



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

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA :  
APLICADO A UNA PACIENTE DURANTE EL  
PUERPERIO MEDIATO CON CESÁREA PREVIA,  
PERIODO INTERGENÉSICO CORTO Y VARICELA.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

GUILLERMINA LETICIA MONROY GARCÍA

No. DE CUENTA: 401116870

NIVEL : LICENCIATURA



DIRECTOR ACADÉMICO

LIC. ARMANDO ORTEGA GUTIÉRREZ

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

m345257



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
1. OBJETIVO.....	6
1.1 General	
1.2 Específicos.	
2. JUSTIFICACIÓN.....	7
3. METODOLOGÍA.....	8
4. MARCO TEORICO.....	10
4.1.-VIRGINIA HENDERSON.....	10
4.1.1. Definición. Los elementos más importantes de su teoría.	
4.1.2. Las necesidades humanas básicas según Henderson	
4.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.....	13
4.2.1 Concepto de Proceso de Atención de Enfermería	
4.2.2 Características del Proceso de Atención de Enfermería	
4.2.3 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	
4.2.3.1. Valoración	
4.2.3.2. Diagnóstico de Enfermería	
4.2.3.3. Planeación	
4.2.3.4. Ejecución	
4.2.3.5. Evaluación	
4.3 PUERPERIO.....	16
4.3.1 Concepto	
4.3.2 Ajustes biopsicosociales.	
4.3.3 Complicaciones	
4.3.4 Medidas higiénico – dietéticas.	
4.3.5 Lactancia materna.	
4.4.-CESAREA.....	32
4.4.1. Definición.	
4.4.2. Indicaciones.	
4.4.3. Tipos de cesárea.	

4.4.6. Técnica quirúrgica	
4.4.8. Complicaciones	
4.5.- ANESTESIA.....	35
4.5.1. Concepto.	
4.5.2. Anestesia local o regional.	
4.5.3. Anestesia general.	
4.6. VARICELA.....	38
4.6.1. Definición.	
4.6.2. Cuadro clínico.	
4.6.3. Diagnostico	
4.6.4. Tratamiento	
4.6.5. Complicaciones.	
4.6.6. Embarazo y varicela	
4.6.7. Técnicas de aislamiento.	
5. VALORACION DE ENFERMERIA.....	49
6. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	60
6.1 Diagnóstico de Enfermería	
6.2 Plan de cuidados.	
7. PLAN DE ALTA.....	74
8. CONCLUSIONES.....	75
9. GLOSARIO.....	76
10. BIBLIOGRAFIA.....	78

## INTRODUCCIÓN

La Enfermería ha tenido un devenir histórico importante; el conocimiento de los principios científicos proporcionaría el impulso para que la Enfermería se convirtiese en una profesión. La formación de la enfermera ha sido teórica – práctica, la primera impartida en el aula, la segunda al lado del enfermo; dirigiendo siempre su visión y esfuerzo a ser mejor cada día, asimilando conocimientos con el firme propósito de fomentar, conservar y reestablecer la salud, así mismo la prevención de la enfermedad, alivio del sufrimiento y la asistencia para una muerte tranquila.

La Enfermería para Virginia Henderson, es ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud, a su recuperación o a una muerte en paz y que podría llevar a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario.

En el ejercicio de nuestra profesión, nos enfrentamos a una variedad de retos que nos llevan a considerar al ser humano como un ser biopsicosocial, capaz de establecer metas y tomar decisiones, teniendo el derecho y la responsabilidad de elegir según sus principios y valores.

La enfermera, al brindar una atención integral necesita basarse en un instrumento de trabajo, como es el Proceso de Atención de Enfermería: siendo este un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupo a las alteraciones de salud reales o potenciales; el cual consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación.

Ha causado controversia desde hace dos decenios, en la mayor parte de los hospitales obstétricos, la tasa de cesáreas era de 5 a 10%; en muchos hospitales esta tasa se acerca en la actualidad a 20% o inclusive más. Estos es, en parte, resultado del aumento en la seguridad de la operación y, en parte, una reacción a la conveniencia de que el recién nacido nazca en condiciones óptimas. En la actualidad el mayor porcentaje de este procedimiento es realizado por “cesárea previa” en un 40%.

Como la operación por cesárea previa encabeza la lista de indicaciones, es necesario que la primera cesárea se realice sólo cuando sea indispensable.

El trabajo de parto después de una cesárea anterior, se puede permitir en cerca del 75% de las mujeres con una tasa de buenos resultados que se aproxima a un 75%. Siempre es necesario valorar los cambios en el ejercicio profesional. Deben rechazarse las tasas crecientes de operación cesárea a la luz de los riesgos para la madre y el hijo.

Este trabajo se presenta, con la visión y metodología del Modelo de Virginia Henderson, que durante la formación del personal de Enfermería, se analizaron sus bases metodológicas, las cuales están sustentadas en el método científico.

El presente proceso gira en torno a un Proceso de Atención de Enfermería aplicado a una mujer con diagnóstico médico de: Puerperio mediato con cesárea previa, periodo intergénésico corto y varicela, atendida en el hospital Materno Infantil del ISSEMYM; la cual ingresó a esta unidad el 8 de Noviembre de 2004; conformado en siete apartados:

- El primero, en el cual se exponen los objetivos de aprendizaje así como los del caso clínico.
- En el segundo, se plantea la justificación.
- En el tercero, se describe la metodología que se utilizará para la elaboración y desarrollo del proyecto dando origen al Proceso de Atención de Enfermería.
- En el cuarto precisa el Modelo de Virginia Henderson, con su definición, se especifican elementos del Proceso de Enfermería, hasta llegar al método del cuidado; para el cual, se incluyen sus cinco etapas: Valoración de las necesidades, Diagnóstico de Enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación.
- En el quinto, se enuncia la Historia Clínica de Enfermería utilizando la propuesta de Virginia Henderson.
- En el sexto, se elabora el Plan de Cuidados, con los requisitos: Diagnósticos de Enfermería, Objetivos, Necesidades, Intervenciones de Enfermería, de acuerdo a una fundamentación Científica y Evaluación.
- En el séptimo, se basa en el Plan de alta, como un proceso sistemático de valoración, de preparación y de coordinación con otros profesionales, se incluyen las acciones multidisciplinarias.

Finalmente se plantean las conclusiones de la experiencia de elaborar este Proceso de Enfermería y las fuentes bibliográficas, que sirvieron de sustento para el mismo.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. GENERAL**

- Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería a una paciente de puerperio mediato, con cesárea previa, periodo intergénésico corto y varicela; integrando conocimientos de la enfermera en el adecuado manejo de la paciente, recién nacido, familia y comunidad.

