



**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**PROCESO DE ENFERMERÍA
CON EL REFERENTE TEÓRICO DE
DOROTHEA E. OREM
APLICADO A UN CASO CLÍNICO DE
PUERPERIO FISIOLÓGICO**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Presenta:

Librada Pita Hernández

Asesor(a):

L.E.Q.D Bertha Herlinda Ruiz Cubillo

Morelia, Michoacán, Noviembre de 2019





DIRECTIVOS

M.S.P. JULIO CESAR GONZÁLEZ CABRERA

DIRECTOR

M.E. RUTH ESPERANZA PÉREZ GUERRERO

SECRETARIA ACADÉMICA

C.M.E. RENATO HERNÁNDEZ CAMPOS

SECRETARIO ADMINISTRATIVO



MESA SINODAL

ME: BERTHA HERLINDA RUIZ CAUBILLO

Presidente:

PSIC: GABRIELA GALVAN VILLALOBOS

Vocal 1:

DRA. MA. DEL CARMEN MONTOYA DIAZ

Vocal 2:



DEDICATORIAS

Eres una mujer que simplemente me hace llenar de orgullo, te amo y no va haber manera de devolverte tu apoyo incondicional. Este es un logro más que llevo a cabo, y sin lugar a dudas ha sido en gran parte gracias a ti; no sé en donde me encontraría de no ser por tus ayudas, tu compañía y tu amor.

Te doy mis sinceras gracias, amada madre.

Sé que siempre estuviste para mí en mis años de formación. Sé que me amabas y que era especial para ti. Ahora tengo recuerdos maravillosos y hoy más que nunca te extraño papá.

Librada Pita Hernández.



AGRADECIMIENTOS

Gracias dios por darme la vida, por darme esta linda familia, por ser quien soy y por estar donde estoy. ¡Gracias por tantísimo!

A mi esposo Gueovany Suriel Maldonado Torres, gracias por apoyarme y motivar en mí el deseo de superación.

A mi hijo e hijas, son mi orgullo mi motivación los que me impulsan cada día a superarme.

A mi asesor por el tiempo dedicado y su paciencia en la elaboración de este proceso.

Librada Pita Hernández.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	10
II. JUSTIFICACIÓN	11
III. OBJETIVOS.....	13
OBJETIVO GENERAL.....	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
IV. MARCO TEÓRICO.....	14
4.1. PROCESO DE ENFERMERÍA	14
4.1.1. VALORACIÓN.....	16
4.1.1.1. Entrevista Clínica.	18
4.1.1.2. Observación.....	21
4.1.1.3. Exploración Física.....	21
4.1.2. DIAGNÓSTICO.....	22
4.1.3. PLANEACIÓN	24
4.1.4. EJECUCIÓN.....	27
4.1.5. EVALUACIÓN	28
4.2. TEORIA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	30
4.2.1. TEORÍA DE AUTOCUIDADO.....	31
4.2.2. TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	34
4.2.3. TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA	34
4.3. PUERPERIO FIOLOGICO	35
V. METODOLOGÍA	53
5.1. ASPECTOS ETICOS	53
5.1.1. REGLAMENTO DE LEY GENERAL DE SALUD.	53
5.1.2. DECLARACION DE HELSINKI.....	56
5.1.3. CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO.....	59
VI. CASO CLÍNICO	63
VII. PROCESO ENFERMERO CON REFERENTE TEÓRICO DE OREM.....	65
7.1. VALORACIÓN.....	65

7.2 . DIAGNÓSTICO.....	66
7.3. PLANEACIÓN	67
7.4. EJECUCIÓN	68
7.5. EVALUACIÓN	70
VIII. CONCLUSIONES.....	71
IX. SUGERENCIAS.....	72
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
XI. GLOSARIO	75
XII. ANEXOS	77
ANEXO 1. GUÍA DE VALORACIÓN CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM	77
ANEXO 2.CONSENTIMIENTO INFORMADO	86
ANEXO 3.INDICACIONES MÉDICAS	87
ANEXO 4. IMÁGENES DE LOS CUIDADOS EN EL PUERPERIO FISIOLÓGICO.	88
ANEXO 5. PROCESO DE ENFERMERÍA CON REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM.....	90
ANEXO 6: SÍNTESIS DE TEORÍA DE OREM.....	95



RESUMEN

La importancia de la atención de la mujer en el puerperio o el periodo posparto, es sumamente importante el realizar un proceso enfermero en esta condición porque de los cuidados que se le brinden a la paciente depende que una evolución satisfactoriamente. Se presenta un proceso enfermero aplicado a un caso clínico de puerperio fisiológico sustentado con el referente teórico de Dorothea E. Orem, tomando en cuenta las cinco etapas de dicho proceso, utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, con los diagnósticos de la NANDA, los resultados esperados NOC y las intervenciones de enfermería NIC. Se aplica la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem en este Proceso Enfermero para demostrar que todo Caso Clínico con Puerperio Fisiológico requiere de autocuidado, atención del déficit de autocuidado y la agencia de enfermería en los diversos sistemas de enfermería. Al aplicar el proceso enfermero en el Hospital Comunitario Carácuaro-Nocupétaro se pretende beneficiar no solo a una paciente, si no a todas las usuarias con puerperio fisiológico que se atienden en esta institución, promoviendo su autocuidado para lograr el completo bienestar de estos casos. El desarrollo del presente Proceso Enfermero fue aplicado en el Hospital Comunitario Carácuaro-Nocupétaro a un caso clínico específico de Puerperio fisiológico para que posteriormente sean beneficiadas las pacientes que acuden a recibir su atención en dicho nosocomio por la misma razón.

Abstract

The importance of the care of women in the puerperium or the postpartum period, it is extremely important to carry out a nursing process in this condition because of the satisfactory care given to the patient. A nursing process is applied to a clinical case of



physiological puerperium based on the theoretical reference of Dorothea E. Orem, taking into account the five stages of said process, using the taxonomy NANADA, NIC, NOC, with the diagnoses of NANDA, the expected results NOC and nursing interventions NIC.

The Dorothea Orem Self-Care Deficit Theory is applied in this Nursing Process to demonstrate that every Clinical Case with Physiological Puerperium requires self-care, attention to the self-care deficit and the nursing agency in the various nursing systems. When applying the nursing process at the Carácuaro-Nocupétaro Community Hospital, it is intended to benefit not only one patient, but all users with physiological puerperium who are treated in this institution, promoting their self-care to achieve the complete well-being of these cases. The development of this Nursing Process was applied at the Carácuaro-Nocupétaro a Community Hospital for a specific clinical case of physiological Puerperium so that patients who come to receive their attention in said hospital for the same reason will be benefited.

Palabras claves: Puerperio, fisiológico, proceso enfermero, autocuidado, caso clínico.



I. INTRODUCCIÓN

En este Proceso abordaremos la importancia de la atención de la mujer en el puerperio o el periodo posparto, es sumamente importante el realizar un proceso enfermero en esta condición porque de los cuidados que se le brinden a la paciente depende que una evolución satisfactoriamente.

Lo fundamental para proporcionar cuidados de calidad y calidez en el puerperio es conectar los cambios físicos, fisiológicos y psicológicos de la madre, el nacimiento de un nuevo ser genera una serie de necesidades del binomio madre-hijo sobre todo en los aspectos de edad, paridad, nivel socioeconómico y estado civil que condicionan el miedo o seguridad de la madre, a través del cuidado enfermero.

El personal debe ser capaz de identificar los riesgos reales y potenciales que puedan alterar la salud de la madre con un enfoque holístico y un sentido humanista.

El profesional de enfermería a través del estudio adquirirá conocimientos y será capaz de identificar los riesgos reales y potenciales que alteran la salud de la madre.

A continuación se presenta un proceso enfermero aplicado a un caso clínico de puerperio fisiológico sustentado con el referente teórico de Dorothea E. Orem, tomando en cuenta las cinco etapas de dicho proceso, utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, con los diagnósticos de la NANDA, los resultados esperados NOC y las intervenciones de enfermería NIC.

Se aplica la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem en este Proceso Enfermero para demostrar que todo Caso Clínico con Puerperio Fisiológico requiere de autocuidado, atención del déficit de autocuidado y la agencia de enfermería en los diversos sistemas de enfermería.



II. JUSTIFICACIÓN

La importancia de esta investigación radica en el impacto de los resultados evaluados en las intervenciones de enfermería a través del Proceso Enfermero con el referente teórico de Orem para que los profesionales del Hospital Comunitario Carácuaro-Nocupétaro logren emplear el conocimiento existente a fin de mejorar la atención brindada a los pacientes que cursan un puerperio fisiológico.

La teoría del Déficit de Autocuidado y el Proceso Enfermero son de gran importancia para el personal de enfermería y/o pacientes ya que con ellos se brindan cuidados directos e indirectos de manera racional lógica y sistemática. Con el proceso enfermero se brinda atención con calidad y calidez. Al aplicar el proceso enfermero en el Hospital Comunitario Carácuaro-Nocupétaro se pretende beneficiar no solo a una paciente, si no a todas las usuarias con puerperio fisiológico que se atienden en esta institución, promoviendo su autocuidado para lograr el completo bienestar de estos casos. El desarrollo del presente Proceso Enfermero fue aplicado en el Hospital Comunitario Carácuaro-Nocupétaro a un caso clínico específico de Puerperio fisiológico para que posteriormente sean beneficiadas las pacientes que acuden a recibir su atención en dicho nosocomio por la misma razón. (Cardenas, 2019)

La población total del Municipio Nocupétaro es de 7649 personas, de cuales 3693 son masculinos y 3956 femeninas. La población de Nocupétaro divide en 3751 menores de edad y 3898 adultos, de cuales 977 tienen más de 60 años.

En la Estructura Social, el derecho a la atención médica por el seguro social solo lo tienen 412 habitantes de Nocupétaro.

En cuanto a la estructura económica, en Nocupétaro hay un total de 1740 hogares, de estas 1722 viviendas, 617 tienen piso de tierra y unos 145 consisten de una habitación solo. 1007 de todas las viviendas tienen instalaciones sanitarias, 955 son conectadas al servicio público, 1436 tienen acceso a la luz eléctrica. La estructura económica permite a 68 viviendas tener una computadora, a 638 tener una lavadora y 1163 tienen televisión.

La educación escolar en Nocupétaro comprende 1161 analfabetos de 15 y más años, y 176 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela. De la población a partir de

los 15 años, 1367 no tienen ninguna escolaridad, 2011 tienen una escolaridad incompleta. 562 tienen una escolaridad básica y 532 cuentan con una educación post-básica. Un total de 470 de la generación de jóvenes entre 15 y 24 años de edad han asistido a la escuela, la mediana escolaridad entre la población es de 5 años.

En este contexto social, es de vital importancia la atención a la mujer en el puerperio o en el periodo de posparto, por los cuidados que se requieren brindar a la paciente antes, durante y después del trabajo de parto o la conclusión del mismo, evitando complicaciones y favoreciendo el bienestar del binomio madre-hijo. En el hospital de Nocupétaro se atiende a un total 287 mujeres en puerperio al año. Quienes requieren una buena atención para lograr una evolución favorable.

En Nocupétaro, la aplicación de proceso enfermero permitirá desarrollar beneficios en gran magnitud para la calidad de atención en el profesional de enfermería y en la atención de las usuarias en puerperio fisiológico, ya que no se cuenta con un hospital cercano que cuente con especialidades de segundo nivel.

Las pacientes en puerperio fisiológico, son vulnerables de ser atendidas con el proceso enfermero ya que están expuestas a varios cambios físicos, biológicos, psicológicos y hormonales; cada paciente responde de manera diferente a dichos cambios, por lo cual el personal de enfermería debe de ser capaz de identificar los riesgos reales y potenciales que puedan alterar la salud de la madre.

Este Proceso Enfermero es factible de ser realizarlo ya que se cuenta con los recursos didácticos, físicos, materiales y financieros, así como la autorización de la paciente, el estudio es autofinanciable y se cuenta en el apoyo de un tutor.(Enfermería, 2013).

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un Proceso de atención de enfermería en el puerperio fisiológico sustentando en la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea E. Orem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar a la paciente del puerperio fisiológico de acuerdo a la teoría de Dorotea Orem.
- Identificar los diagnósticos enfermeros reales de salud o de riesgo en base a la teoría de Orem.
- Planear los de cuidados partiendo de los resultados esperados a fin de determinar las intervenciones de enfermería que favorezcan el autocuidado en el caso clínico.
- Ejecutar el plan de cuidados de a través de la agencia de enfermería y los sistemas de Dorotea Orem.
- Evaluar los resultados obtenidos de acuerdo a las intervenciones realizadas y los resultados esperados.



IV. MARCO TEÓRICO

4.1. PROCESO DE ENFERMERÍA

Se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”. (C., 2010)

El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PE o PAE) se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran.(C., 2010)

VENTAJAS.

La utilización del PE proporciona múltiples ventajas a la práctica de la enfermería:

- Ayuda a detectar (diagnóstico) y abordar (tratamiento) problemas de salud reales o potenciales del sujeto de los cuidados enfermeros.(M G. , (Online).;2010 (cited 2017))
- Incrementa la eficiencia. Optimización de los recursos empleados para la resolución de problemas.
- Ayuda a conseguir la autonomía profesional.
- Enfatiza la importancia del factor humano.
- Fomenta el pensamiento independiente y flexible.(M G. , (Online).;2010 (cited 2017))

OBJETIVOS.

- Permite a la persona participar en su propio cuidado.
- Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
- Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.(IY., (Online); 2013 (cited 2017))

CARACTERÍSTICAS.

