna vez problemas de respiración _____
 Como se han resuelto _____

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de **agua**.

Que cantidad de agua consume al día _____
 Cuidado del agua que consume: garrafón _____ filtro _____ hervida _____
 Líquidos para bebida de preferencia _____

3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de **alimentos**.

Horario de alimentación y tipo de alimentos diarios

Desayuno	Comida	Cena
Hrs.	Hrs.	Hrs.

Consumo del grupo de alimentos por semana:

Proteínas (Carne, leche, huevo, quesos, otros): _____

Vitaminas (frutas y verduras): _____

Carbohidratos (Pan, tortilla, azucares, harinas, otros): _____

Grasas (aceite vegetal, grasa animal, margarina, mantequilla, etc): _____

Alimentos preferidos _____

Alimentos desagradables _____

Alimentos que producen alergias _____

Alimentos que producen intolerancia _____

Consumo de alimentos de bajo contenido nutritivo _____

Quién se encarga de preparar los alimentos _____

Como es el consumo de alimentos por el agente de cuidado _____

4.- Proceso de **eliminación**.

Tiene control de su actividad urinaria _____ Como practica esta técnica

Características de la orina (color, olor, cantidad, horario) _____

Presenta alguna molestia al orinar _____ Si la hay como la resuelve _____

Tiene control de la actividad intestinal _____ Como practica esta técnica

Características de la actividad intestinal (forma, olor, color, cantidad, horario)
Presenta alguna molestia al evacuar _____ Si la hay como la resuelve _____
Cada cuando se baña _____ Cambio de ropa interior _____
Cambio de ropa externa _____ Cepillado dental _____
Lavado de manos al día _____ Corte de uñas _____
Características de la transpiración _____

5.- Procesos de **actividad y descanso**.

¿Cuáles son sus actividades en un día? _____

¿Cómo las realiza? _____

¿Quiénes son las personas que le brindan apoyo? _____

¿Realiza actividades que mejoren su condición actual? _____

¿Cuáles? _____

¿Qué tipo de actividad prefiere realizar? _____

¿Cuál es su horario de sueño diario? _____

¿Practica algún tiempo de descanso en el día? _____ Tiempo _____

Su descanso le da una sensación de satisfacción _____

¿Le cuesta trabajo conciliar el sueño? _____

¿Cuándo no puede dormir, tiene algún recurso que favorezca su sueño? _____

¿Realiza alguna actividad específica cuando no puede dormir (sin medicamentos)? _____

6.- Procesos de **interacción social y soledad**.

Durante su vida ¿cómo considera que sea su interacción con las personas?

¿A qué atribuye esta situación? _____

¿Qué tipo de convivencias prefiere? _____

¿Qué disfruta más la compañía o la soledad? _____

¿Con qué miembro de su familia se siente en confianza para comentar sus problemas? _____

¿Hay alguien más que le produzca esta confianza? _____

¿Por qué? _____

7.-Prevención de **riesgos para la vida y factores de bienestar humano**.

¿ Siente que sus sentidos básicos le dan posibilidad de apoyo a una situación de riesgo?

Visión _____ Oído _____ Tacto _____ Gusto _____ Olfato _____

Vivienda: Casa _____ Departamento _____ propia _____ rentada _____ prestada _____

Tipo de construcción: _____

Servicios intra y extradomiciliarios: _____

¿ Hay algún elemento en su casa que le produzca inseguridad? _____

¿Cuál es ese elemento? _____

¿ Cómo maneja los elementos de riesgo en su hogar? _____

¿ Conoce medidas universales de cuidado? Incendio _____ Temblor _____

Inundación _____

¿Se considera preparado en su condición actual para afrontar uno de estos eventos de desastre natural? _____

¿Necesita ayuda para vestirse Si _____ No _____ ¿bañarse? Si _____ No _____

¿Cambio de ropa? Si _____ No _____ ¿acudir al baño? Si _____ No _____

¿Siente que ha ido superando estos aspectos con la práctica diaria? Si _____ No _____

¿Por qué? _____

8.- *Promoción de la actividad humana.*

¿Qué actividades humanas favorecen una condición de vida con el mejor bienestar posible? _____

¿Considera que su situación económica limite el mejoramiento de su salud? _____

¿Su religión es un factor de apoyo ante su situación actual? _____

¿Cómo conceptualiza la vida? _____

Su situación actual ¿cómo la ha ido superando? _____

¿Cuáles son sus expectativas con respecto a su vida? _____

III. REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO RELATIVOS AL DESARROLLO.

Etapa del ciclo vital en que ocurrió el evento _____

Condiciones que favorecen el desarrollo de este ciclo vital _____

Condiciones que no favorecen el desarrollo de este ciclo vital _____

¿Qué elementos favorecen un mejor desarrollo de su condición actual? _____

¿Quiénes pueden favorecer un mejor desarrollo de su condición actual? _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACIÓN A LA SALUD.

a. *Desviación Actual.*

¿Conoce usted la causa de su padecimiento? _____

¿Qué le han explicado de su situación actual? _____

¿Qué considera requiere saber acerca de su padecimiento actual? _____

¿Qué ha hecho hasta ahora para mejorar su condición de vida? _____

¿Siente que requiere apoyo de otros profesionales para mejorar su condición actual?
¿Quiénes? _____

¿Ha tenido alguna complicación que retrase los avances logrados en su padecimiento?

b. Desviación de los estilos de vida.

Aire _____

Alimentación _____

Eliminación _____

Movilización y marcha _____

Actividad y descanso _____

Interacción social _____

Comunicación _____

Con que frecuencia acude a reuniones: familiares _____ sociales _____

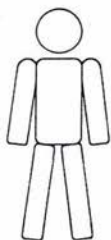
deportivas _____ religiosas: _____ otras _____

EXPLORACIÓN FÍSICA.

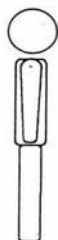
Peso: _____ Talla: _____ FC: _____ FR: _____ T/A: _____ Temp.: _____

SOMATOSCOPIA

Postura:



Anterior



Lateral



Posterior

OBSERVACIONES: _____