### **1.2. ESPECÍFICO**

- Cumplir con un requisito para lograr así mi titulación como Licenciada en Enfermería y Obstetricia.
- Aplicar a la practica los conocimientos adquiridos en mi formación sobre el Proceso de Atención de Enfermería.
- Efectuar el seguimiento del cuidado de mi paciente, detectando oportunamente sus necesidades.
- Enfatizar la importancia de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la practica profesional de la enfermera.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

El presente proyecto se realiza con el firme propósito de ofrecer un trabajo en el cual se evidencie la aplicación del conocimiento científico en la práctica de Enfermería en beneficio directo del paciente, llevando asistencia profesional basada en éste, aplicando un plan de cuidados profesionales de Enfermería de calidad y eficiencia.

Es importante la realización e implantación de un Plan de Atención en el desempeño del cuidado del paciente, que nos permita precisar y solventar de manera eficaz sus necesidades, cubriendo los requerimientos del paciente no sólo desde una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

Encontrándonos así frente a una herramienta necesaria e indispensable en el diario haber de la Enfermería, permitiéndonos la interpretación, análisis y reflexión de la teoría de Virginia Henderson en la cual nos basamos para el desarrollo del presente proyecto.

Así mismo se busca cumplir con el objetivo de la formación profesional y perfil de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, el cual, desarrolla habilidades diagnósticas y terapéuticas dirigidas a la salud reproductiva y a los cuidados de Enfermería en las diferentes etapas de la reproducción con enfoque de riesgo.

Lo anterior con el propósito de obtener la titulación como Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

### **3. METODOLOGÍA**

El contenido de este proyecto se estructura basándose en el Proceso Atención de Enfermería, con la teoría de Virginia Henderson para desarrollar conocimientos y habilidades, del profesional de Enfermería.

Valoración con necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1º .- Respirar con normalidad.
- 2º .- Comer y beber adecuadamente.
- 3º .- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º .- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º .- Descansar y dormir.
- 6º .- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º .- Mantener la temperatura corporal.
- 8º .- Mantener la higiene corporal.
- 9º .- Evitar los peligros del entorno.
- 10º .- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones
- 11º .- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º .- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º .- Participar en todas las formas de recreación y ocio
- 14º .- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud

Para la aplicación del método, se integra aspectos sobre operación de cesárea, indicaciones, periodo intergénésico y varicela; además del aprendizaje significativo, la búsqueda y selección bibliografía; se apoyará este trabajo con la tutoría y asesoría individual, con un director de proyecto avalado por la ENEO –UNAM; se combinarán las actividades de aprendizaje y se integrará un producto final, que es un Proceso Atención de Enfermería; esta metodología organiza los conocimientos hacia la administración de los cuidados de

Enfermería a una mujer de puerperio mediato con cesárea previa, periodo intergénésico corto y varicela, atendida en el hospital Materno Infantil del ISSEMYM; la cual ingresó a esta unidad el 8 de Noviembre de 2004.

## MARCO TEORICO

### 4.1 VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en Kansas City en 1897; se graduó en la Army School of Nursing en 1921. Su interés por la Enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial. Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica. En 1955 publicó su "Definición de Enfermería", en 1966 perfiló su Definición en el libro: "The Nature of Nursing". Siendo conocida en todo el mundo, fallece en marzo de 1996 a la edad de 98 años<sup>1</sup>.

Distinguida enfermera norteamericana con amplia experiencia en docencia, en practica clínica y en investigación. Obtuvo el grado de maestría en docencia y por su basta e importante obra recibió nueve investiduras como Doctor Honoris Causa.

Sus investigaciones empezaron al observar un vacío en cuanto a la identificación de la función propia de la enfermería (objeto de estudio), lo que llevo a preguntarse, ¿qué es lo que deberían de hacer las enfermeras, que no pueden hacer otros profesionales de la salud?

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1995.

#### 4.1.1 DEFINICION. LOS ELEMENTOS MAS IMPORTANTES DE SU TEORIA

##### 1. SUPUESTOS PRINCIPALES

Enfermería.

1. Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
2. Una enfermera actúa como miembro de un equipo medico.
3. Una enfermera actúa al margen del medico, apoya su plan, si existe un medico encargado.
4. Una enfermera debe tener nociones tanto de biología, como de psicología.
5. Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
6. Los catorce componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de Enfermería<sup>2</sup>.

Persona (paciente)

1. Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
2. El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
3. El paciente requiere de ayuda para conseguir la independencia.
4. El paciente y su familia constituyen una unidad.
5. Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de Enfermería<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Marriner, Ann; Modelos y Teorías de Enfermería; quinta edición, Edit. Molov Inc. And Elsevier Science, 2003. Pp. 15

<sup>2</sup> Marriner, Ann; Modelos y Teorías de Enfermería; 1 ed; Rol S.A. España, 1999. Pp 103

## Salud

1. La salud es la calidad de vida.
2. La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
3. La salud requiere independencia e interdependencia.
4. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
5. Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza de voluntad o el conocimiento necesarios.

## Entorno

1. Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede inferir en dicha capacidad.
2. Las enfermeras deben formarse en cuestión de seguridad.
3. Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
4. Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos, en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
5. Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
6. Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos<sup>4</sup>.

## CONCEPTO DE ENFERMERIA:

Henderson definió la Enfermería en términos funcionales, afirmando: "La función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible<sup>5</sup>.

## CONCEPTO DE INDIVIDUO

Pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y la mente son inseparables. Así mismo, contempla al paciente y a su familia como una unidad.

## CONCEPTO DE SALUD

Interpretaba la salud como la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería, se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental / físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción en sus más altas cuotas.

---

<sup>3</sup> Idem

<sup>4</sup> Marriner, Ann; Modelos y Teorías de Enfermería; quinta edición, Edit. Molov Inc. And Elsevier Science, 2003.

Pp. 102

<sup>5</sup> Op. Cit. 101

#### 4.1.2 LAS NECESIDADES HUMANAS BASICAS SEGÚN HENDERSON

Las 14 necesidades humanas básicas del paciente que abarca todos los componentes de la asistencia de enfermería. Estas necesidades son las siguientes:

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar, participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

Henderson considera que las 14 necesidades son comunes a todos los individuos que en estado de salud (o normalidad) las personas tienen la capacidad real o potencial para satisfacerlas (independencia), con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe a estas causas:

Falta de fuerza (enfermedad).

Falta de conocimiento (autoconocimiento).

Falta de voluntad (falta de decisión).

La presencia de las tres o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, estos aspectos deben valorarse para la planificación del cuidado de enfermería. El grado de interacción de la enfermera estará determinado por el grado de dependencia identificado por el paciente<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup>Marriner, Ann; Modelos y Teorías de Enfermería; 1 edición; Ed. Rol S.A. España, 1999. Pp 110

## 4.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

### 4.2.1 CONCEPTO

Es un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente<sup>7</sup>.

En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el proceso de Enfermería debería de contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible<sup>8</sup>.

Alfaro (1999: 6) afirma que básicamente el proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupo a las alteraciones de salud reales o potenciales.

Según Rodríguez (2000: 29) el proceso de Enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficientes<sup>9</sup>.