Según M. Phaneuf, el PAE o PE tiene seis propiedades o características fundamentales:

- Sistemático: consta de un orden para conseguir el objetivo propuesto. Está formado por un conjunto de etapas establecidas y entrelazadas entre sí. En primer lugar se procede con la valoración, se continúa con el diagnóstico, se sigue con la planificación, ejecución, y por último, evaluación. El orden de las etapas del proceso de enfermería no puede ser alterado, esto no quiere decir que no puedan solaparse.(M G. , (Online).;2010 (cited 2017))
- Propósito: dotar a la enfermera de un sistema para poder prestar atención identificando las respuestas del sujeto.
- Organización: estructura que tiene el proceso enfermero, en la que se puede ver un orden y secuenciación en etapas que a su vez tienen una organización interna en fases.
- Flexibilidad: el proceso puede ser utilizado en cualquier situación de atención de enfermería. (M G. , (Online).;2010 (cited 2017))



FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El PAE, en sus inicios se clasificaba en 3 etapas, valoración, intervención y evaluación. Durante estos años, varias teorías de enfermería le han incorporado fases que lo hacen más operativo para su estudio y aplicación.(CA., 2008)

4.1.1. VALORACIÓN

Es la primera fase del PAE, donde se realiza la recolección de datos de forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar factores y situaciones que guían la determinación de los diagnósticos reales o potenciales, en la persona, familias o comunidad. La recolección de datos se obtiene de fuentes variadas como: el sujeto de atención, la familia, el personal del equipo de salud, los registros clínicos, el examen de laboratorio y otras pruebas diagnósticas. Para recolectar la información se utilizan métodos como la entrevista, la observación y el examen físico. (CA., 2008).

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc...)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

TIPOS DE DATOS A RECOGER:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

MÉTODOS PARA OBTENER DATOS

4.1.1.1. Entrevista Clínica.

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/paciente.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semi estructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican y otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilizarían de las obligaciones, Borrell (1986).

Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos,
 - El contacto físico,
 - La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- **Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador: La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

4.1.1.2. Observación.

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

4.1.1.3. Exploración Física.

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).



- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar qué sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.(Gomez).

4.1.2. DIAGNÓSTICO

Consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyado en un sistema de clasificación de diagnósticos reales, de riesgo y de promoción de la salud. (C., 2010)

La información que compone el enunciado diagnóstico se estructura en tres apartados básicos, aportando cada uno de ellos un valor fundamental al mismo llamado por sus siglas PES:

- Problema: es la parte central donde se realiza una descripción clara y concreta del problema o situación de riesgo; este apartado se denomina “etiqueta diagnóstica”.
- Etiología: se reflejan agentes o factores causales del problema o situación de riesgo de la persona; este apartado se denomina como factores relacionados, factores etiológicos o factores de riesgo, dependiendo del tipo de diagnóstico.
- Signos y síntomas: describe las manifestaciones clínicas que aparecen en la persona como consecuencia del problema.(Amezcu Sanches A, 2011)

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

Diagnóstico real: describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad a una situación de salud o proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias. El problema está presente en el momento de la valoración. Se aconseja escribirlo en formato PES. (Miron Ortega D, 2002)

Ejemplo basado en la teoría de déficit de autocuidado y taxonomía NANDA, NIC, NOC:

Déficit del Requisito Universal de Prevenir los Peligros o Amenazas para la Vida:
Dolor Agudorelacionado conagentes lesivos biológicos *manifestado por*informe verbal o codificado, posición antilógica para evitar el dolor y observación de las evidencias.

Diagnóstico de riesgo: es un problema posible no presente en la actualidad que puede aparecer como consecuencia de la presencia de factores de alto riesgo. El diagnóstico enfermero de riesgo permite que, antes que se produzca un problema, se puedan tomar medidas para prevenirlo. La detección de un diagnóstico de riesgo se produce cuando al valorar al usuario no aparecen manifestaciones de ningún problema pero se observan circunstancias, comportamientos, hábitos, etcétera de alto riesgo para la persona y que en un plazo breve de tiempo podrían hacer que apareciera un problema. Este hecho determina la identificación de un diagnóstico de riesgo. (Camaño Puig RE)

Ejemplo basado en la teoría de déficit de autocuidado y taxonomía NANDA, NIC, NOC:



Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones de posparto (atonía uterina, restos placentarios).

Diagnóstico de promoción a la salud: Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, grupo, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas específicas de salud y que se puede aplicar a cualquier estado de salud. (M G. , (Online).;2010 (cited 2017)).

Ejemplo basado en la teoría de déficit de autocuidado y taxonomía NANDA, NIC, NOC:
Disposición para mejorar el proceso de la maternidad manifestado con expresar deseo de mejorar el estilo de vida en el postparto (eliminación, ejercicio, nutrición, higiene, personal y sueño.

4.1.3. PLANEACIÓN

Consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera - paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. (C., 2010).

Términos de la clasificación.

Interacción de enfermería: todo tratamiento, basado en conocimiento y juicio clínico, que se realiza con un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto los cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, familia y comunidad, como tratamiento puestos en marcha por los profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores del cuidado.

Una intervención de enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el (los) pacientes las intervenciones de enfermería directas comprenden acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales, tanto las acciones directas sobre el paciente como las que son más bien de apoyo y asesoramiento en la naturaleza.

Las intervenciones de enfermería indirectas es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente o grupos de paciente. Las intervenciones de enfermería indirectas incluyen las acciones de los cuidados dirigidas al ambiente que rodea al



paciente y colaboración interdisciplinaria. Estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones de enfermería directas.

Una intervención a la comunidad (o de salud pública) está dirigida al fomentar y a mantener la salud de las poblaciones. Las intervenciones a la comunidad pretenden el fenómeno de la salud el entrenamiento de la salud y las prevenciones de enfermedades de poblaciones, e incluyen estrategias para dirigir el clima social y político en el que vive la población.

Un tratamiento puesto en marcha por el profesional de enfermería en una intervención iniciada por el en respuesta a un diagnóstico de enfermería. Es una acción autónoma basadas en fundamentos científicos que es ejecutada en beneficio del paciente en forma presidible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados tales acciones e iniciaran los tratamientos iniciados por enfermeros especialistas.

Un tratamiento puesto en marcha por el medico es una intervención iniciada por este en respuesta a un diagnostico medico pero llevado a cabo por profesional de enfermería en respuesta a una orden del médico. Los profesionales también pueden llevar acabo tratamientos iniciados por otros proveedores de cuidados, como farmacéutico, fisioterapeutas respiratorios o ayudantes de médicos.

Actividades de Enfermería

Las actividades o acciones específicas que realizan los profesionales de enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar a un resultado avanzado.

Clasificación de intervenciones de enfermería.

Ordenación y disposición de las actividades de enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de dominaciones de intervenciones a estos grupos de actividades.

Toxicomanía de las intervenciones de enfermería.

Organización sistemática de las intervenciones en función de las similitudes. La estructura de la toxicomanía de la NIC tiene tres niveles: campos, clases e intervenciones.

Otros términos

Paciente: es una persona, grupo, familia o comunidad que constituye en el centro de la intervención de enfermería.

Familia: dos o más personas relacionadas consanguinidad o por elección con responsabilidad compartida para fomentar el desarrollo mutuo la salud y el mantenimiento.

Comunidad: grupo de personas y relaciones entre los miembros del grupo que se desarrollan mientras comparten un entorno físico común y algunos organismo e instituciones.

Cuidador: cualquier persona que proporciona asistencia sanitaria o que actúa en nombre de otra. (Gloria M. Bulechek, 2019)

Clasificación de resultado de enfermería (NOC): ¿En qué consiste?

Presenta la terminología estandarizada de los resultados sensibles a la práctica enfermera para ser utilizada por enfermeras de diferentes especialidades y entornos de la práctica con el fin de identificar los cambios en el estado del paciente después de investigación. Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para medir el resultado de un paciente, cuidador, familia o comunidad antes y después de una intervención. En algunas situaciones clínicas, resultado de esta variedad de perspectivas pueden emplearse para la situación de un paciente. Los resultados sean desarrollado para ser utilizados por las enfermeras, si bien otras disciplinas pueden encontrarlos útiles para evaluar la efectividad de las intervenciones para realizar independientemente o en la colaboración de las enfermeras. Cada resultado tiene una definición, una escala o escala de mediada, una lista de indicadores asociados al concepto y una bibliografía de apoyo los resultados están organizados en una taxonomía que facilita la identificación de los resultados para su uso en la práctica. Los tres niveles de la taxonomía ayudan a las enfermeras y a otros a identificar rápidamente los resultados útiles en la práctica. La calificación actual contiene 490 resultados, incluyendo 107 resultados nuevos desarrollados desde la publicación de la 4ta edición 2008.

Definición de un resultado: Un resultado del paciente sensible a la práctica enfermera es un estado, conducta o percepción de una persona familia o comunidad medido a lo largo de un continuo en respuesta a una intervenciones o intervenciones de enfermeras. Los resultados son conceptos variables que pueden medirse a lo largo de un continuo utilizando una escala o escalas de medida. Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado de conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad y no como objetivos esperados. (Swanson, 2019).



4.1.4. EJECUCIÓN

En esta fase se pone en marcha el plan de cuidados con el fin de cumplir los objetivos. Usando la terminología NIC, la ejecución consiste en la aplicación y el registro de actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones enfermeras. (M G. , (Online).;2010 (cited 2017))

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.(Gomez).

Al ingreso de la paciente el profesional de enfermería es el responsable de brindarle los cuidados que sea necesarios como son recopilación de datos, instalación en su unidad toma de signos vitales, proporcionarle bata, pulseras, etiqueta de identificación, y llevar acabo las indicaciones médicas prescritas, donde se aplicara soluciones y administración de medicamentos.

Antes de cualquier procedimiento se le explicara al paciente el procedimiento a seguir, así como la orientación posterior, también se realizara registro en la hoja de enfermería de cualquier intervención ejecutada.

Como también es la encargada de dar apoyo emocional, espiritual, de confort para que el usuario tenga una evolución favorable.



4.1.5. EVALUACIÓN

La evaluación de los resultados se dirige a los comportamientos y es la que con más frecuencia se utiliza cuando se habla de la etapa de evaluación en el PAE. Cuando los resultados son los que se esperaban entonces se juzga que son apropiadas las etapas de diagnóstico, planeamiento y ejecución del plan. (Unicauca., 2016)

Estos resultados son los que se propusieron como resultados esperados en la etapa de planeamiento. Su formulación en forma de conductas objetivamente observables hace posible ese juicio ya que son indicadores del progreso. Si los resultados están dentro de la dirección deseada, se considera que los diagnósticos existentes, los juicios clínicos, las órdenes de enfermería y los métodos de intervención permanecerán inmodificables. En caso de que no se logren los resultados esperados, será necesario iniciar nuevamente la recolección de datos adicionales, formular diagnósticos, hacer planes e intervenciones nuevas. (Unicauca., 2016)

Medición de un resultado

Se utiliza una escala de tipo Likert de 5 puntos con todos los resultados e indicadores que proporciona un número adecuado de opciones para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción descrita por el resultado, por ejemplo, el resultado cognición se mide en una escala de 5 puntos desde “gravemente comprometido” hasta “no comprometido” y el rendimiento del cuidador principal: cuidaos directos se miden en una escala de 5 puntos desde “inadecuados” hasta “completamente adecuado”. Las escalas de medida siempre la puntuación peor posible. Cada escala proporciona puntos de referencia “grave”, “sustancial”, “moderado”, “leve”, “ninguno” para las puntuaciones “1” a “5”. Siempre la puntuación mejor posible y una puntuación “1” es la puntuación peor posible. Cada escala proporciona puntos de referencia (“grave”, “sustancial”, “moderado”, “leve”, “ninguno”) para las puntuaciones de “1” a “5” existe la opción de puntuar un indicador como “no aplicable” para el paciente al elegir la columna NA. La estructura de esta escala no exige el grado de presión necesario para un formato de escala de 10 puntos; al mismo tiempo la escala ha sido valida al identificar cambios graduales en hospitalizaciones de corta duración en cuidados agudos.

Al medir el resultado antes de intervenir la enfermera establece una puntuación basal del resultado elegido y luego puede puntuarlo desde la intervención. Esto permite a las



enfermeras seguir los cambios en el estado del paciente o el mantenimiento de los estados del resultado a lo largo del tiempo y en diferentes entornos. Por ejemplo un paciente puntúa un “2” antes de la intervención y “4” después la puntuación del cambio es+ 2. El resultado real es el cambio observado en la puntuación del resultado después de las intervenciones enfermeras. Esta puntuación del cambio puede ser positiva (aumenta la puntuación del resultado), negativa (disminuye la puntuación del resultado) o puede no haber ningún cambio (la puntuación del resultado no varía). Y en algunos casos el objetivo es un cambio de puntuación de 0.

Esto puede suceder en situaciones en los que la enfermera espera que el paciente mejore, si no que quiere mantener su estado actual y aplica intervenciones para ello. Este es un objetivo común cuando se trabaja con pacientes ancianos o terminales.



DOROTHEA ELIZABETH OREM



4.2. TEORIA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS.

Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) nació en Baltimore, Maryland; realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C. A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un MSNE; durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería; en 1959 publicó *Guidelines for developing curricula for the education of practical nurses*; en 1971 publicó el libro *Nursing: concepts of practice*; se retiró en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias. (M. P. A., 2011)

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante.

Salud:

La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. (Prado Solar LA, 2014)

Enfermería:

Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede por sí misma mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. (Prado Solar LA, 2014)

Entorno:

Aunque no lo define como tal; lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

La teoría general de Orem está integrada por tres teorías: Teoría de Autocuidado, Teoría de Déficit de Autocuidado y Teoría de Sistemas de Enfermería.

4.2.1. TEORÍA DE AUTOCUIDADO

Orem define el concepto de autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afecten su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”. (Vega Angarita OM, 2013) El autocuidado está influenciado por los factores condicionantes básicos, por el estado de salud, sistema familiar o por comportamiento y recursos de cada persona. (G, 2016)

Describe tres tipos de requisitos.

A. Requisitos de Autocuidado Universales

- ✓ Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- ✓ Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- ✓ Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
- ✓ Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excretos.

- ✓ Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.
- ✓ Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- ✓ Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- ✓ Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Los Requisitos de autocuidado universales se ven influenciados por los factores condicionantes básicos (FCB) que son condiciones internas y externas de la persona que afectan por una parte, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a la capacidad para el autocuidado, estos factores fueron propios de las personas o del entorno en que vive.