#### OBJETIVO

El objetivo principal del proceso de Enfermería es construir la estructura teórica que pueda cubrir individualmente las necesidades del paciente, la familia y la comunidad<sup>10</sup>.

### 4.2.2 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

El proceso de atención de Enfermería cuenta con seis características de vital importancia:

1. Sistemático por estar conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de los resultados.
2. Humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total o integrado) que es mas que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
3. Intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia enfermera.
4. Dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
5. Flexible porque puede aplicarse a los diversos contextos de la practica de Enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

<sup>7</sup> Idem

<sup>8</sup> Iyer – Patricia W.; Proceso y diagnostico de Enfermería; 3 edición, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, España, 1997. Pp 11

<sup>9</sup> Rodríguez S. Berta Alicia. Proceso enfermero. Ed. Cuellar, México, 2000. Pp. 29

<sup>10</sup> Ibidem.

6. Interactivo por requerir de la interrelación humana – humano con el o los usuarios para acordar y lograr objetivos comunes (Rodríguez, 2000:29)<sup>11</sup>.

#### **4.2.3 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

##### **4.2.3.1 VALORACIÓN:**

Es la primera etapa del proceso de Enfermería, se define como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud del paciente, se requieren datos de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, el expediente clínico, la familia o cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las revistas profesionales, los textos de referencia y los especialistas clínicos, son también fuentes importantes de datos (Alfaro, 1999:19)<sup>12</sup>.

Rodríguez la define como la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todas las piezas necesarias del rompecabezas correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integrado de la persona o grupo<sup>13</sup>.

La fase de valoración ofrece una fase sólida que favorece la prestación de una atención individualizada de calidad. Es necesaria una valoración exacta y completa para facilitar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas<sup>14</sup>.

##### **4.2.2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

Es el segundo paso del Proceso de Atención de Enfermería, es un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiera de la intervención de Enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema. Un diagnóstico es básicamente una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable<sup>15</sup>.

##### **4.2.2.3 PLANEACIÓN**

Es la tercera etapa del proceso de enfermería que inicia después de haber formulado los diagnósticos de enfermería y consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo (Rodríguez, 2000:73).

##### **4.2.2.4 EJECUCIÓN**

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado y esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados (Iyer, 1997:224).

##### **4.2.2.5 EVALUACIÓN**

<sup>11</sup> Ibidem.

<sup>12</sup> Alfaro – Le Fevre Rosalinda; Aplicación del proceso de Enfermería; cuarta edición, Edit. Springer Verlay, Iberica; España, 1999. Pp 19

<sup>13</sup> Rodríguez S. Berta Alicia. Proceso enfermero. Ed. Cuellar, México, 2000. Pp.35

<sup>14</sup> Iyer – Patricia W.; Proceso y diagnóstico de Enfermería; 3 edición, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, España, 1997. Pp 35

<sup>15</sup> Ibidem.

### 4.3 PUERPERIO

El puerperio, o periodo posparto, es una etapa en la cual se efectúan transiciones físicas y fisiológicas muy importantes en la nueva madre y en toda la familia, deben adaptarse a una nueva estructura familiar e integrar al recién nacido a ella, desarrollando diferentes patrones de interacción adentro de la unidad familiar. Debido a las extensas adaptaciones que se requieren, la familia es más vulnerable en el periodo posparto. Las tensiones que provienen de diversas fuentes ejercen efectos negativos durante el puerperio en el funcionamiento familiar y las interacciones debido a su impacto en la salud física y mental. Se producen cambios considerables en el estado funcional de la madre inmediatamente después del parto.

#### 4.3.1 CONCEPTO

Puerperio: Es la etapa del estado gravidopuerperal que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital del organismo materno se completa.

Este periodo dura de 6 a 8 semanas, es el tiempo que el organismo materno emplea para regresar a las condiciones pregestacionales<sup>16</sup>.

#### 4.3.2 AJUSTES BIOPSIICOSOCIALES

##### TRANSICIÓN A LA PATERNIDAD Y LA MATERNIDAD

Después del parto, tanto la mujer como el hombre desempeñan un rol totalmente nuevo en la sociedad: el ser padres. Cuando se tiene el primer hijo, es especialmente novedoso este papel debido a que tienen que pasar por un proceso de transición nunca antes experimentado. Las fases de este proceso son anticipatoria, fase de luna de miel, fase de meseta y fase de separación.

##### **FASE ANTICIPATORIA**

El embarazo es una etapa anticipatoria para el papel de los padres, y éstos deben llevar a cabo cierto tipo de desarrollo en esta época, como la toma de decisiones y las expectativas que influyen en las funciones posteriores de los padres. Otro aspecto importante es la división del trabajo dentro de la familia. Esto es de suma importancia cuando el nuevo niño llega. Al observar de qué manera se llevan a cabo las actividades cotidianas de mantenimiento del hogar, con frecuencia se detecta qué tanto aceptan los padres la transición de papeles. Esto también da indicios con respecto a las tareas que de manera probable desempeñe el niño en etapas posteriores dentro de la familia. Por tanto, la manera en que la familia usa el tiempo del embarazo para comprender o modificar su división del trabajo dentro de la familia ejerce impacto importante en la transición.

Las parejas experimentan muchos sentimientos intensos, retos y responsabilidades, durante la fase anticipatoria. Si se afrontan de manera correcta, éste será el momento adecuado para adquirir destrezas para prepararse a aceptar e integrar al nuevo miembro de la familia al sistema.

---

<sup>16</sup> Ramírez, Félix. Obstetricia para la enfermera profesional. Ed. Manual Moderno, México 2002. Pp 181

## **FASE DE LUNA DE MIEL**

Se refiere al periodo después del parto durante el cual se forma un vínculo entre los padres y el niño mediante el contacto prolongado y la intimidad. Es un periodo intenso en el cual tanto la madre como el padre examinan al nuevo miembro de la familia y sus relaciones con él, quien a su vez comienza a desarrollar un sistema de comunicación con sus padres para asegurar su supervivencia.

### **Interacción recíproca**

El niño aprende a organizarse en respuesta a estímulos y experiencias positivas. La estimulación excesiva y los cuidados no pertinentes impiden tanto la organización del sistema nervioso central del mismo como el desarrollo de una interacción positiva entre él y sus padres. El cuidado del recién nacido debe tomar en cuenta la actividad y respuesta del niño y no horarios rígidos.

Los recién nacidos tienen un repertorio de respuestas de adaptación que les permiten sobrevivir y captar la atención de los adultos importantes que los rodean. También tienen notable capacidad para habituarse a diferentes estímulos visuales, auditivos y seminocivos.