Orem clasificó los Factores Condicionantes Básicos en cuatro grupos o categorías:

- Descriptivos: edad, sexo, características ambientales, factores de sistema familiar, socioculturales y socioeconómicos.
- Patrón de vida: medidas de autocuidado habituales que llevan a cabo las personas; cómo ocupa el tiempo, responsabilidades que asume con quienes convive, formas de cuidado según su enfermedad.
- Sistema de salud y estado de salud: incluyen los aspectos anatómicos, fisiológicos y psicológicos, agrupados en las características del sistema de salud, y las condiciones de salud identificadas y documentadas por el profesional de la salud, por el paciente y por los miembros de la familia.
- Estado de desarrollo: se relacionan con las capacidades de autogobierno observadas por enfermería y descritas por la persona sobre las condiciones de vida actuales o sobre los factores que afectan estas capacidades negativamente.
(fernandez AR, 2016 enero-Aril)

B. Requisitos del Desarrollo:

Están asociados los procesos del desarrollo humano así como con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del Ciclo Vital Familiar, eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo.(ML., 2016)

Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración y previenen efectos negativos son:

- ✓ Vida Intrauterina
- ✓ Vida Neonatal: parto a término/prematuro

- ✓ Lactancia
- ✓ Infancia, Adolescencia y Adulto Joven.
- ✓ Adulto
- ✓ Embarazo

Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales:

- ✓ Privación Educacional
- ✓ Problemas de Adaptación Social
- ✓ Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
- ✓ Pérdida del trabajo.
- ✓ Cambio súbito de las condiciones de vida.
- ✓ Cambio de posición social o económica.
- ✓ Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal.
- ✓ Muerte
- ✓ Peligros Ambientales.

C. Requisitos de Alteración o Desviación de la Salud.

Los requisitos de autocuidado de la alteración o desviación de la salud: Son requisitos que surgen o están vinculados los estados de salud de las personas y los cuidados de la salud asociados con defectos de constitución corporal, genéticos desviaciones humanas, estructurales y funcionales. (ML., 2016) Son:

- ✓ Buscar y asegurar ayuda médica en exposición a condiciones ambientales.
- ✓ Estar consciente de los efectos y resultados en las condiciones y estados patológicos.
- ✓ Realizar las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
- ✓ Estar conscientes de los efectos molestos y negativos de las medidas realizadas o prescritas.
- ✓ Modificar el auto concepto.
- ✓ Aprender a vivir con los efectos de condiciones o estados patológicos, así como efectos del diagnóstico y tratamiento.

4.2.2. TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Expresa y desarrolla las razones por las que las personas requieren cuidados de enfermería, se asocia con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras, cuyas acciones estuvieran limitadas por problemas de salud o cuidados sanitarios, lo que los hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo. (G, 2016)

Esta teoría se muestra que cuando la capacidad de autocuidado del individuo es menor que la demanda de cuidado terapéutico, la enfermera compensa los déficit de autocuidado o de asistencia dependiente. Por lo tanto un déficit de autocuidado representa una relación en la cual la demanda de cuidado terapéutico excede la agencia de autocuidado. (G, 2016)

4.2.3. TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

✓ Sistema parcialmente compensador: el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas.

✓ Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.

✓ Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado. (Prado Solar LA, 2014)

Estos sistemas de cuidado, se deben individualizar y concretar en cada paciente, para ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y actividades específicas, así como para la evaluación de los resultados de la aplicación de estos sistemas, el uso de la clasificación taxonómica de NIC y NOC.



4.3. PUERPERIO FIOLOGICO

DEFINICIÓN:

Puerperio 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.

Puerperio normal, al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pre gestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Puerperio inmediato, al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

Puerperio mediato, al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

Puerperio tardío, al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto.

CUIDADOS EN EL PUERPERIO INMEDIATO:

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

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

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

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

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

Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y s3ntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental;



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

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

Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio fisiológico sea llevada a cabo con un mínimo de 2 controles médicos.

Durante el internamiento y antes del alta médica, orientar a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la persona recién nacida, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma de la persona recién nacida (succión e ingesta adecuada, micción y evacuación presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, vómito, distensión abdominal e hipotermia) o de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atención médica urgente.

CUIDADOS EN EL PUERPERIO MEDIATO Y TARDIO:

Para la atención del puerperio mediano y tardío, el personal de salud debe:

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

Vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardíaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.

Proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados de la persona recién nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.(Morales, 2016)



OBJETIVOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO NORMAL.

- Vigilar la adaptación física y psicológica de la madre durante el puerperio temprano.
- Fomentar el restablecimiento de las funciones corporales maternas.
- Fomentar el reposo y el bienestar de la madre.
- Fomentar el establecimiento del vínculo afectivo entre padres e hijos.
- Facilitar los cuidados prestados por los padres.
- Dar a la mujer instrucciones sobre los cuidados del recién nacido y de sí misma.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL PUERPERIO.

Durante las primeras horas y días que siguen del nacimiento, la madre presenta impresionantes cambios fisiológicos que abarcan prácticamente todos los aparatos y sistemas corporales. Se producen cambios de esta magnitud en una mujer que no fuera puerpera, crearían una grave preocupación. Por ejemplo en el periodo postnatal, la mujer experimenta de manera típica una pérdida ponderal de 6 a 8 kg, la mayor parte de esta pérdida (4 a 8kg) es el resultado de la expulsión del producto, la placenta y el líquido amniótico; además, se pierde por diuresis aproximadamente 2,5kg de líquido excesivo y hay una pérdida de sangre de 500ml o más. La magnitud de esta pérdida de líquido por diuresis por diuresis y otros mecanismos plantearía asimismo un importante riesgo de shock hipovolémico a la mujer no obstetra. Sin embargo, la mayoría de las puerperas sufren relativamente pocas molestias relacionadas con dichos cambios.

Signos vitales:

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

Cambios urinarios:

- El tejido vesical esta edematoso, congestionado e hipotónico inmediatamente después del parto, lo que puede ocasionar sobre distensión, vaciamiento incompleto y estasis 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 implican hasta 2,25kg de pérdida ponderal.

Cambios gastrointestinales:

- El restablecimiento del funcionamiento intestinal normal de la parturienta requiere aproximadamente de una semana, debido a la disminución de la motilidad del intestino, la perdida de líquido y el 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 musculo 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.
- Existe predisposición a padecer tromboflebitis por decremento en la actividad y por incremento de las concentraciones de protrombina.
- No se recomienda el ejercicio intenso para recuperar el tono muscular hasta la cicatrización completa.

Cambios mamarios:

- La producción de la leche (al principio, calostro) se inicia al tercer día del puerperio.
- Al principio se produce ingurgitación, la estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto, y al mismo tiempo van aumentando de tamaño las mamas.



- La secreción de prolactina inicia la subida de la leche, que también es estimulada por succión 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 multíparas son comunes las contracciones uterinas periódicas, llamadas entuertos, que pueden proseguir durante dos o tres días después del parto y ser dolorosas durante el amamantamiento.
- Los loquios (flujo vaginal después del parto) son rojos (loquios hemáticos) durante dos o tres días; su color va cambiando hasta volverse pardusco (loquios serosos), y después se vuelve amarillo blanquecino (loquios blancos) entre el sexto y 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. Es recomendable iniciar ejercicios de Kegel lo antes posible, y evitar los deportes de impacto o los ejercicios abdominales hasta pasado 6 meses del parto después de evaluar la corrección del tono del suelo pélvico.

Etapas de la involución uterina

Tiempo después del parto	Posición del fondo	Peso del útero (gramos)	Loquios
Una o dos horas.	A la mitad entre el ombligo y la sínfisis del pubis, sobre la línea media.	1000	Rojos
Doce horas	1cm por encima del ombligo o a nivel del mismo		Rojos
Tres días	3cm por debajo del ombligo (sigue disminuyendo de tamaño a un ritmo de 1cm/día).		serosos
Nueve días	No palpable por encima de la sínfisis.	500	Blancos
Cinco o seis semanas	No palpable por encima de la sínfisis, ligeramente mayor que en nulíparas.		No hay



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO

La valoración de la familia durante el postparto debe incluir revisión de los expedientes prenatales y del parto, valoración del estado de la madre y evaluación psicosocial de los miembros de la familia.

La revisión del expediente médico pondrá de manifestado los problemas prenatales de la salud, el tipo de trabajo de parto, el empleo de medicamento y analgesia o anestesia, y la actitud de la familia ante el trabajo de parto.

VALORACIÓN POSPARTO

- 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 volara el grado de dolor que presenta la mujer.
- Evaluar la cantidad de loquios, su color olor, y la presencia de coágulos; interrogar a las mujeres sobre el número toallas sanitarias que emplea y el grado de saturación de estas.
- Palpar las mamas para verificar su firmeza e hipersensibilidad con objeto de valorar la ingurgitación.
- Inspeccionar el periné y el recto para valorar para valorar la presencia de enrojecimiento, edema, equimosis, secreción y aproximación de los bordes de la herida.
- Medir la ingesta de la excreta hasta que se recupere la función normal, para identificar una posible retención urinaria.
- Observar la presencia de náuseas y vomito en la mujer 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 tromboembolia o tromboflebitis.
- Investigar el grado de reposo y sueño que este teniendo la madre.
- Vigilar con regularidad el comportamiento de la mujer y permitirle expresar sus sentimientos sobre la experiencia del nacimiento y sobre su hijo.



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL POSPARTO

CUIDADOS PUERPERALES INICIALES (PRIMERAS SEIS HORAS).

- Vigilar la presión arterial, el pulso, el color de la piel y el tono uterino cada 15 minutos durante la primera hora.
- Dar masaje al fondo uterino según se requiriera y observar el flujo de loquios; el útero restablecido puede indicar la necesidad de administrar solución de oxitócina por vía intravenosa.
- Dar instrucciones a la mujer sobre la manera de valorar la hemorragia y el tono uterinos sobre como efectuar el masaje del fundus.
- Aplicar compresas heladas al periné durante las 8 o 12 horas del puerperio para reducir el edema y la equimosis, y para fomentar el bienestar de la mujer si lo precisa o hay edema genital.
- Cuando la mujer sufra, malestar por contracciones uterinas o entuertos; administrar la analgesia como sea indicado.
- Aconsejar a la madre que orine temprano con frecuencia y ayudarla en el sanitario para la micción cuando no sea capaz de orinar.
- Promover la ingestión libre de líquidos, hasta 2000 ml/12 horas, y la dieta según se desee.
- Ayudar al amamantamiento y en la asistencia del recién nacido durante la primera o las dos primeras horas.

CUIDADOS PUERPERALES SOSTENIDOS (DE SEIS HORAS A TRES DÍAS).

- Si los loquios parecen excesivos (más de una toalla sanitaria totalmente saturada en una hora), o si el flujo se incrementa después de haber disminuido de manera progresiva, empezar a contar a contar las toallas sanitarias empleadas e iniciar una vigilancia más estrecha para identificar con oportunidad la hemorragia puerperal.
- Alentar los baños de asiento, fríos el primer día y a continuación tibios.
- Animar a la mujer a tomar duchas tibias y a darse masaje en las mamas para estimular la circulación, fomentar la “subida” de la leche y reducir la ingurgitación si está amamantando.

- Aplicar compresas frías las mamas madre que no amamantan; aconsejarles que empleen un sostén apretado o un vendaje firme, y administrarles los analgésicos que requieran.
- Alentar el reposo, el sueño y la relajación.
- Prevenir el estreñimiento estimulando la ingestión libre de líquidos y el consumo de alimentos ricos en fibra, como fritas frescas y vegetales; pueden administrarse ablandadores de heces cuando sea necesario.
- Facilitar la interacción temprana entre niño y sus padres, y animar a estos para que acudan a las charlas y demostraciones sobre cuidados infantiles.
- Instruir un plan de enseñanza para el alta que e incluya ambos padres y aporte la siguiente información:
 - Cambios esperados en los loquios y signos de peligro.
 - Ejercicios y nivel de actividad sugeridos.
 - Necesidad de reposo.
 - Aspectos emocionales del puerperio.
 - Relaciones sexuales anticoncepción.
 - Cuidados mamarios y perineales.
 - Recomendaciones dietéticas.
 - Necesidad de vigilancia de la madre y el recién nacido.

Instrucciones para la mujer acerca de los cambios en los loquios de los que debe informarse.

Informar de los siguientes signos:

- Loquios fétidos: sugieren endometritis.
- Loquios abundantes: sugiere atonía uterina, retención de restos placentarios o desgarro cervical o vaginal.
- Loquios rojos después del tercer día del posparto: sugieren la presencia de hemorragia puerperal tardía.
- Presencia de coágulos: sugiere retención de restos placentarios o hemorragia.



AMAMANTAMIENTO (LACTANCIA MATERNA)

La ventaja de la lactancia materna está claramente reconocidas, y tras una época en que muchas madres optan por la lactancia artificial, cada vez son más las que se inclinan por ese método. A menudo las madres requieren información y apoyo en sus esfuerzos por establecer el amamantamiento, y la enfermera obstétrica encargada de la asistencia posparto desempeña una función de especial importancia en este proceso.

Valoración de enfermería de la madre que amamanta.

- Indagar lo que opina la madre sobre amamantamiento, si se le enseñó a prepararse las mamas antes del nacimiento, si recibió ánimos amamantar a su hijo, y de qué manera llegó a la decisión de hacerlo.
- Valorar las mamas. El tamaño y la forma de estas tiene poco efectos sobre la lactancia. Debe informarse a las madres con mamas pequeñas que serán capaces de amamantar a sus hijos y de producir suficiente leche. Una mama grande contiene más tejido adiposo que una mama pequeña, pero ambas el mismo número de alveolos y conductos galactóforos (estructuras anatómicas con significado real en la función lacto proteicas).
- Examinar pezones y areolas. Esto tiene especial importancia para identificar pezones invertidos o planos, que dificultan al niño la succión.
- Explicar a las madres que tienen pezones retraídos y que deseen amamantar a sus hijos que pueden emplear pezoneras al fin de corregir la anomalía y enseñar a utilizar dichos adminículo.
- Animar a las madres que emplean protectores mamarios a que los conserven limpios y secos, al fin de prevenir la proliferación de bacterias sobre ellos.