### **Vinculación**

Tres perspectivas teóricas principales contribuyeron a la teoría de la vinculación: la teoría psicoanalítica, la etiológica y la del aprendizaje. La primera postula que el vínculo se debe a impulsos instintivos y relaciones objetivas. Desde el punto de vista etiológico, consiste en comportamientos específicos como presencia constante, abrazada a una persona al sentir temor, llorar y otros similares que promueven la proximidad entre los seres humanos. Los teóricos del aprendizaje indican que la vinculación se debe a impulsos secundarios que hacen que la madre satisfaga las necesidades del niño, y a su vez que el niño asocie la satisfacción de sus necesidades con ella.

### **Factores asociados con la vinculación**

1. Salud emocional de los padres, incluye capacidad para confiar.
2. Sistema de apoyo social adecuado, incluye esposo, familia y amigos.
3. Buen nivel de comunicación y habilidad de cuidar de otra persona.
4. Proximidad, por lo menos parcial, entre los padres y el niño; lo óptimo es que la proximidad sea continua.
5. "Adaptación" entre los padres y el niño, que incluye satisfacción con el sexo del lactante, con la compatibilidad de su estado y el de los padres y compatibilidad de temperamento de todos los miembros<sup>17</sup>.

### **Adaptación a la función de madre**

La adaptación al papel materno es un proceso que se lleva a cabo en un periodo de tres a 10 meses e incluye la vinculación al lactante al identificarlo, tocarlo e interactuar con él, obtener gratificación y adquirir destreza en desempeñar las funciones maternas y en las interacciones materno infantiles.

La vinculación y adaptación de la madre pueden retrasarse o impedirse si el estado de salud de ésta es menor al óptimo, por enfermedades crónicas y complicaciones por el

---

<sup>17</sup> Idem

parto. El medio ambiente puede facilitar (o impedir) este tipo de interacciones. La madre procede a abrazar y amamantar al niño sin restricciones, comienza a tocarlo de inmediato, a establecer contacto visual con él y otras actividades de interacción<sup>18</sup>.

También emplea otros sentidos como la vista, el olfato y el oído para familiarizarse con el niño e identificarse con él. Las emociones de la madre también son importantes, ya que comienza a identificar e incorporar semejanzas y diferencias del niño con rasgos de su marido, de ella misma y de la familia.

A medida que se familiariza más con su hijo, lo identifica como propio e intenta aclarar sus sentimientos hacia él. A medida que progresa la vinculación se observa una fase mutua de regulación y reciprocidad. El niño y la madre desarrollan un sistema de señales, que casi siempre da como resultado la satisfacción de sus mutuas necesidades.

#### Tristeza y depresión posparto

Debido a los cambios y tensiones que acompañan al proceso del nacimiento, la transición a la paternidad y la maternidad puede ser un tiempo difícil para los padres, en especial para la madre. No sólo afronta el cambio de papel, sino que al regresar su cuerpo al estado que tenía antes del embarazo, presenta cambios fisiológicos y hormonales.

Así, en el puerperio la madre suele experimentar una sensación de decepción que tal vez no tenga causa aparente y que se acompaña de irritabilidad, llanto y sensación de ser inadecuada. En ocasiones, su apetito y su patrón de sueño se perturban; la incomodidad, la fatiga y el agotamiento contribuyen en gran parte a esta afección. El llanto con frecuencia alivia la tensión, y el reposo y el apoyo son de suma importancia. Estos síntomas constituyen una manifestación de la "depresión del puerperio" y en general son temporales.

#### **FASES DE MESETA Y DESPRENDIMIENTO**

La enfermera no tiene oportunidad de observar a la pareja en la fase de meseta de la transición hacia la maternidad y la paternidad. De manera similar a menos que se produzca muerte perinatal o infantil, la fase de separación o terminación del ciclo de papel casi nunca la presencia la enfermera que trabaja en el hospital<sup>19</sup>.

#### **INFLUENCIAS EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES**

Los nuevos padres tienen que tomar decisiones importantes con respecto a la manera en que van a desempeñar sus papeles sexuales además de muchas otras decisiones de gran o poca importancia. La mujer debe decidir si va a asumir el papel más tradicional de dedicarse por completo al hogar y a la maternidad, o intentará combinar una carrera con estas tareas. El padre decide si va a participar de forma activa en las tareas domésticas y en el cuidado del niño, o va a dedicarse al papel tradicional de "proveedor".

La enfermera puede favorecer el proceso de comunicación mutua de los padres al valorar y aclarar sus dudas, preocupaciones y hablar sobre los temas que deseen, e indicando la conveniencia de recurrir a personas con buena información dentro de su red de contactos.

<sup>18</sup> Sharon J. Reeder; *Enfermería Materno – Infantil*. Ed. Mc Graw Hill, 1995. Pp 614-622

<sup>19</sup> Idem.

La enfermera puede ayudarlos a facilitar la vinculación señalando y reforzando sus percepciones acerca de la capacidad del niño en su interacción con ellos, indicándoles como consolar al niño, cuando éste llora fuerte, se calmará si se le dice de manera insistente “bebé, bebé, bebé”. Otra forma es enseñar a los padres cómo favorecer la madurez, autonomía y competencia del niño.

### VALORACIÓN DESPUÉS DEL PARTO

Se enfoca en los procesos fisiológicos, incluyendo el estado del útero, la cuantificación de la hemorragia, la vejiga y la micción, los signos vitales y el perineo.

#### SIGNOS VITALES

**Presión arterial y pulso:** La presión arterial experimenta pocos cambios en condiciones normales. Puede producirse hipotensión ortostática en las primeras 48 horas después del parto. Después del parto, con frecuencia se produce bradicardia fisiológica transitoria que dura de 24 a 48 horas, y la frecuencia del pulso es de 40 a 50 latidos por minuto. La bradicardia leve, de 50 a 70 latidos por minuto, puede continuar por una semana. La frecuencia del pulso regresa a la cifra que tenía antes del embarazo al transcurrir unos tres meses después del parto.

**Temperatura:** Pueden producirse ligeras elevaciones de temperatura sin causa aparente después del parto, pero en general la temperatura de la madre debe permanecer dentro de límites normales durante el puerperio, es decir, por vía oral debajo de 38°C. Cualquier madre cuya temperatura exceda este límite en dos periodos consecutivos de 24 horas en el puerperio (excluyendo las primeras 24 horas posparto) se considera en estado febril.

De modo ocasional el aumento de temperatura por varias horas puede ser por inflamación linfática y vascular excesiva de los senos, pero esto no dura más que 12 horas.

Para determinar la significación del aumento de temperatura, la frecuencia del pulso es buena ayuda, ya que el pulso lento con temperatura poco alta en general no significa ninguna complicación. Cualquier elevación continua de temperatura en el puerperio puede indicar endometriosis<sup>20</sup>.