COMPLICACIONES DEL PUERPERIO FISIOLÓGICO

1. Afecciones mamarias:
 - ❖ Congestiones mamarias
 - ❖ Mastitis
 - ❖ Absceso de mama
2. Loquiometría
3. Endometritis
4. Sangramientos
 - ❖ Atonías
 - ❖ Hematomas (vulva, vagina)
 - ❖ Desgarros vaginales
5. Sepsis de la herida
6. Hipertensión arterial grave
7. Sepsis urinaria
8. Anemia moderada
9. Tromboflebitis. (Dra. Zulma Elizabeth Sanabria Fromherz, 2011)

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA EN LAS COMPLICACIONES PUERPERALES.

- Revisar y valorar la salud de la mujer durante el periodo prenatal.
- Revisar la evolución del trabajo de parto y el parto, y con atención a las normalidades.
- Iniciar una pronta intervención para ayudar a reducir la gravedad de las complicaciones.
- Vigilar estrechamente a la mujer durante su hospitalización y darle apoyo de enfermería.
- Mantener informado al compañero sobre la evolución de la mujer, y mostrarse sensible ante sus preocupaciones. (Materno infantil, Manual de Enfermería, Nueva edición. , 2012).



HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

No existe una definición universal de la hemorragia obstétrica, porque no se ha establecido claramente, lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva.

De acuerdo al momento en que se presenta la hemorragia obstétrica se puede clasificar en hemorragia anteparto (HAP) y hemorragia posparto (HPP).

La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen), que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, que supera los 500 ml, postparto o 1000 ml post cesárea.

Actualmente se define como HPP a la pérdida sanguínea de gran magnitud que produce cambios hemodinámicos.

Clasificación

a) Antes de parto: Placenta previa (0.5%)

- Desprendimiento de placenta (10%)
- Ruptura uterina
- Vasa previa

b) En el puerperio: Precoz 50% (Primeras 24 horas) Atonía uterina (50 a 60%)

- Traumatismo cérvico-vaginal (20 a 30%)
- Retención de restos ovulares (10%)
- Trastornos adherenciales placentarios
- Inversión uterina

Tardío (Entre las 24 horas y la 6ta. semana)

- Retención de restos ovulares
- Endometritis
- Involución anormal del lecho placentario
- Dehiscencia de la histerorrafia

c) Secundarias: Coagulopatías congénitas, adquiridas

- Coagulación intravascular diseminada
- Coagulopatía pos transfusional
- Sepsis intrauterina
- Pre eclampsia /HELLP
- Óbito fetal

FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA ANTES DEL PARTO

- Placenta previa: Edad Materna mayor a 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas (legrado, aspiración manual endouterina, miomectomía, cesáreas), tabaquismo.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI): Uso de cocaína, sobre-distensión uterino, enfermedades hipertensivas, colagenopatías, antecedente de DPPNI, trauma abdominal, trombofilias.
- Rotura Uterina: Antecedente de cicatrices uterinas, uso iatrogénico de oxitócicos, parto prolongado, malformaciones, infecciones y adenomiosis uterinas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE HEMORRAGIA ANTES DEL PARTO

a. Placenta Previa: La hemorragia genital se caracteriza por ser indolora, con expulsión de sangre líquida de cantidad variable, roja rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada, la mayoría de las veces en reposo e incluso durante el sueño. Se presenta al final del segundo trimestre, habitualmente sin actividad uterina.

La terapia debe estar orientada a prevenir el shock hipovolémico y el parto pre término.

b. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI): Síndrome hemorrágico que se presenta por desprendimiento total o parcial de la placenta normalmente insertada.

La tríada clásica de síntomas en el DPPNI son: hemorragia dolor e hipertonía uterina. Si el desprendimiento supera el 50%, generalmente ocurre muerte fetal por hipoxia y sobreviene otras complicaciones como shock hipovolémico, alteraciones la crisis



sanguínea e insuficiencia renal. Se debe considerar que las cifras de presión pueden aparentar normalidad si existe síndrome hipertensivo del embarazo.

La hemorragia genital es oscura y con coágulos, de cuantía variable que no guarda relación con la gravedad del cuadro clínico. Se evidencia irritabilidad uterina progresiva: contracciones uterinas, polisistolía, hipertonía y finalmente un útero de consistencia "leñosa", típico de este cuadro. Es difícil palpar al feto y en un 60 % existen datos de riesgo de pérdida de bienestar fetal y un 15 a 35% muerte fetal.

En un DPPNI con feto vivo menor de 34 semanas, sin alteraciones de la coagulación ni existencia de otros problemas maternos y/o fetales, se puede optar por una actitud expectante, con vigilancia del estado materno fetal e inducción de la maduración pulmonar con corticoides.

Con feto vivo mayor a 34 semanas, se debe interrumpir el embarazo por vía vaginal, si la paciente se encuentra estable, o por cesárea.

Con feto muerto se puede interrumpir el embarazo por vía vaginal y si existe compromiso del estado general materno la interrupción debe ser por cesárea.

c. Rotura Uterina: Se dividen en: dehiscencia (rotura de cicatriz previa) y rotura de útero sin cicatriz previa (por maniobras obstétricas, traumatismos, trabajo de parto prolongado con desproporción feto-materna).

El principal factor de riesgo es el antecedente de una cesárea previa 0.2%. Luego de dos cesáreas previas el riesgo se eleva a 3.7%.

Los signos clínicos son: Dolor abdominal, dolor a la palpación, pérdida de bienestar fetal, palpación fácil de partes fetales, muerte fetal, hemorragia vaginal, colapso circulatorio materno; taquicardia, hipotensión.

Si se sospecha de ruptura uterina se debe practicar una laparotomía para valorar la severidad de la misma y decidir la conducta. La histerorrafia se usa en pacientes jóvenes, que deseen preservar su fertilidad y que se encuentren hemodinámicamente estables. La

histerectomía se recomienda en pacientes añosas, con paridad satisfecha, cuando la rotura es amplia y anfractuosa o cuando existe compromiso del estado general.

d. Rotura de vasa previa: Es una condición rara cuya falta de diagnóstico puede ocasionar una mortalidad fetal del 60%. Ocurre cuando existe una inserción velamentosa del cordón, que atraviesa las membranas en el segmento inferior del útero por delante de la presentación fetal. Clínicamente se evidencia sangrado genital que ocurre después de la ruptura de membranas, con un útero relajado, en presencia de riesgo de pérdida del bienestar fetal que no guarda relación con la cuantía de la hemorragia. Ante la sospecha se debe analizar la sangre vaginal para determinar si existe hemoglobina fetal y se debe proceder a interrupción inmediata del embarazo por la vía más expedita.

e. Rotura de seno marginal (separación marginal de la placenta): En un 20% de los casos la hemorragia queda limitada a un hematoma retro placentario, existe un sangrado prolongado que se asocia a parto prematuro, rotura de membranas, infección ovular y en ocasiones a consumo de factores e hipofibrinogenemia.

El tratamiento es expectante y se basa en reposo absoluto y mantenimiento del estado general de la paciente. En el momento del parto se realiza aminorrexia y transfusión de hemoderivados en caso necesario.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA HPP

De acuerdo a Herschderfer un 60% de todas las muertes maternas ocurren en el periodo postparto y un 45% en las primeras 24 horas.

Las tres causas más frecuentes de HPP son: Atonía uterina (50-60%), placenta retenida, restos placentarios (20-30%), laceraciones cervicales y/o vaginales (10%). Todos ellos representan aproximadamente el 95% de todas las causas de HPP.

a. Atonía Uterina: Es la causa principal de la HPP [13]. Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en países pobres.



Los factores de riesgo son: sobre distensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrostomia fetal, agotamiento muscular por parto prolongado, rápido y/o gran multiparidad; y corioamnionitis por rotura prematura de membrana. Se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato.

Al examen físico se evidencia sangrado transvaginal abundante, rojo rutilante continuo, no doloroso. Se palpa un útero aumentado de tamaño flácido con poca o nula respuesta a la estimulación manual. Al examinar el canal del parto, no se evidencia laceraciones, el cuello uterino está dilatado y los signos vitales se alteran dependiendo de la cuantía de la pérdida hemática.

El manejo activo de alumbramiento reduce el riesgo de HPP en más de un 40%.

El tratamiento se basa en vaciar la vejiga y administrar uteroconstrictores, masaje uterino y ocasionalmente medidas quirúrgicas.

b. **Retención Placentaria:** Si luego del manejo activo del alumbramiento y realizar la tracción controlada del cordón, la placenta permanece retenida después de 30 minutos, se establece el diagnóstico de placenta retenida. El primer paso en el manejo de esta patología es la inyección venosa intraumbilical de oxitocina: 10-20 U diluidas en 20 ml de solución fisiológica.

Si luego de 15 a 30 minutos no se observa signos de desprendimiento se debe realizar una extracción manual de la placenta. Se encuentra contraindicada la administración de ergonovínicos, porque puede ocasionar una contracción uterina tónica que retardaría más la expulsión.

c. **Restos Placentarios:** El sangrado uterino persistente, secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo que impide una contracción uterina eficaz por lo que se presenta un sangrado persistente. La conducta más adecuada es la revisión de cavidad uterina y legrado instrumental.



d. Traumatismo del Canal del Parto: Asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa.

La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parámetro.

Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatar el desgarro. Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas.

e. Placenta Acreta: Es la adherencia anormal de la placenta al miometrio. El diagnóstico se puede realizar a través de la ecografía durante la gestación.

La incidencia de placenta acreta va en aumento debido al mayor número de cesáreas realizadas. Cuando el útero no presenta cicatriz la incidencia de acretismo es del 5% si existe placenta previa. Con una cicatriz de cesárea previa la incidencia aumenta al 10% y con más de una cesárea previa la incidencia se eleva a más del 50%. De las pacientes presentan placenta ácreta.

Actualmente están en investigación conductas alternativas más conservadoras como la embolización de las arterias uterinas, dejando la placenta in situ esperando su reabsorción, así como la administración semanal de metotrexato después del parto, con lo que se logra el alumbramiento espontáneo semanas más tarde.

f. Inversión Uterina: Caracterizada por la triada: Hemorragia transvaginal profusa, dolor y choque. Puede ser parcial; la inversionista aun dentro la conducto vaginal diagnosticada por examen vaginal y total; el útero se exterioriza a través de la vulva.

Se debe revertir el útero manualmente mantener sostenido con oxitócicos, en caso necesario tocolíticos, ritrodina, terbutalina, sulfato de magnesio y/o los anestésicos halogenados, para facilitar reversión uterina. El fracaso requiere tratamiento quirúrgico.

g. Hemorragias "Ocultas": Lesiones de la arteria uterina, pueden originar extensos hematomas pelvianos: en ligamento ancho, región para cervical o para vaginal y en retro peritoneo, el diagnóstico es clínico, confirmado por ecografía abdomino-pelviana. Cuando el volumen supera los 4 cm de diámetro, requiere tratamiento quirúrgico drenaje y hemostasia.

Hemorragias retroperitoneales secundarias a una histerectomía requieren transfusiones masivas y nueva laparotomía exploradora para efectuar hemostasia, en caso de histerectomía subtotal con sangrado probable de vasos cervico-vaginales se puede realizar una arteriografía de arteria hipogástrica con el objetivo de identificar el vaso sangrante y proceder a su embolización.

	Causas	Factores de riesgo
Atonía uterina (Tono)	Sobredistensión uterina	Gestación múltiple Hidramnios Feto macrosoma
	Corioamniotitis	RPM prolongada Fiebre
	Agotamiento muscular	Parto prologado y/o rápido Elevada multiparidad
Retención de tejidos (tejido)	Placenta	Acretismo placentario Cirugía uterina previa
	Coágulos	
Lesión del canal del parto (Trauma)	Desgarros del canal del parto	Parto Instrumental Fase de expulsivo precipitada
	Rotura/Deshidratación uterina	Cirugía uterina previa (cesárea) Parto Instrumental Distocia Hiperdinamia Versión cefálica externa
	Inversión uterina	Alumbramiento manual Acretismo placentario Maniobra de Credé
Alteraciones de la coagulación (Trombina)	Adquiridas	Preclampsia Síndrome de Hellp CID Embola de líquido amniótico Sepsis <i>Abruptio placentae</i>
	Congénitas	Enf. de Von Willebrand Hemofilia tipo A



TRATAMIENTO

El manejo inicial de la hemorragia obstétrica se basa en la identificación y la corrección de la causa que lo origina. El tratamiento debe estar basado en tres pilares fundamentales:

I. Medidas generales

II. Resucitación

III. Control del sangrado:

A. Tratamiento no quirúrgico

1. Medicamentoso (de primera línea)
2. Intervencionista (de segunda línea)
3. Radiológico

B. Tratamiento quirúrgico

1. Cirugía conservadora
2. Cirugía radical.(Dra Patricia Austurizga, 2014)



V. METODOLOGÍA

Se realiza un el estudio de un caso clínico en puerperio fisiológico mediante la utilización del proceso enfermero siguiendo sus cinco etapas desde la perspectiva de la Teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem y sus tres sub teorías: Déficit de autocuidado, autocuidado y sistemas de enfermería

Este proceso enfermero se llevó a cabo en Hospital Comunitario Carácuaro-Nocupétaro que está ubicado en la carretera Morelia-Huetamo Km 104+200 y visitas domiciliarias del 22 de abril (durante los 42 días incluyendo cuidados posteriores).

Para la elaboración se utilizó la guía de Valoración de Dorotea Orem, los Diagnósticos se elaboraran bajo el diseño de la NANDA tomando en cuenta las etiquetas diagnósticas, los factores relacionados y las características definitorias; la planeación se realizó jerarquizando los diagnósticos y utilizando la escala de resultados esperados (NOC) y las intervenciones (NIC); la ejecución incluye las intervenciones de enfermería en los sistemas de enfermería Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de Apoyo educativo. Finalmente en la evaluación comparamos la puntuación diana de los indicadores de resultados esperados NOC antes y después de las intervenciones del NIC a fin de revalorar el resultado obtenido por las intervenciones realizadas.