- **Útero:** Experimenta involución a razón del ancho de un dedo por día; se transforma en órgano pélvico después de nueve a diez días (no palpable); el sitio de inserción de la placenta sana a las seis semanas.
- **Cérvix:** El orificio se cierra un centímetro cada semana; las glándulas endocervicales experimentan regresión en el cuarto día; el edema persiste de tres a cuatro meses.
- **Vagina:** Las rugosidades reaparecen a las tres semanas; los índices normales de estrógeno y la lubricación se recuperan en 6 a 10 semanas.
- **Ovulación:** Gran variación; depende de la lactancia; en promedio la primera ovulación se produce en un lapso de 10 a 12 semanas en mujeres que no alimentan al seno y de 12 a 36 semanas en mujeres que sí lo hacen.
- **Senos:** Secretan calostro después del parto; produce leche a los tres o cuatro días; pueden experimentar inflamación transitoria.

<sup>20</sup> Sharon J. Reeder; Enfermería Materno – Infantil. Ed. Mc Graw Hill, 1995. Pp 598-606

- **Sistema cardiovascular:** Aumento transitorio del volumen sanguíneo después del parto, que disminuye en el día tres y alcanza los índices que tenía antes del embarazo en la cuarta semana; el aumento del gasto cardíaco y del volumen del latido en el parto, disminuye después de 48 horas y se normaliza en la tercera semana.
- **Componentes sanguíneos:** Hemodilución temprana a la que sigue elevación de hematocrito en los días tres a siete, y valores normales a las cuatro o cinco semanas; leucocitosis los primeros 10 a 12 días, que regresa a lo normal a las dos semanas; aumento del fibrinógeno y de los factores de coagulación en el parto, que se normalizan a las tres semanas; aumento de proteínas, lípidos y electrolitos, que se regulariza a las dos semanas.
- **Sistema respiratorio:** Aumento del volumen residual, de la capacidad en reposo y del consumo de oxígeno; aumento de la capacidad inspiratoria, capacidad vital y capacidad máxima; se recupera el funcionamiento pulmonar que había antes del embarazo después de seis meses.
- **Sistema urinario:** Diuresis en las 12 primeras horas después del parto, producción de 3000 ml por cuatro o cinco días; se recupera la función renal que se tenía antes del embarazo a las seis semanas; el tono de la vejiga se recupera al terminar la primera semana.
- **Sistema digestivo:** Estreñimiento y dificultad para evacuar durante dos o tres días, el tono intestinal se recupera al finalizar la primera semana.
- **Sistema neuromuscular:** La sensación de entumecimiento de muslos, dedos o manos desaparece después de algunos días; el dolor de espalda mejora en seis a ocho semanas.

Otros aspectos importantes a valorar son:

- **Entuertos:**

Son contracciones uterinas intermitentes después del parto que presentan intensidad variable; cuando el útero experimenta distensión notable, como ocurre en los embarazos múltiples o en el polihidramnios, se producen contracciones intermitentes que dan lugar a entuertos. Con frecuencia los entuertos también se producen al alimentar al seno, ya que la pituitaria posterior libera oxitocina como consecuencia de la succión del niño. La sensación de entuertos puede producirse durante las contracciones uterinas activas cuando se expulsan coágulos de la cavidad uterina.

- **Proceso de involución**

El proceso normal de involución requiere de cinco a seis semanas y una vez que éstas transcurren el útero recupera su tamaño normal, aunque nunca regrese al estado nulíparo. Inmediatamente después del parto el útero pesa más o menos 1 kg; al final de la primera semana, pesa cerca de 500 g; al final de la segunda semana casi 350 g, y cuando termina la involución sólo pesa de 40 a 60 g.

### 4.3.3COMPLICACIONES

FACTORES PREDISPONENTES: Los factores locales mas sobresalientes son:

- Ruptura prematura de membranas, partos prolongados con múltiples tactos vaginales, aplicaciones traumáticas de fórceps e infecciones vaginales durante el embarazo.
- La isquemia del útero subsiguiente al parto que favorece un medio anaerobio y la acidosis local.
- Los procesos de regresión del útero, subsecuentes a la isquemia y que proporcionan productos de desintegración proteica muy favorable al desarrollo de gérmenes.
- La propia exudación de la herida placentaria, verdadero caldo de cultivo para el desarrollo de gérmenes, sobre todo, cuando hay retención de restos placentarios.
- Heridas traumáticas en el canal blando del parto.
- Infecciones de las heridas operatorias en cirugía de urgencia.

FACTORES GENERALES:

- La anemia, la obesidad, la diabetes y las deficiencias nutricionales (hipovitaminosis, hipoproteinemia).

FACTORES ETIOLÓGICOS:

- Gérmenes causales anaerobios tipo bacteroides (*Bacteroides fragilis*), peptococos, pepto – estreptococos y aerobios gramnegativos como *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Clostridium perfringens* y *Pseudomonas*. También pueden estar presentes los estreptococos  $\beta$  - hemolíticos y los estreptococos hemolíticos del grupo A.
- ✓ **Vulvovaginitis:** Se manifiesta localmente por edemas, enrojecimiento, dolor y posteriormente supuración. Puede acompañarse de adenopatías regionales. La profilaxis consiste en la adecuada asepsia y antisepsia, en la cuidadosa sutura de los desgarros y de la episiotomía y el tratamiento se basa en la practica de lavados antisépticos, drenajes de la zona en caso necesario y administración de antiinflamatorios y de antibióticos.
- ✓ **Cervicitis:** Generalmente es secundaria a vaginitis, endometritis o desgarros del cérvix producidos durante el parto. El cérvix está tumefacto y sangra con facilidad y el tratamiento se hace con antibióticos por vía sistémica.
- ✓ **Endometritis:** Es la forma clinica mas frecuente, se manifiesta hasta el tercer, cuarto o quinto día del puerperio, con fiebre, mal estado general, taquicardia, escalofríos, astenia y anorexia. Hay distensión abdominal moderada y dolor en el hipogastrio. El útero se aprecia subin-volucionado, blando y doloroso a la palpación y característicamente, los loquios son achocolatados, seropurulentos, a veces con fragmento de tejido y tienen un olor fétido característico. Las medidas terapéuticas son las siguientes: reposo en cama, bolsa de hielo en el hipogastrio, administración de ergonovínicos, analgésicos y antipiréticos y antibioticoterapia.