5.1. ASPECTOS ETICOS

5.1.1. REGLAMENTO DE LEY GENERAL DE SALUD.

TITULO SEGUNDO.

De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.



CAPITULO IV

De la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida.(DOF H., 1983).

ARTÍCULO 40.- Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

- I. Mujeres en edad fértil.- Desde el inicio de la pubertad hasta el inicio de la menopausia;
- II. Embarazo.- Es el periodo comprendido desde la fecundación del óvulo (evidenciada por cualquier signo o síntoma presuntivo de embarazo, como suspensión de menstruación o prueba positiva del embarazo médicamente aceptada) hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.
- III. Embrión.- El producto de la concepción desde la fecundación del óvulo hasta el final de la decimosegunda semana de gestión;
- IV. Feto.- El producto de la concepción desde el principio de la decimotercera semana de la gestación hasta su expulsión o extracción;
- V. Óbito Fetal.- La muerte del feto en el útero;
- VI.- Nacimiento vivo.- Es la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, del seno materno, cuando después de dicha separación respire y lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta;
- VII.- Nacimiento Muerto.- es la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, del seno materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta;
- VIII.- Trabajo de parto.- Es el periodo comprendido desde el inicio de las contracciones uterinas (con características progresivas de intensidad, irrigación y duración) y que termina con la expulsión o extracción del feto y sus anexos;

IX. Puerperio.- Es el periodo que se inicia con la expulsión o extracción del feto y sus anexos hasta lograr la involución de los cambios gestacionales (aproximadamente durante 42 días)

X. Lactancia.- Es un fenómeno fisiológico en el cual ocurre la secreción láctea a partir de la expulsión o extracción del feto y sus anexos, y

XI. Fertilización asistida.- Es aquélla en que la inseminación es artificial (homóloga o heteróloga) e incluye la fertilización en vitro.

TITULO SEXTO

De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud

CAPITULO UNICO

ARTICULO 113.- La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.(DOF H., 1983)

5.1.2. DECLARACION DE HELSINKI.

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

A. INTRODUCCION

5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos,

diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica. (Helsinki, 1964)

9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.



12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos. (Helsinki, 1964)

18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación. (Helsinki, 1964).

5.1.3. CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO.

5.1.3.1. *DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO*

CAPÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPÍTULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.



Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPÍTULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

Artículo décimo séptimo.- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

CAPÍTULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPÍTULO V.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional. (Ética, 2001)

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPÍTULO VI.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.(Etica, 2001)

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.(Etica, 2001)



VI. CASO CLÍNICO

Usuaría femenina de 30 años de edad, hospitalizada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Comunitario Carácuaro-Nocupetaro; procedente de Nocupétaro Michoacán, de religión cristiana, casada. Cuenta con una vivienda propia de cemento con alumbrado público, recolección de basura, drenaje y alcantarillado. Vive con su esposo y tres hijos con quienes mantiene una buena relación, ama de casa, dependiendo económicamente de su esposo. Algunas de las actividades que realiza para cuidar su salud son acudir a sus consultas médicas y tomar sus medicamentos.

Actualmente considera su estado de salud como bueno, su diagnóstico médico es Puerperio Fisiológico y acude regularmente a la Secretaría de Salud para sus consultas médicas.

Su frecuencia respiratoria es de 20 por minuto, temperatura de 36.8°C, saturación de oxígeno en 98%, llenado capilar de 3 segundos, con respiración normal, ruidos respiratorios ausentes, tórax normal, no presenta ninguna enfermedad pulmonar ni apoyo ventilatorio. Su frecuencia cardíaca es de 72 latidos por minuto, con presión arterial de 110/60mmHg, mucosa oral hidratada y piel normal.

Cuenta con un peso de 58 kg, talla de 154cm, perímetro abdominal de 87cm, IMC 24.0 de kg/m². Ha observado una pérdida de peso de 1 a 3 kilogramos. Cuenta con una dentadura completa. Movimientos peristálticos normales, con eliminación intestinal espontánea, actualmente presentando heces fecales semi-pastosas y micciones color ámbar, menarca a los 14 años de edad, días del ciclo menstrual 3, flujo escaso durmiendo 8 horas diarias, inicio de vida sexual a las 21 años, Gestas 3, Partos 3, Abortos 0, Cesáreas 0.

Se encuentra canalizado con una solución Hartman de 1000ml para 12 horas. Puede alimentarse por ella misma, actualmente con dieta blanda y líquidos a libre demanda. Su consumo de agua es de aproximadamente 2000 ml procedente de garrafón. Su alimentación habitual consta de consumir leche una vez a la semana, derivados de la leche dos veces a la semana y carnes dos veces a la semana, pescado tres veces al mes, huevo dos veces a la semana, cereales dos veces y pastas una vez a la semana, verduras dos veces y frutas diario, guiso los alimentos con aceite.



La usuaria refiere que recurre a su familia para platicar sobre sus problemas y considera que sus relaciones con las personas son buenas. Se observa con seguridad.

Algunos de sus antecedentes heredo-familiares patológicos son Hipertensión Arterial por parte de la madre, padre con osteoartritis.

El usuario refiere aceptar su aspecto físico y los cambios corporales a partir de su del nacimiento del Recién nacido. Baño diario. Método de planificación familiar: Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), con vida sexual activa, solo una pareja sexual. Se cita a los 8 días y terminado la cuarentena para revisión de su puerperio y posteriormente cita abierta.



VII. PROCESO ENFERMERO CON REFERENTE TEÓRICO DE OREM

7.1. VALORACIÓN

Factores Condicionantes Básicos:

- Femenina de 30 años.
- Adulta joven.
- Religión cristiana.
- Escolaridad medio superior.
- Nivel socioeconómico medio.
- Casada.
- Con estabilidad y buena relación familiar.

Requisitos de Autocuidado:

A. Requisitos de Autocuidado Universales:

- ✓ Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
Cambio en los hábitos alimentarios (alimentos, horas de comidas), debilidad de los músculos abdominales e ingesta de fibra insuficiente.
- ✓ Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excretos.
Disposición para mejorar el proceso de la maternidad manifestado, expresa deseo de mejorar el estilo de vida apropiado para la fase del parte (eliminación, ejercicio, nutrición, higiene personal, sueño).
- ✓ Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
Se identifica disposición para mejorar la lactancia materna, la madre expresa deseo de mejorar la capacidad para proporcionar leche materna para las necesidades nutricionales del niño. (fernandez AR, 2016 enero-Aril)

B. Requisitos del Desarrollo:

Procesos vitales, desarrollo y maduración y previenen efectos negativos:

- ✓ Lactancia (complicaciones del puerperio).
- ✓ Adulto Joven (parámetro donde la mujer está en edad reproductiva).
- ✓ Embarazo (complicaciones del puerperio fisiológico).



Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales:

- ✓ Cambio súbito de las condiciones de vida.
- Cambio en su estilo de vida.
- Depende parcialmente de cuidados.
- Puede presentar riesgo de sangrado en cualquiera de sus tres etapas del puerperio fisiológico.
- Riesgo de estreñimiento por una dieta inadecuada.
- Fatiga.
- Entuertos.
- ✓ Peligros Ambientales.
- Riesgo de infección.

C. Requisitos de Alteración o Desviación de la Salud.

- ✓ Estar consciente de los efectos y resultados en las condiciones y estados patológicos. (Se orienta a la paciente sobre los cuidados para prevenir complicaciones asociadas al puerperio fisiológico).
- ✓ Modificar el auto concepto.

Se orienta a la paciente sobre posibles alteraciones o desviación de la salud del puerperio fisiológico que si se aplican correctamente pueden prevenirse como: estreñimiento, infecciones, sangrados transvaginales, atonías uterinas etc.

7.2. DIAGNÓSTICO

Existe Déficit de Autocuidado:

- 1.- Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones de posparto (atonía uterina, restos placentarios).
- 2.- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (revisión manual de la cavidad uterina, desgarros cervicales y vagino perineales mal reparados).
- 3.- Disposición para mejorar el proceso de la maternidad manifestado con expresar deseo de mejorar el estilo de vida en el posparto (eliminación, ejercicio, nutrición, higiene, personal y sueño).

4.- Disposición para mejorar la lactancia materna manifestada por que la madre expresa deseo de mejorar la capacidad de amamantar con la lactancia materna exclusiva.

5.- Riesgo de estreñimiento relacionado con ingesta de fibra insuficiente.

7.3. PLANEACIÓN

Agencia de Autocuidado:

1.- Salud materna en el puerperio (NOC-PAG.237) con cuidadosposparto (NIC-6930 Pag.166) *Ver Cuadro 1.*

2.- Control de la infección (NOC-PAG.183) con cuidados posparto (NIC-6930 Pag.166) *Ver Cuadro 2.*

3.- Desempeño del rol de padres (NOC-PAG.302) con estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) (NIC-7104 PAG.210) *Ver cuadro 3*

4.- Lactancia materna (NOC-PAG.198) con asesoramiento en la lactancia (NIC-5244 PAG.99) *Ver Cuadro 4.*

5.- Eliminación intestinal (NOC-PAG.322) con manejo de la nutrición (NIC-1100 PAG.285)

7.4. EJECUCIÓN

Teoría de Sistemas de Enfermería

(1) De apoyo/educación y (2) Parcialmente compensatorio.

Cuidados posparto 6930 (pag.166).

Monitorizar signos vitales (2)

Vigilar loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos. (2)

Controlar la localización altura del fondo uterino asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación. (2)

Masajear el fondo uterino si es necesario (2)

Controlar el periné o la inserción quirúrgica así como el tejido circundante. (2)

Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requiera ser notificados de inmediato. (1)

Realizar los cuidados perianales como aplicaciones de compresas de hielo, animar a la paciente a tomar baños de asiento y aplicación de calor seco. (2)

Instruir a la paciente sobre los cuidados perianales para evitar infecciones y reducir molestias. (1)

Monitorizar las vejigas urinarias incluidas las entradas y salidas (vaciado vesical, palpabilidad, color y olor). (2)

Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) 7104 (pag.210).

Establecer relaciones de confianza con los progenitores. (2)

Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de las familias. (1)

Ayudar a la familia a identificar sus puntos fuertes y sus puntos débiles. (1)

Animar a la familia a que asista a las clases de preparación de los hermanos cuando proceda. (1)

Reforzar los comportamientos parentales positivos. (1)

Asesoramiento en la lactancia 5244 (pag.99)

Informar sobre los beneficios psicológicos y físicos de la lactancia materna. (1)

Determinar el deseo y la motivación de la madre respecto a la lactancia materna así como percepción de la misma. (1)

Instruir sobre los signos del lactante (hociqueo, succión y estado de alerta tranquila). (1)



Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (posición de cuna cruzado, cogido como un balón de futbol y cubito lateral. (1)

Manejo de la nutrición 1100 (pag.285).

Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. (2)

Motorizar las calorías y la ingesta alimentaria. (2)

Monitorizar las tendencias y pérdidas de aumento de peso.(2)

Estas acciones se llevan a cabo dentro de la estancia intrahospitalaria, del día 22 al 24 de abril del 2019, en horario de 07:00 a 14:30 horas, así como en visitas domiciliarias de 16:00 a 18:00hrs.

7.5. EVALUACIÓN

Realizando la comparación de los indicadores planeados y calificándoles de acuerdo a la escala diana, los resultados que se obtuvieron fueron favorables porque el puntaje fue elevado, gracias a las intervenciones planeadas y ejecutadas con el personal de enfermería en el sistema de apoyo/educación y parcialmente compensatorio.

En la totalidad de las acciones dirigidas para el cuidado de la paciente estuvo presente la agencia de enfermería y se consideraron todos los métodos de apoyo en los sistemas de enfermería en el caso, importante ubicar los métodos de apoyo que se consideraron:

- La actuación de la enfermera para favorecer la participación de la paciente hacia su cuidado.
- La enfermera dirigió la situación por la agencia de enfermería presente.
- Apoyo en todo a Minerva y sus familiares.
- Enseñó a Minerva sobre los cuidados en su domicilio.



VIII. CONCLUSIONES

Al concientizar sobre el uso del Proceso Enfermero en la práctica diaria del desempeño laboral de la enfermera me permitió ver más allá de lo impórtate que sería la aplicación del proceso enfermero en la práctica diaria del cuidado de la enfermera, el impacto tan grande que tendría sería un gran avance, tanto a nivel laboral como en el desarrollo profesional, obteniéndose a la vez una gran satisfacción personal, al poder prevenir posibles complicaciones y avance de la enfermedades, pero sobretodo hacer un paréntesis en crear conciencia en el personal de enfermería en que a un no es tarde para rescatar los principios fundamentales que nos guían en el deber profesional.

La aplicación del Proceso de Enfermería nos guía a dar cuidado de calidad, fomentando y previniendo posibles complicaciones en la evolución del puerperio fisiológico, favoreciendo la interacción entre la enfermera, el individuo, familia y comunidad.

Con la orientación adquirió conocimientos para su autocuidado, al igual habilidades y, compromiso para llevar a cabo su autocuidado en su domicilio.



IX. SUGERENCIAS

Para el cuidado de pacientes de las pacientes de Puerperio Fisiológico es necesario tener a un personal capacitado y como sugerencia se puede dar este tipo de capacitaciones durante las sesiones de enfermería, describir los Riesgos de complicaciones pasó a paso, en una sesión exclusiva para describir cuidados generales y específicos así como técnicas nuevas.

Una vez el personal capacitado, es necesario emprender programas que se distribuyan en el primer nivel de atención esto como parte de la labor de enfermería que es educar a la población y llegar hasta la población más vulnerable y lograr erradicar o controlar de manera considerable el aumento de casos de muerte materna y un desarrollo del neonato óptimo.