- ✓ **Metroanexitis:** Es bilateral y puede generar la formación de abscesos tubaricos o tuboováricos. Generalmente se origina en la invasión por contigüidad de una endometritis, clínicamente la paciente presenta los mismos datos y síntomas del proceso endometrial y además presenta dolor en las fosas iliacas con irradiación a las ingles o muslos.
- ✓ **Parametritis:** Es un cuadro que consiste en la invasión de los parametrios y aparece por propagación linfática de la endometrosis al tejido conectivo periuterino. Los síntomas y signos son similares a los del cuadro endometrial, con una persistencia mayor. Anatomopatológicamente se encuentra una induración dolorosa del tejido celular pélvico, en especial, las zonas perimetrales. Con movilización difícil y dolorosa del útero puede causar la formación de abscesos, que si no son drenados, ocasionaran la muerte de la enferma. El tratamiento se lleva a cabo con las mismas medidas terapéuticas que en la endometritis, con drenaje quirúrgico de los posibles abscesos.
- ✓ **Pelvipерitonitis:** Es consecuencia de los cuadros clínicos anteriores, agudizándose el cuadro general. Generalmente aparece en la segunda semana del puerperio y los casos mal tratados o resistentes a la terapéutica, suelen evolucionar hacia la formación de abscesos pélvicos o bien hacia peritonitis generalizada. El tratamiento conlleva las mismas medidas terapéuticas que en la parametritis, pero con mas intensidad, drenando los posibles abscesos y solo excepcionalmente deberá recurrirse a la histerectomía.
- ✓ **Trombosis venosas:** Éstas son relativamente frecuentes, pueden iniciarse en cualquier zona vascular venosa, aunque son mas frecuentes en los músculos gemelos, la vena poplítea, la tibial posterior y la peronea. Los factores que la favorecen con los siguientes:
  - Hipercoagulabilidad
  - Incremento de la agregación de las plaquetas.
  - Enlentecimiento del retorno venoso.
  - Lesiones endoteliales frecuentes.
  - Liberación de sustancias tromboplasticas.
- ✓ **Trombosis venosas superficiales:** Las venas afectadas aparecen endurecidas en forma de cordón, dolorosas, enrojecidas, con edema y calor local. Generalmente son trastornos benignos que mejoran rápidamente con un tratamiento adecuado, a base de movilización activa y pasiva, vendajes elásticos y antiinflamatorios.
- ✓ **Flebotrombosis profundas:** En este cuadro, aparece trombosis en las venas profundas sin reacción inflamatoria, con obliteración parcial del vaso y una escasa adherencia trombótica, por lo que las embolias a distancia constituyen un riesgo potencial de suma gravedad. Los datos clínicos son fiebre, taquicardia, dolor espontáneo o provocado a la presión en el sitio de la trombosis y existe edema, que puede afectar a toda la extremidad inferior, hipertermia local e impotencia funcional. Se aprecia también un aumento de volumen del miembro afectado.

- ✓ **Tromboflebitis:** En este cuadro, el proceso inicial es la inflamación venosa, generalmente en los miembros inferiores y posteriormente aparece trombosis. Suele iniciarse entre el octavo y decimoquinto día del puerperio y los datos clínicos son febrícula o fiebre poco elevada, mal estado general, taquicardia, dolor, edema e impotencia funcional. A los pocos días, el cuadro clínico se hace mas evidente con fiebre alta, dolor intenso en el sitio de localización de la trombosis y endurecimiento del edema. El tratamiento de las trombosis venosas profundas consiste en la anticoagulación. Inicialmente se administrará heparina endovenosa durante 7 a 14 días o hasta que desaparezcan los síntomas. A continuación se pasará a heparina cálcica subcutánea y posteriormente, si es necesario, a anti – coagulantes orales. Además:
  - Reposo en cama con elevación de la extremidad afectada.
  - Ejercicios de flexión y extensión.
  - Deambulación lo mas precoz posible.
  
- ✓ **Mastitis puerperal:** Sigue siendo relativamente frecuente, sobre todo en pacientes primíparas, apareciendo mas comúnmente en los primeros 2 o 3 meses del puerperio. El cuadro clínico se manifiesta por dolor mamario localizado en el lugar de la infección, malestar general, fiebre y escalofríos. La mama aparece enrojecida, tumefacta y dolorosa a la palpación. En la linfangitis, presenta una línea roja y dolorosa que se extiende desde el pezón y que llega a veces hasta la axila, acompañándose de adenopatias axilares. Cuando la mastitis se acompaña de abscesos, la fiebre, el dolor y la tumefacción aumentan. El tratamiento se basa en la cuidadosa higiene de la embarazada y de la puérpera que amamanta y en el tratamiento profiláctico o curativo de las grietas del pezón; se administra antibióticos de amplio espectro del tipo de cefalosporinas. Además, la extracción mecánica de la leche alivia el dolor de la succión por el niño y no es necesario retirar la lactancia si no se forma un absceso. En el tratamiento quirúrgico del absceso el desbridamiento digital y la colocación de un drenaje es imprescindible para facilitar el vaciado del absceso<sup>21</sup>.

Por lo anteriormente expuesto es necesario una vigilancia estrecha en cada uno de los aspectos siguientes:

*Involución:* El progreso de la involución se determina valorando la altura y consistencia de fondo uterino. El carácter y cantidad de los loquios se debe hacer cada cuatro u ocho horas.

*Fondo:* La altura del fondo disminuye cerca de 1 cm, o el ancho de un dedo al día. A los 10 días después del parto ya no se puede palpar el fondo desde el abdomen. La consistencia del mismo debe ser firme, con forma redondeada y lisa. Cuando el fondo esta suave y poco firme, indica atonía o subinvolucion. Para valorar el fondo con precisión es necesario que la vejiga este vacía, ya que de lo contrario desplazara al útero y elevará la altura del fondo.

---

<sup>21</sup> Ramírez, Félix. *Obstetricia para la enfermera profesional*. Ed. Manual Moderno, México 2002. Pp 449-455

*Loquios:* El caracter y la cantidad de los loquios indican en forma indirecta el progreso de cicatrización del endometrio. En los procesos de cicatrización normales, la cantidad de loquios disminuye en forma gradual experimentando cambios característicos de color, que reflejan disminución de los componentes sanguíneos en el flujo loquial. La cantidad de loquios varía de una a otra persona y en general son más profusos en múltiples.

Los loquios tienen color rojo oscuro (rojos) del primero al tercer día después del parto y en general se producen en cantidades moderadas. En el cuarto día suelen adquirir apariencia serosa y color rosado (serosos) y el flujo disminuye. Transcurrida de una semana a 10 días, los loquios se hacen blancos amarillentos (blancos) y el flujo escasea. Los loquios albos persisten hasta cerca de tres semanas después del parto, lo que indica el progreso normal de la cicatrización. Los loquios tienen un olor similar al flujo menstrual normal y no deben tener olor desagradable o apestar.

*Micción:* Es muy conveniente que la mujer vacíe su vejiga en las seis u ocho primeras horas después del parto para evitar que se distienda.

*Distensión vesical:* Cuando la vejiga está muy distendida, empuja al útero hacia arriba y a un lado y causa relajamiento del fondo. La causa más frecuente de hemorragia uterina profusa durante el periodo de posparto temprano es la atonía uterina, que con frecuencia se debe a distensión vesical; también causa atonía musculatura vesical, que da como resultado vaciado inadecuado de la misma y retención urinaria, provocando a la mujer infecciones de vías urinarias.

*Perineo:* Se examina el perineo y se palpa para detectar signos de complicaciones, como hematomas, amoratamiento (equimosis), edema, enrojecimiento (eritema) y sensación de dolor. El dolor del perineo es frecuente cuando se hizo episiotomía o reparación de laceraciones, y en particular si el perineo está edematoso y hay tensión en las suturas.