Realizar simulacros para mejorar la práctica del personal de enfermería en su atención a la paciente con los conocimientos obtenidos en los talleres o sesiones brindados.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amezcu Sanches A, S. G. (2011). *Diagnosticos Estandarizados de Enfermeria* . Madrid .
- C., R. (2010). Proceso de Enfermeria: Instrumento para el cuidado. *Umbral cientifico*, 17.
- CA., R. L. (2008). Poces de Atencion de Enfermeria en Urgebcias. *Enfermeria en Urgencias*, 1 (12).
- Camaño Puig RE, C. Z. (s.f.). Tipos de Diagnoostico de Enfermeros. In Hernandez de Sa A, Editro. Diagnostico de Enfermeria. *Categorias, formulacion e investigacion.:Ediversitas* , 108.
- Cardenas, D. O. (2019). *Diagnostico Situacional Hospital Comunitario Caracuaro-Nocupetaro*. Nocupetaro.
- DOF H., M. d. (1983). Reglamento Ley General de Salud en materia de investigacion para la salud. *Diario oficial de la fedaracion*.
- Dra Patricia Austurizga, D. L. (2014). Hemorragia Obstetrica. *sciELO*, 1.
- Dra. Zulma Elizabeth Sanabria Fromherz, M. C. (2011). Comportamiento Patologico del Puerperio. *SciELO*, 1.
- Enfermeria, G. y. (2013). Proceso de eEnfermeria en la Etapa de Posparto. Puerperio. *Electronica de portales medico.com*, 2.
- Etica, C. d. (2001). Codigo de Etica para las Enfermeras y Enfermeros de Mexico. *Comision Interinstitucional de Enfermeria*.
- fernandez AR, M. A. (2016 enero-Aril). Agencia de autocuidado y factores basicos condicionandeseb adultos mayores. *Avances de enfermeria*, 34(1).
- G, O. V. (18 de noviembre de 2016). Obtenido de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010e/806/teoria%20del%20deficit%20de%20autocuidado%20de%20Dorothea%20Orem.htm>.
- G., O. V. (2016). *Teoria%20 del %20Deficit%20de%20autocuidado%20%20Dorothea%20Orem.htm*. Eumet.
- Gloria M. Bulechek, H. K. (2019). *Clasificacion de Intervencones de Enfermeria (NIC)*. Mexico: EL SEVIER.
- Gomez, S. R. (s.f.). *Fundamentos de enfermeria 3ra. Edecion* .
- Helsinki, f. (1964). Principios Eticos para las investigaciones medicas en seres humanos. *Declaracion de Helsinki de la Asociacion medica Mundial* .

IY., S. H. (1 de Enero de (Online); 2013 (cited 2017)). *Escuela Nacional de Enfermeria y Obstetricia*.
Obtenido de Available from::
<http://www.Eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>.

M, G. (2 de Enero de (Online).;2010 (cited 2017)). *Manual CTO Oposiciones de Enfermeria*.
Obtenido de Available from::
http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf.

M, G. M. (2 de Enero de 2010 (Cited 2017)). *Available From*:. Obtenido de
http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf.

M., G. (2 de Enero de (ONLINE) 2010 (cited 2017)). *Manual CTO Opcciones de Enfermeria* .
Obtenido de Available from::
http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf.

M., P. A. (22 de Noviembre de 2011). *Available from*:. Obtenido de Madrigaphc.:
<http://www.medigraphic.com/pdf/enfneo/ene113j.pdf>.

Materno infantil, Manual de Enfermeria, Nueva edicion. . (2012). Oceano .

Miron Ortega D, C. C. (2002). Guia de Metodologia y Diagnosticos de Enfermeria . *Diagnostico Enfermero*, 36.

ML., R. A. (22 de Noviembre de 2016). *Academico*. Obtenido de
http://www.academia.edu/6338217/MODELO_OREM.

Morales, P. A. (2016). *NOM-007-SSA2-2016 Para la atencion de la mujer durante el embarazo parto y puerperio, de la persona recién nacida*. Mexico: Diario oficial de la Federacion .

Prado Solar LA, G. R. (2014). Teoria de Defict de Autocuidado: Dorotea Orem. Punto de partida para la caliad en la Atencion . *Revista Medica Elctronica Scielo* , 36 (6).

Swanson, S. M. (2019). *Claifacion de Resultados de Enfermeria (NOC)* . Mexico: ELSEVIER.

Unicauca., C. F. (22 de Diciembre de 2016). *Proceso de Atencion Enfermeria*. Obtenido de Available from:: <http://artemisa.unicause.edu.co/~pivalancia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>.

vargas, m. d. (2011). *puerperio fisiologico*. morelia: hccn.

Vega Angarita OM, G. E. (2013). Teoria del Deficit de Autocuidado: interpretacion desde lis elemntos conceptuales. *Ciencia y Cuidado*, 4 (4).



XI. GLOSARIO

A: Abortos

AGO: Antecedentes Ginecó-obstétricos.

Atonía Uterina: Es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto. ... Clínicamente, entre 75-80% de las hemorragias posparto.

C: Cesárea

Entuerto: Son contracciones uterinas potentes que ocurre en el posparto que tiene como objetivo reducir su matriz a su tamaño.

FC: Frecuencia Cardíaca.

FCB: Factores Condicionantes Básicos.

FR: Frecuencia Respiratoria

FUM: Fecha de Ultima Menstruación.

G: Gestas

HAS: Hipertensión Arterial Sistémica.

IMC: Índice de Masa Corporal

IV: Vía Intravenosa

Lactancia materna, a la proporcionada a la persona recién nacida, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.

Loquios: Flujo sanguíneo que sale del aparato genital de la mujer en las dos primeras semanas después del parto y puede durar hasta un mes.

Menarca: Aparición de la primera menstruación.

Muerte materna, a la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el

sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

NIC: Clasificación de las intervenciones enfermeras.

NOC: Clasificación de resultados de enfermería.

Osteoartritis: tipo de artritis que se produce cuando el tejido flexible en el extremo de los huesos se desgasta.

P: Partos

PE o PAE: Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería.

Puerperio Fisiológico: Es el periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Puerperio Inmediato: Es el periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

Puerperio Mediato: Es el periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

Puerperio Tardío: Es el periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto

Recién Nacido (persona recién nacida): Al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Sepsis: infección diseminada por la sangre.

TA: Tensión Arterial



XII. ANEXOS

ANEXO 1. GUÍA DE VALORACIÓN CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Instrucciones: Por favor, marque con una x en los paréntesis que corresponda y llene los espacios de acuerdo a las respuestas que la persona le otorgue y/o lo que usted perciba y observe según sea el caso.

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

a. Descriptivos de la persona

Fecha 22/04/2019 Nombre: Minerva Barrera Araiza Sexo: Masc. () Fem. (x) Edad 30 años
Religión: Cristiana Edo. Civil: Casada Escolaridad: preparatoria terminada. Lugar de
residencia Nocupétaro Domicilio actual (calle, número, colonia): Corregidora S/N, Centro.
Nocupétaro. 61900.

Características de la vivienda

Renta _____ Propia ☒ Otros _____

Material de Construcción

Adobe _____ Ladrillo _____ Otros: Cemento

Cuenta con los servicios básicos de vivienda

Agua potable: ☒ Luz eléctrica: ☒ Drenaje: ☒ Pavimentación: ☒

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbramiento público (X)

Recolección de basura (X)

Drenaje y alcantarillado (X)

Rol que ocupa en la familia:

Madre () Madre (X) Hijo () Esposa/o ()

Número de hijos: 0 () 1 () 2 () 3 (X) Más de 3 ()

Relación con la familia:

Buena (X) Regular () Mala ()

Nivel de educación:

Analfabeta () Primaria () Secundaria ()

Bachillerato (X) Licenciatura () Otros ()

Ocupación: Ama de casa Horario: 24 horas.

Antecedentes laborales: _____

Ingreso Económico Familiar _____

Menos de 1 Salario mínimo (x) 1-2 S m () Más de 3 S m ()

Dependencia económica: Si () No ()

De quien: Padres () Esposo/ a (x) Otros () _____

b. Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales () Culturales () Deportivas ()



Religiosas (x) Otras _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Caminatas.

c. Estado de sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno (x) Regular () Deficiente ()

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () Secretaría de Salud (x)

Particular () Otros _____

Diagnóstico médico: Puerperio Fisiológico.

Estado de salud: Grave () Delicado () Estable (x)

Valoración de la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente _____

b. Estado de desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si (x) No ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones? _____

¿Quién autoriza su tratamiento médico? La paciente y su esposo

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a. Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria 20x¹ Llenado capilar: 3 segundos

Cianosis: Si () No (x) Especifique: _____

Tabaquismo: Si () No (x) Especifique: _____

Cocina con leña: Si () No (x) Especifique: _____

Alergias: Si () No (x) Especifique _____

Tipo de Respiración:

Normal (x) Disnea () Bradipnea () Polipnea ()

Otros _____

Nariz:

Desviación de tabique () Pólipos () Secreciones ()

Dolor () Edema () Otros _____

Tórax:

En Tonel () En quilla () En embudo () Otros _____

Ruidos respiratorios:

Estertores () Sibilancias () Murmullo vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar: Si () No (x)

Especifique _____

Cardiovascular:

T/A 110/60mmhg FC 72x¹ Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones _____



Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea: Si () No () Apoyo Ventilatorio: Si () No (X) Especifique_____

b. Mantenimiento de aporte de agua suficiente

Valore datos de deshidratación

Mucosa oral: Seca () Hidratada (X)
Piel: Seca () Escamosa () Normal (X)
Turgencia: Normal (X) Escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500 ml () 500-1000ml ()
1500- 2000 ml () Más de 2000ml (X)

¿De dónde proviene el agua que consume?

Llave pública () Pila () Entubada () Garrafón (X) Otros:

¿Utiliza algún método para purificar el agua? Si () No (X)

Especifique_____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día

Si () No (X)

Especifique cantidad _____Aporte de líquidos parenterales:

Especifique_____

c. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Peso 57kg Talla 1.54cm IMC 24.0 Cintura 82cm

Ha observado variaciones en el peso.

Si (X) No ()

Pérdida (X) Ganancia ()

1-3 kg (X) 4-6 kg () 7-9 kg () más de 10 kg ()

Dentadura:

Completa (X) Faltan piezas ()

Prótesis fija () Prótesis extraíble ()

Especifique _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral.

Si () No (X) Especifique_____

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía ()

Tumor oral () Leucoplaquia () Edema () Lesión oral ()

Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido ()

Aumentado () Normal ()

Distensión abdominal ()

Otros _____

Presenta algún problema en la alimentación: Si () No (X)

¿Cuál? Acidez () Náuseas () Vómito () Hematemesis () Disfagia ()

Pirosis () Regurgitación () Polidipsia ()

Polifagia () Bulimia () Anorexia () Reflujo ()

Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros _____

¿Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse?

Si () No (X) Especifique _____

Tipo de nutrición: Oral ()

Sonda Nasogástrica () Sonda Nasoyeyunal ()

Gastroclisis () Nutrición parenteral ()

¿Qué tan frecuente usted come...?

1= cada día 2 = una vez a la semana 3 = una vez al mes 4 = nunca

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche	X			
Deriv.de la leche		X		
Carnes		X		
Cereales		X		
Verduras		X		
Frutas	X			
Huevos		X		
Pescado			X	
Pastas y harinas	X			

¿Con qué guisa los alimentos?

Aceite (X) Manteca ()

Otros _____

¿Cómo es su dieta?

Sin restricciones (X) Para diabético () Hiposódica ()

Hipoprotéica () Hiperprotéica () Otros _____

d. Provisión de los cuidados asociados al proceso de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal () Colostomía () Ileostomía ()

Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia ()

Otros _____



Apoyo para la eliminación intestinal: Si () No (X)

Movilización () Medicación () Higiene ()

Otros _____

Evacuación intestinal.

Espontanea (X) Estreñimiento ()

Diarrea () otros _____

Características de las Heces fecales.

Café (X) Acolia () Melena () Otros _____

Consistencia de las Heces fecales.

Pastosa () Semipastosa (X) Líquida () Semilíquida () Dura ()

Grupo de la eliminación vesical.

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo ()

Disuria () Alteraciones uretero-vesicales () Otro: _____

Alteración en la micción: Si () No (X)

Ámbar (X) Coluria () Hematuria () Turbia ()

Otros _____

Grupo Transpiración.

Cambio en los patrones normales de sudoración.

Disminuida () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal _____ Dolor ()

Alteraciones emocionales () Temperatura ambiental ()

Otros: _____

Grupo menstruación.

Menarca 14 años Días del ciclo menstrual: 3 días

Tipo, cantidad y características del flujo: Escaso Presenta algún problema durante su menstruación

Si () No () Ocasional () Especifique _____

e. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

Menor de 6 horas () 6- 8 horas (X) Más de 10 horas ()

¿Cómo se encuentra al despertarse?

Cansado () Descansado (X) Fatigado () Otros ()

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No (X)

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si (X) No () ¿Desde cuándo?:

1 semana (X) 15 días () 1 mes () Más de un mes ()

Presencia de:

Bostezo (X) Insomnio () Hipersomnia () Pesadillas ()



Alucinaciones () Ojeras () Ronquido () Enuresis ()
Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño: El recién nacido (bebe).

¿Acostumbra a tomar siestas? Si (X) No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No (X) Especifique _____

Actividad

Sistema músculo esquelético.

Presencia en articulaciones de:

Dolor () Rigidez () Inflamación () Limitaciones ()

Contracturas () Especifique _____

Tratamiento _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No (X) Especifique _____

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si (X) No () Especifique: Caminata

Frecuencia/ duración: 30 a 40 minutos diario.

f. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.

Sistema auditivo

¿Presenta problemas de audición?

Si () No (x) Especifique _____

Utiliza apoyo para escuchar.

Si () No (x) Especifique _____

Presencia de: Mareo () Vértigo () Acúfenos () Malformaciones ()

Tumores () Lesiones ()

Sistema ocular

¿Presenta problemas visuales?

Si () No (x) Especifique _____

¿Utiliza lentes? Si () No (x) Armazón () Contacto ()

Tiempo _____

Presencia de alteraciones oculares.

Si () No (x) Especifique _____

¿Con quienes convive diariamente?

Familia (x) Amigos () Compañeros de trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena (x) Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia (x) Amigos () Nadie () Otros _____

Observar: Seguridad (x) Timidez () Introversión () Apatía ()

Extraversión () Otros _____

Razones que le impiden socializar:

Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación () Otros _____



g. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. Sistema neurológico.

Estado de conciencia:

Consciente (x) Inconsciente () Sopor ()
Estupor () Confusión () Coma ()
Glasgow 15 puntos

Problemas de:

Concentración () Razonamiento () Especificar _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros _____

Antecedentes heredo familiares / patológicos:

Si (x) No () Especifique: Madre con HAS y Padre con Osteoartritis.

Toxicomanías:

Si () No (x) Especifique _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si (x) No () Especifique: Cuidar la alimentación y realizar caminata con la familia.

h. Promoción del funcionamiento humano y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si (x) No () Especifique _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si (x) No () Especifique _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas?

Si () No (x) Especifique _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (x) No () Especifique _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No (x)

Depresión () Ansiedad () Vergüenza () Temor ()

Desesperanza () Negatividad () Tristeza ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () Inadaptación () Irritabilidad ()

Culpa () Agresión () Cólera ()



III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo.

1. Etapa del ciclo vital.

¿Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida?

Niñez	Si ()	No (x)	Especifique _____
Edad escolar	Si ()	No (x)	Especifique _____
Adolescente	Si ()	No (x)	Especifique _____
Adulto joven	Si ()	No (x)	Especifique _____
Edad fértil	Si ()	No (x)	Especifique _____
Adulto maduro	Si ()	No (x)	Especifique _____

2. Salud sexual.

Sistema reproductor

¿Ha recibido educación sexual?

Si (x) No () Especifique _____

¿Cuál es su orientación sexual? _____

Inicio de Vida Sexual Activa: Si (x) No () Especifique: 21 años

Número de parejas sexuales 1 pareja

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si (x) No () Porque _____

¿Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales?

Si () No (x) Especifique _____

¿Utiliza algún método de planificación familiar?

Si (x) No () Especifique / tiempo: OTB (Permanente)

Número de hijos: 3

¿Tiene problemas de infertilidad?

Si () No (x) Especifique _____

Causa / tratamiento _____

¿Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual?

Si () No (x) Especifique _____

Tratamiento _____

Cirugías realizadas en Aparato reproductor

Si (x) No () Especifique: obstrucción tobaría bilateral

Hombre:

¿Acude a examen de próstata/testicular?

Si () No () Especifique _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Especifique _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Especifique/Tratamiento _____

Mujer:



Menarca: 14 año Días del ciclo menstrual 3 días

Tipo, cantidad y características del flujo. Escaso

Presenta algún problema durante su menstruación

Si () No (X) Especifique _____

Embarazos 3 Partos 3 Cesárea 0 Abortos 0 Óbitos 0

Partos prematuros 0

Embarazos de alto riesgo _____ Periodo intergenésico: _____

Menopausia _____ Fecha de último Papanicolaou: mayo-2018

Presencia de flujo/ hemorragia transvaginal:

Si () No (X) Especifique _____

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No (X) Especifique _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

¿Con qué frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4- 6 meses (X) 6- 12 meses () más de 12 meses ()

No se realiza () Especifique _____

¿Sabe usted de su enfermedad? _____

Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades,

¿usted acude?

Si (X) No ()

En caso de déficit o incapacidad física, ¿cuál es su sentimiento respecto a su situación? _____

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No (X) Especifique _____

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique _____

Observaciones:



ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA COMPLEMENTARIO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



NO. FOLIO: 001

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROCESO ENFERMERO EN UN CASO CLÍNICO DE PUERPERIO FISIOLÓGICO CON EL
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

Yo Mineiva Barrera Araiza, doy mi consentimiento para que la P.L.E. LIBRADA PITA HERNANDEZ, me aplique un Proceso Enfermero, con la valoración y diagnóstico de las respuestas humanas que el puerperio fisiológico me desencadena y la planeación, ejecución y evaluación de un plan de cuidados con el fin de desarrollar y mantener el autocuidado de mi salud.

He recibido información completa sobre la temática que abordará el presente Proceso Enfermero, que será realizado con propósitos educativos y de investigación en Enfermería fin de favorecer la calidad en los cuidados que el personal de enfermería brinda a las usuarias en puerperio fisiológico haciendo el registro correspondiente de ellos.

Mi participación en el estudio será voluntaria, no provocará riesgos en mi salud, la información que proporcione será tratada de manera confidencial y no tendrá ninguna remuneración económica. Se me ha informado que en el momento que yo decida NO PARTICIPAR en el estudio, no existirán de ninguna manera represalias hacia mi persona y seguiré recibiendo un trato digno por parte del personal de enfermería.

Fecha de Aplicación: 22/04/2019

Nombre del Participante:

Mineiva Barrera Araiza

Firma:

Testigo:

Ramirez Maldonado Brenda

Firma:

P.L.E. LIBRADA PITA HERNANDEZ
ENFERMERA INVESTIGADORA



ANEXO 3.INDICACIONES MÉDICAS

Nombre: Minerva Barrera Araiza Edad: 30 años Cama: 5 No. Expediente: 1950
Servicio: Ginecó-Obstetricia Sexo: Femenino Alergias: Negadas.

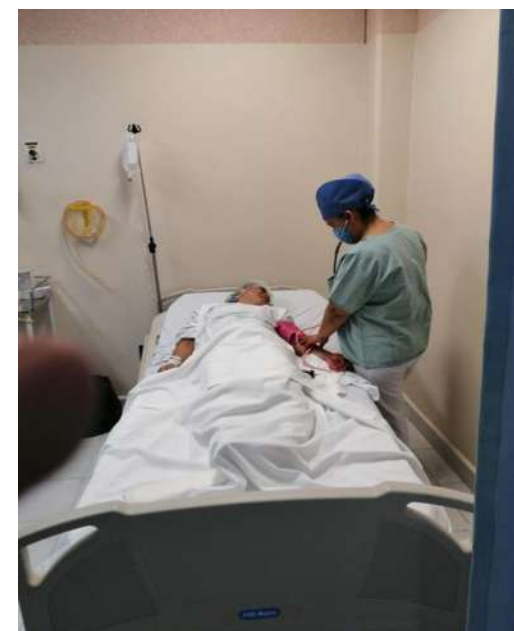
Fecha y Hora	Indicación
22/04/2019	1.- Dieta líquida por la tarde blanda
11:00hrs	2.- Sol. Mixta 1000ml +15U de Oxitocina intravenosa para 8 Horas.
	3.- Sol. Hartmann 1000 intravenosa para 12 horas.
	4.- Ketorolaco 30mg intravenoso Dosis Única.
	5.- Ceftriaxona 1g intravenosa cada 12 horas.
	6.- Paracetamol 500 mg vía oral
	7.- Vigilar sangrado tras vaginal e involución uterina.
	8.- Alojamiento conjunto.
	9.- Baño y deambulación.
	10.- Bh

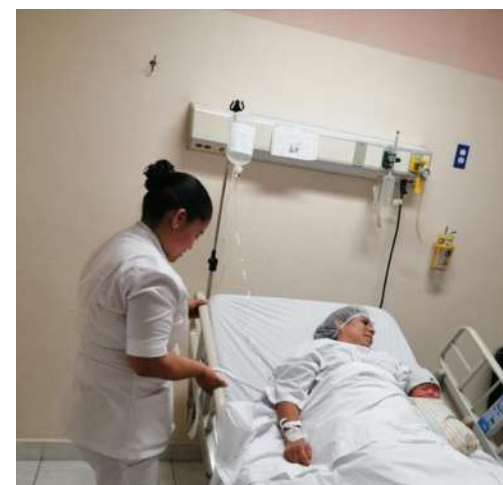
Dr. José Leopoldo Villalón Calderón

Cedula Profesional: 3392743.



ANEXO 4. IMÁGENES DE LOS CUIDADOS EN EL PUERPERIO FISIOLÓGICO.





ANEXO 5. PROCESO DE ENFERMERÍA CON REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM

Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		<i>Etiqueta Diagnóstica NANDA: 00206</i>		Riesgo de sangrado. <i>Relacionado por: Complicaciones de postparto (atonía uterina, retención placentaria).</i>										
		Definición del Diagnóstico de Enfermería: Vulnerable a una definición del volumen de sangre, que puede comprender la salud.												
		PÁGINA NANDA	401	DOMINIO	11. seguridad/protección		CLASE	2. Lesión física						
Requisito de Autocuidado o Universal	7. Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.			Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN										
Requisito de Desarrollo de Autocuidado o	Paciente de femenina de 30 años con un diagnóstico de puerperio fisiológico.			Intervención NIC PAG.166	ENSEÑANZA: cuidados posparto 6930		Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio						
Requisito de Autocuidado o en la Desviación de la Salud	4. Estar conscientes de los efectos molestos y negativos de las medidas realizadas o prescritas.			Definición del NIC: proporcionar cuidados a la mujer durante el periodo de 6 semanas que comienza justo después del parto.										
				Fundamentación Teórica del NIC										
Agencia de Enfermería				Dar instrucciones a la mujer sobre la manera de valorar la hemorragia y nos pueda permitir prevenir complicaciones graves en el puerperio y el tono uterino sobre como efectuar el masaje del fondo.										
Resultado Esperado NOC PAG. 237		Conocimiento: salud materna en el puerperio		Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)			EVALUACIÓN / Conclusiones							
Definición del NOC: Grado de conocimiento transmitido sobre la salud materna en el puerperio después del nacimiento del bebe.		1: Ningún conocimiento 2:Conocimiento escaso; 3:Conocimiento moderado; 4:Conocimiento sustancial; 5: Conocimiento extenso			El avance es positivo, porque la usuaria recibió y comprendió la orientación sobre complicaciones del sangrado tras vaginal y con el conocimiento se pudo prevenir.									
Escala Diana	1: Ningún conocimiento 2:Conocimiento escaso; 3:Conocimiento moderado; 4:Conocimiento sustancial; 5: Conocimiento extenso			1.- Monitorizar signos vitales 2.- vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos. 3.- controlar la localización, altura y tono del fon uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación. 4.- Masajear suavemente el fondo uterino si es necesario. 5.- controlar el periné o la incisión quirúrgica así como el tejido circundante. 6.- instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requiera ser notificados de inmediato. 7.- realizar con los cuidados perineales como aplicar compresas de hielo, animar a la paciente a tomar baños de asiendo y aplicar calor seco.			Escala Diana	1: Ningún conocimiento 2:Conocimiento escaso; 3:Conocimiento moderado; 4:Conocimiento sustancial; 5: Conocimiento extenso						
Código	Indicadores	1	2	3	4	5	Código	Indicadores	1	2	3	4	5	
181801	Sensaciones físicas normales después del parto.		X				181801	Sensaciones físicas normales después del parto.				X		
181803	Flujo vaginal normal		X				181803	Flujo vaginal normal			X			
181805	Patrones de involución uterina	X					181805	Patrones de involución uterina				X		
181806	Masaje del fondo uterino		X				181806	Masaje del fondo uterino				X		
181816	Cambios fisiológicos			X			181816	Cambios fisiológicos					X	
Total: 10 puntos								Total: 20 puntos						
(+ Puntuación Diana PREVIA)								(+ Puntuación Diana POSTERIOR)						
Bibliografía: HERDMANT, T. Heather; "NANDA Internacional; Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación"; Edición 2015-2017; Editorial Elsevier España, 2010, Barcelona España. - MOORHEAD, Sue; et al; "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)"; Tercera Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España. - BULECHEK, Gloria M; et al; "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)"; Quinta Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España.														



**PROCESO DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM**

Página 91 de 95



Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		<i>Etiqueta Diagnóstica NANDA: 00004</i>		Riesgo de infección												
		<i>Factores Relacionados</i>		Relacionado por Procedimiento invasivos.												
		Definición del Diagnóstico de Enfermería: vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueda comprometer la salud.														
		PÁGINA NANDA	379	DOMINIO	11. seguridad/protección					CLASE	1. infección					
Requisito de Autocuidado Universal	7. Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.			Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN												
Requisito de Desarrollo de Autocuidado	Adulto de 30 años, femenina, de puerperio fisiológico.			Intervención NIC PAG. 166		cuidados posparto 6930					Sistema de Enfermería		De apoyo educativo			
Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud	2. Estar conscientes de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos.			Definición del NIC: proporcionar cuidados a la mujer durante el periodo de 6 semanas que comienza justo después del parto.												
				Fundamentación Teórica del NIC												
Agencia de Enfermería				Dar a la mujer instrucciones sobre los cuidados del recién nacido y de sí misma para prevenir alguna complicaciones.												
Promoción a la salud, información y orientación sobre los cuidados del puerperio fisiológico.																
Resultado Esperado NOC PAG. 183		Conocimiento: control de la infección		Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)					EVALUACIÓN / Conclusiones							
Definición del NOC: Grado de conocimiento transmitido sobre la infección, su tratamiento y la prevención de la progresión de la enfermedad y las complicaciones.				1. Instruir a la paciente sobre los cuidados perianales para evitar la infección reducir molestias. 2. Realizar o ayudar con os cuidados perianales es decir, aplicar compresas con hielo ayudar a la paciente a tomar baños de asiento y aplicar calor seco. 3. Monitorizar la vejiga urinaria incluidas las entradas y salidas (vaciado vesical palpabilidad color y olor). 4. Monitorizar signos vitales.					Los resultados fueron favorables porque gracias a la orientación de enfermería se pueden prevenir las infecciones.							
Escala Diana	1: Ningún conocimiento 2: Conocimiento escaso; 3: Conocimiento moderado; 4: Conocimiento sustancial; 5: Conocimiento extenso								Escala Diana	1: Ningún conocimiento 2: Conocimiento escaso; 3: Conocimiento moderado; 4: Conocimiento sustancial; 5: Conocimiento extenso						
Código	Indicadores	1	2	3	4	5			Código	Indicadores	1	2	3	4	5	
184202	factores que contribuyen a la transmisión de la infección		X						184202	factores que contribuyen a la transmisión de la infección				X		
184203	Prácticas que reducen la transmisión			X					184203	Prácticas que reducen la transmisión				X		
184204	Signos y síntomas de infección		X						184204	Signos y síntomas de infección					X	
184207	Importancia de la higiene de las manos		X						184207	Importancia de la higiene de las manos					X	
184220	Importancia de finalizar el régimen de medicación			X					184220	Importancia de finalizar el régimen de medicación					X	
Total:		10 puntos						Total:		23 puntos						
		(+ Puntuación Diana PREVIA)								(+ Puntuación Diana POSTERIOR)						
Bibliografía:																
- HERDMANT, T. Heather; "NANDA Internacional; Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación"; Edición 2015-2017; Editorial Elsevier España, 2010, Barcelona España.																
- MOORHEAD, Sue; et al; "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)"; Tercera Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España.																
- BULECHEK, Gloria M; et al; "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)"; Quinta Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España.																