Las hemorroides, cuando existen, son una fuente frecuente de dolor perianal. Tienen apariencia de uvas que cuelgan del ano, y son más dolorosas en los dos a tres primeros días después del parto; después, su tamaño se reduce en forma gradual y experimentan regresión.

*Extremidades Inferiores:* Las extremidades inferiores se observan en el posparto para detectar signos de tromboflebitis. Las mujeres están predispuestas a trombosis de las extremidades inferiores durante el embarazo y en el periodo temprano del posparto debido a la reducción de retorno venoso de las piernas y a la mayor tendencia hacia la coagulación.

La valoración posparto de las extremidades inferiores incluye examinar su tamaño, forma, simetría, color, edema y la presencia de varices. Se determina la temperatura y la inflamación mediante palpación. Los signos de tromboflebitis son inflamación unilateral, enrojecimiento, sensación de calor y dolor, generalmente en la pantorrilla. El signo de Homan positivo consiste en la presencia de dolor al flexionar el pie con la pierna extendida; esto indica tromboflebitis. Los pulsos de las extremidades inferiores pueden disminuir o estar ausentes debido a la tromboflebitis.

*Mamas:* La valoración de las mamas durante el puerperio incluye determinar su tamaño, forma, color y simetría, y palparlas para sentir su consistencia y ver si hay dolor, y para determinar el estado de la lactancia. En el primero o dos primeros días después del parto las mamas experimentan pocos cambios, con excepción de cierta secreción de calostro. En las mujeres que alimentan al seno, cuando se comienza a producir leche, las glándulas mamarias aumentan de tamaño, se hacen más firmes y su temperatura se eleva y se perciben nódulos o bolsa en las mismas.

*Congestión:* Al producirse congestión las mamas aumentan mucho de tamaño y se sienten duras y tensas y la piel se observa brillante y distendida, y se perciben venas azulosas por debajo de ella, que suelen estar sensibles y adoloridas y se sienten calientes al tocarlas.

*Pruebas de laboratorio:* Se efectúa una biometría hemática completa y se determinan los valores de hematocrito y hemoglobina antes del alta para determinar si existe anemia.

#### IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

La valoración de Enfermería proporciona información acerca de factores de riesgo potenciales para el desarrollo de complicaciones. El trabajo de parto y el parto alertan a la enfermera y le permiten detectar pacientes que tienen mayor riesgo de complicaciones en el posparto. Las multiparas que han dado a luz varias veces, en general presentan mayor hemorragia en el posparto.

El riesgo de hemorragia aumenta debido a la distensión uterina excesiva durante el embarazo a consecuencia de embarazos múltiples, hidramnios o recién nacidos de gran tamaño. Las laceraciones de cérvix, vagina y perineo predisponen tanto a las hemorragias como a las infecciones. El trabajo de parto prolongado causa agotamiento y deshidratación, es entonces cuando la mujer corre mayor riesgo de padecer infecciones. Las afecciones como anemia, mala nutrición, abuso de sustancias y enfermedades preexistentes (diabetes, hipertensión inducida por el embarazo, afecciones cardíacas, enfermedades urinarias y renales), se relacionan con diversos problemas en el posparto<sup>22</sup>.

### 4.3.3 MEDIDAS HIGIENICO – DIETÉTICAS

#### CUIDADO DEL PERINEO

Se emplea algún método para limpiar con frecuencia el perineo, con el fin de favorecer la comodidad y reducir el riesgo de infección.

El tratamiento con frío en forma inmediata después del traumatismo alivia de manera eficaz el dolor y favorece la vasoconstricción para reducir la hemorragia y el edema. El tratamiento con frío se continua durante 24 a 48 horas.

El tratamiento con calor se emplea para aliviar la incomodidad en el perineo y el edema, y favorecer la higiene además de que acelera la cicatrización del perineo.

---

<sup>22</sup> Sharon J. Reeder; *Enfermería Materno – Infantil*. Ed. Mc Graw Hill, 1995. Pp 450

Existen aerosoles anestésicos, ungüentos o toallas higiénicas. Estos alivian el dolor y propician comodidad. En ocasiones se requieren medicamentos analgésicos cuando el dolor es grave. En caso de que requieran medicamentos, es conveniente administrarlos de 30 a 40 minutos antes del periodo en que van a alimentar al niño.

#### CUIDADO DE LAS MAMAS

El objetivo de mantenerlas limpias, y darles el apoyo necesario para su funcionamiento normal, y para comodidad de la madre. Las mamas deben manejarse con suavidad y es preciso evitar frotarlas con brusquedad, darles masaje, o aplicarles presión. Si la madre amamanta, puede limpiarse los pezones con agua corriente.

#### PRESERVACIÓN DE LA SALUD

**Nutrición:** La dieta en el puerperio debe proporcionar una nutrición balanceada y suficientes alimentos para cubrir las calorías adicionales y nutrientes que se requieren durante la lactancia. Cuando se cubren bien estas necesidades nutricionales, la convalecencia de la madre es mas rápida, recupera su fuerza mas pronto y la calidad y cantidad de su leche se hace mejor. También se hace mas resistente a las infecciones. En general, las madres tienen buen apetito y sienten hambre entre comidas, en especial cuando amamantan. Se les debe proporcionar bocadillos entre comidas, incluyendo leche o productos lácteos, que ayuden a cubrir los requerimientos adicionales de calcio que necesitan durante la lactancia.

**Reposo y sueño:** Durante el puerperio la madre necesita reposo adecuado, y es conveniente que se relaje y duerma siempre que sea posible. El reposo se facilita reduciendo la preocupación y las situaciones que producen ansiedad y manteniéndola cómoda. El reposo es de particular importancia para las madres que amamantan; ya que la preocupación y la fatiga inhiben la producción de leche. La necesidad de reposo y sueño deben tenerse en cuenta y apoyarse, en particular cuando la madre se encuentra en la etapa de asumir responsabilidades.

**Deambulacion temprana:** Favorece la circulación y reduce el riesgo de tromboflebitis. El funcionamiento de la vejiga y el intestino mejora mediante la deambulacion y así se evita el uso de sondas y se reduce la distensión abdominal y la constipación. Las mujeres sometidas a anestesia local, epidural o caudal durante el parto pueden deambular tan pronto se sientan capaces.

**Baño:** En el posparto con frecuencia se experimenta diaforesis notable, ya que los líquidos intersticiales retenidos durante el embarazo se excretan. Es conveniente que se den una ducha, que resulta refrescante y favorece la higiene. No se aconsejan los baños de tina por lo menos en las dos primeras semanas.

**Estreñimiento:** Se aconseja a las madres que amamantan que sigan las instrucciones del medico con respecto al uso de laxantes, ya que algunos se excretan en la leche materna y por tanto afectan al recién nacido. Se debe enseñar a la paciente insistiendo en el cuidado personal y en los métodos dietéticos para favorecer una defecación normal, como hábitos intestinales buenos, ingestión suficiente de líquidos y alimentos que proporcionan fibra<sup>23</sup>.