**PROCESO DE ENFERMERÍA
REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM**

Página 92 de 95



Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		<i>Etiqueta Diagnóstica NANDA: 00208</i>		Disposición para mejorar el proceso de la maternidad.														
		<i>Factores Relacionados</i>		Relacionado por: Expresa deseo de mejorar el estilo de vida en el postparto (eliminación, ejercicio, nutrición, higiene personal, sueño).														
		Definición del Diagnóstico de Enfermería: Vulnerable a una definición del volumen de sangre, que puede comprender la salud.																
		PÁGINA NANDA	310	DOMINIO	8.sexualidad					CLASE	3. Reproducción							
Requisito de Autocuidado Universal		7. Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.			Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN													
Requisito de Desarrollo de Autocuidado		Paciente de femenina de 30 años con un diagnóstico de puerperio fisiológico.			Intervención NIC PAG. 99		Asesoramiento en la lactancia 5244				Sistema de Enfermería		De apoyo educativo					
Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud		4. Estar conscientes de los efectos molestos y negativos de las medidas realizadas o prescritas.			Definición del NIC: Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria.													
					Fundamentación Teórica del NIC													
Agencia de Enfermería		Recibe bien las instrucciones de sí misma y del lactante, para incorporarse sin problema, a s a su medio ambiente.																
Promoción a la salud, información y orientación sobre los cuidados del puerperio fisiológico.																		
Resultado Esperado NOC PAG. 302		Desempeño de rol de padres			Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)					EVALUACIÓN / Conclusiones								
Definición del NOC: Acciones parenterales para proporcionar un ambiente social, emocional y físico que alimente y sea constructivo para el niño.							1. Ayudar a los progenitores a planificar una rutina para estimulación del lactante.					El avance fue favorable, se obtuvo una buena interacción entre madre e hijo un vínculo que favorece la comunicación efectiva.						
Escala Diana	1: Nunca demostrado 2:raramente demostrado; 3 a veces demostrado; 4:frecuentemente demostrado; 5:siempre demostrado				2. Enseñar a los progenitores/cuidadores a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial.					Escala Diana	1: Nunca demostrado 2:raramente demostrado; 3 a veces demostrado; 4:frecuentemente demostrado; 5:siempre demostrado							
Código	Indicadores	1	2	3	4	5	3. Hacer que los progenitores demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza.					Código	Indicadores	1	2	3	4	5
221130	Proporcionar cuidados de salud preventivos		X				4. Enseñar a los progenitores a fomentar la interacción cara a cara con l lactante.					221130	Proporcionar cuidados de salud preventivos				X	
221131	Proporcionar cuidados de problemas de salud puntuales		X				5. Enseñar a los progenitores a elogiar al lactante por todos los esfuerzos por responder a la estimulación.					221131	Proporcionar cuidados de problemas de salud puntuales			X		
221125	Dar valores que fomentan el funcionamiento social	X										221125	Dar valores que fomentan el funcionamiento social					X
221126	Proporciona supervisión adecuada para el niño		X									221126	Proporciona supervisión adecuada para el niño				X	
221118	Expresa expectativas realistas del rol padre/madre			X								221118	Expresa expectativas realistas del rol padre/madre					X
Total:		10 puntos										Total:		21 puntos				
		(+ Puntuación Diana PREVIA)												(+ Puntuación Diana POSTERIOR)				
Bibliografía: HERDMANT, T. Heather; "NANDA Internacional; Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación"; Edición 2015-2017; Editorial Elsevier España, 2010, Barcelona España. - MOORHEAD, Sue; et all; "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)"; Tercera Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España.																		



PROCESO DE ENFERMERÍA REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM

Página 93 de 95



Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		Etiqueta Diagnóstica NANDA: 00106 Factores Relacionados		Disposición para mejorar la lactancia materna Relacionado por: La madre expresa deseo de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna exclusiva.														
		Definición del Diagnóstico de Enfermería: patrón de aporte de leche directamente del pecho aun neonato o lactante, que puede ser reforzado.																
		PÁGINA NANDA		157		DOMINIO		2.Nutricion			CLASE		1.Ingestion					
Requisito de Autocuidado Universal	3. mantener un aparte suficiente de alimento.			Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN														
	Requisito de Desarrollo de Autocuidado	Lactancia	Intervención NIC PAG. 210		Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) 7104			Sistema de Enfermería		De apoyo educativo								
		Definición del NIC: facilitar el crecimiento individual o de la familia que incorpora un hijo más al hogar.																
		Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud	No aplica	Fundamentación Teórica del NIC														
Agencia de Enfermería			Las ventajas de la lactancia materna están claramente reconocidas, y tras una época en que muchas madres optan por la lactancia artificial, cada vez son más las se inclinan por ese método.															
Promoción a la salud, información y orientación sobre los cuidados del puerperio fisiológico.																		
Resultado Esperado NOC PAG. 198		Conocimiento: lactancia materna		Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)					EVALUACIÓN / Conclusiones									
Definición del NOC: Grado de conocimiento trasmitido sobre la lactancia y la alimentación del lactante durante la lactancia materna.				1. Establecer relaciones de confianza con los progenitores. 2. Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de las familias. 3. Ayudar a la familia a identificar sus puntos fuertes y sus puntos débiles. 4. Animar a la familia a que asista a las clases de preparación de los hermanos cuando proceda. 5. Reforzar los comportamientos parentales positivos.					El avance fue positivo con las intervenciones de enfermería se orienta a la paciente sobre los cuidados para concientizarla sobre los beneficios de la lactancia materna.									
Escala Diana	1: Ningún conocimiento 2:Conocimiento escaso; 3:Conocimiento moderado; 4:Conocimiento sustancial; 5: Conocimiento extenso								Escala Diana	1: Ningún conocimiento 2:Conocimiento escaso; 3:Conocimiento moderado; 4:Conocimiento sustancial; 5: Conocimiento extenso								
Código	Indicadores	1	2						3	4	5	Código	Indicadores	1	2	3	4	5
180001	Beneficios de la lactancia materna		X									180001	Beneficios de la lactancia materna				X	
180020	Necesidades de ingesta de líquidos de la madre	X										180020	Necesidades de ingesta de líquidos de la madre			X		
180004	Señales de hambre del lactante		X									180004	Señales de hambre del lactante					X
180006	Posición adecuada del lactante en amamantamiento.	X										180006	Posición adecuada del lactante en amamantamiento.				X	
180015	Técnicas adecuadas de extracción y almacenamiento de la leche materna.	X					180015	Técnicas adecuadas de extracción y almacenamiento de la leche materna					X					
Total: 7 puntos																		
(+ Puntuación Diana PREVIA)																		
Bibliografía:																		
- HERDMANT, T. Heather; "NANDA Internacional; Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación"; Edición 2015-2017; Editorial Elsevier España, 2010, Barcelona España. - MOORHEAD, Sue; et al; "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)"; Tercera Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España. - BULECHEK, Gloria M; et al; "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)"; Quinta Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España.																		

Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		<i>Etiqueta Diagnóstica</i> NANDA: 00015 <i>Factores Relacionados</i>		Riesgo de estreñimiento Relacionado por: con ingesta de fibra insuficiente.													
		Definición del Diagnóstico de Enfermería: vulnerable a sufrir una disminución en la frecuencia normal de defecación acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces, que pueden comprometer la salud.															
		PÁGINA NANDA	198	DOMINIO	3: Eliminación e intercambio				CLASE	2: Función gastro intestinal							
Requisito de Autocuidado Universal		4. Cuidados asociados con la eliminación de desechos, incluidos los excrementos.		Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN													
Requisito de Desarrollo de Autocuidado		Adulto de 30 años, femenina, de puerperio fisiológico.		Intervención NIC PAG. 285	Manejo de la nutrición 1100				Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio.							
Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud		3. Realizar las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas Puerperio fisiológico, estreñimiento secundario a la ingesta de alimentos bajos en fibras y poco consumo de líquidos.		Fundamentación Teórica del NIC													
Agencia de Enfermería Promoción a la salud, información y orientación sobre los cuidados del puerperio fisiológico.				Fomentar el restablecimiento de las funciones corporales maternas.													
Resultado Esperado NOC PAG. 322		ELIMINACION INTESTINAL		Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)				EVALUACIÓN / Conclusiones El resultado fue favorable ya que la paciente tubo un conocimiento de acerca de su dieta y la importancia de la ingesta de abundantes líquidos para no presentar estreñimiento.									
Definición del NOC: FOORMACION Y EVACUACION DE HECES.				1.- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. 2.- Motorizar las calorías y la ingesta alimentaria 3.- Monitorizar las tendencias y pérdidas de aumento de peso.				Escala Diana 1: GRAVEMENTE COMPROMETIDO; 2:SUSTANCIALMETE COMPROMETIDO; 3: MODERADAMENTE COMPROMETIDO; 4: LEVEMENTE COMPROMETIDO; 5: NO COMPROMETIDO									
Escala Diana	1: GRAVEMENTE COMPROMETIDO; 2:SUSTANCIALMETE COMPROMETIDO; 3: MODERADAMENTE COMPROMETIDO; 4: LEVEMENTE COMPROMETIDO; 5: NO COMPROMETIDO							Escala Diana 1: GRAVEMENTE COMPROMETIDO; 2:SUSTANCIALMETE COMPROMETIDO; 3: MODERADAMENTE COMPROMETIDO; 4: LEVEMENTE COMPROMETIDO; 5: NO COMPROMETIDO									
Código	Indicadores	1	2					3	4	5	Código	Indicadores	1	2	3	4	5
050101	PATRON DE ELIMINACION		X								050101	PATRON DE ELIMINACION				X	
050102	CONTROL DE MOVIMIENTOS INTESTINALES	X									050102	CONTROL DE MOVIMIENTOS INTESTINALES			X		
050104	CANTIDAD DE HECES EN RELACION CON LA DIETA		X								050104	CANTIDAD DE HECES EN RELACION CON LA DIETA					X
050129	RUIDOS ABDOMINALES	X									050129	RUIDOS ABDOMINALES				X	
050128	DOLOR EN EL PASO DE LAS HECES	X									050128	DOLOR EN EL PASO DE LAS HECES					X
Total:		7 puntos						Total: 21 puntos									
		(+ Puntuación Diana PREVIA)						(+ Puntuación Diana POSTERIOR)									
Bibliografía: - HERDMANT, T. Heather; "NANDA Internacional; Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación"; Edición 2015-2017; Editorial Elsevier España, 2010, Barcelona España. - MOORHEAD, Sue; et all; "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)"; Tercera Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España. - BULECHEK, Gloria M; et all; "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)"; Quinta Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España.																	



ANEXO 6: SÍNTESIS DE TEORÍA DE OREM

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DOROTHEA E. OREM

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

1. Edad
2. Sexo
3. Estado de Desarrollo: Físico, Funcional, Cognitivo y Psicosocial.
4. Estado de Salud: Pasado, Presente y la propia Percepción.
5. Factores del Sistema de Salud: Disponibilidad y Adecuación de los Recursos
6. Factores del Sistema u Orientación Sociocultural y Sistema Espiritual
7. Factores del Sistema Familiar: (Diagnóstico y Tratamiento)
8. Factores del Sistema Familiar: (Composición/relación)
9. Patrones de Vida, actividades en que se ocupa regularmente
10. Factores Ambientales

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantener un aporte suficiente de agua
3. Mantener un aporte suficiente de alimento
4. Cuidados asociados con la eliminación de desechos, incluidos los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social
7. Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales (normalidad)

REQUISITOS DE DESARROLLO DE AUTOCUIDADO

Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración y previenen efectos negativos:

1. Vida Intrauterina
2. Vida Neonatal: parto a término/prematuro
3. Lactancia
4. Infancia, Adolescencia y Adulto Joven.
5. Adulto
6. Embarazo

Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales:

7. Privación Educativa
8. Problemas de Adaptación Social
9. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
10. Pérdida del trabajo.
11. Cambio súbito de las condiciones de vida.
12. Cambio de posición social o económica.
13. Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal.
14. Muerte
15. Peligros Ambientales.

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

1. Buscar y asegurar ayuda médica en exposición a condiciones ambientales.
2. Estar consciente de los efectos y resultados en las condiciones y estados patológicos.
3. Realizar las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
4. Estar conscientes de los efectos molestos y negativos de las medidas realizadas o prescritas.
5. Modificar el autoconcepto.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones o estados patológicos, así como efectos del diagnóstico y tratamiento.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DOROTHEA E. OREM

AGENCIA DE ENFERMERÍA / MÉTODOS DE AYUDA:

1. Actuar o hacer por otros.
2. Guiar o dirigir.
3. Enseñar, dar sostén físico y psicológico.
4. Apoyar, promover un ambiente para que el individuo sea capaz de satisfacer las demandas de acción presentes o futuras.
5. Educar, proporcionar un entorno que estimule el desarrollo.

SISTEMAS DE ENFERMERÍA

TOTALMENTE COMPENSATORIO

1. Compensar las incapacidades para el autocuidado.
2. Apoyar y proteger.
3. Emitir juicios y tomar decisiones para los pacientes.
4. Cultivar las capacidades existentes.

PARCIALMENTE COMPENSATORIO

1. Compensar las incapacidades para el autocuidado.
2. Apoyar y proteger.
3. Emitir juicios y tomar decisiones para los pacientes.
4. Cultivar las capacidades existentes.

APOYO EDUCATIVO

1. Ayudar a tomar decisiones.
2. Ayudar al paciente a aprender.
3. Actualizar periódicamente la capacitación.