**Hemorroides:** Son un problema frecuente en las mujeres durante el puerperio. Las hemorroides dolorosas se tratan con baño de asiento, aerosoles anestésicos o ungüentos y

---

<sup>23</sup> Sharon J. Reeder; Enfermería Materno – Infantil, Ed. Mc Graw Hill, 1995. Pp 455

compresas de astringente frío. La principal medida para aliviar las molestias que causan las hemorroides es evitar el estreñimiento.

## PREVENCIÓN DE INFECCIONES

**Tromboflebitis:** Se explican a las mujeres en el puerperio las medidas para reducir el riesgo de tromboflebitis. Se insiste en la importancia de la deambulación temprana y regular, y se les aconseja evitar el uso de prendas ceñidas o ligas que interfieran con la circulación. Se describen los signos de trombosis e infección (dolor grave unilateral en las pantorrillas o en los muslos, enrojecimiento, inflamación, sensación de calor), indicando que los reporten de inmediato al médico.

**Infecciones del perineo o de mamas:** Se enseña a la paciente la manera correcta de aplicar y remover las toallas sanitarias del perineo y la manera de limpiarse después de orinar y defecar (de adelante hacia atrás, limpiando una sola vez y desechando después el papel) con el fin de reducir el riesgo de infecciones en caso de que tenga episiotomía o laceraciones. Se proporcionan las medidas de limpieza de las mamas y el uso del sostén, con el fin de minimizar el riesgo de mastitis.

## EJERCICIOS EN EL POSPARTO

Es conveniente iniciar ejercicios en el puerperio para acelerar la recuperación, evitar complicaciones y reforzar los músculos de la espalda, el piso pélvico y el abdomen. Al tonificar los músculos, estos ejercicios ayudan a la madre a recuperar su figura y tienen efectos psicológicos benéficos. Pueden iniciarse en el primer día después del parto. Se aconseja a la madre que no se ejercite en forma excesiva y que incremente su rutina con lentitud. Puede añadir un nuevo ejercicio a diario, y cada uno de ellos debe realizarse de cinco a diez veces al día por lo menos durante seis semanas después del parto.

Los ejercicios de Kegel ayudan a aumentar el tono vaginal, ya que esta zona queda flácida y distendida después del parto. Dichos ejercicios consisten en contraer los músculos del perineo con suficiente fuerza para detener el chorro de orina. La contracción se mantiene durante algunos segundos y después se efectúa la relajación. El ejercicio se repite varias veces entre las micciones, en dos a cuatro series diarias. Estos facilitan la cicatrización del perineo y ayudan a restaurar el tono muscular al aumentar la circulación y la actividad muscular isométrica. Se refuerza el músculo pubococcígeo. La recuperación del tono muscular pélvico después del parto se facilita cuando se practican los ejercicios de Kegel en forma regular.

## SEXUALIDAD Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

Se aconseja a la pareja que el contacto sexual se lleve a cabo cuando cese la expulsión de loquios y el perineo haya sanado hasta el punto en que el contacto no sea doloroso, siempre y cuando no existan otros factores de contraindicación como hematoma o infección.

La mayoría de las parejas reanudan las relaciones en la tercera semana después del parto, por lo cual es importante darles información acerca de los métodos anticonceptivos antes de que la madre salga del hospital. Aunque es poco probable que ovule y sea fértil antes de seis semanas, si es posible<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> Sharon J. Reeder; Enfermería Materno – Infantil. Ed. Mc Graw Hill, 1995. Pp 462

En general la menstruación se normaliza a las nueve semanas en las mujeres que no alimentan al seno y de 30 a 36 semanas en las mujeres que si lo hacen. Sin embargo, el momento en que se recupera la fertilidad es impredecible, y se aconseja a todas las mujeres que utilicen métodos anticonceptivos en el posparto si desean evitar el embarazo. Se indica la conveniencia de hacer una cita para cuidados de seguimiento con el medico, durante la cual podrán discutir métodos adicionales para evitar la concepción.

#### 4.3.4 LACTANCIA MATERNA

Durante el embarazo, se producen cambios progresivos en los senos para prepararlos para la lactancia. Los lóbulos de los mismos se desarrollan por estimulación del estrógeno y la progesterona que produce la placenta y los conductos galactóforos se ramifican más y se elongan. La prolactina, que se libera en la pituitaria anterior; el cortisol, que procede de las glándulas suprarrenales maternas; el lactogeno placentario humano (hPL) y la insulina, que aparecen en cantidades mayores durante la gestación, también contribuyen a los cambios en los senos. La prolactina tiene un papel central en la iniciación de la lactancia, pero su actividad se inhibe durante el embarazo como resultado de las altas concentraciones de estrógeno y progesterona.

En el ultimo mes del embarazo las células del parénquima de los alvéolos de los senos se hipertrofian y producen calostro, un liquido amarillo y delgado. Tras el parto y expulsión de la placenta, la caída abrupta resultante de las cantidades de estrógeno y progesterona de manera aparente inicia la lactancia. Los senos producen cantidades mayores de calostro después del parto, el cual contiene mas proteínas y sales inorgánicas pero menos grasas y carbohidratos que la leche materna. El calostro también proporciona inmunoglobina A, un anticuerpo gastrointestinal muy importante del cual carece el niño recién nacido.

#### FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

Por lo menos seis hormonas de la pituitaria desempeñan un papel en el desarrollo de las glándulas mamarias y la lactancia. Estas incluyen prolactina, hormona adrenocorticotrópica, hormona del crecimiento humano, hormona estimulante de la tiroides, FSH y LH. Además, la somatotropina corionica humana, hLP y las hormonas esteroides que secretan las glándulas suprarrenales, los ovarios y la placenta, tienen cierta función al igual que la insulina pancreática. La prolactina prepara a los senos para la lactancia mediante aumento del tamaño, numero y complejidad de los conductos y alvéolos durante el embarazo. Al progresar el mismo, la prolactina estimula la secreción de las células alveolares mamarias; y el estrógeno y la progesterona estimulan el crecimiento de los conductos y los alvéolos, pero estos dos inhiben de manera paradójica la secreción de la leche.

Tras la expulsión de la placenta, que es la fuente de la mayor parte del estrógeno y la progesterona durante el embarazo, como también de todo el hPL, el suministro cesa de manera abrupta. Los índices sanguíneos de estas hormonas descienden con rapidez, aunque la secreción de prolactina en la glándula pituitaria anterior continua. Se demostró que la aparición de la leche después del parto coincide con el descenso de los niveles de estrógeno y progesterona en presencia de índices altos de prolactina. Por tanto, la síntesis y secreción de leche se inicia cuando se eliminan los efectos inhibidores del estrógeno y la progesterona bajo los efectos continuos de la prolactina<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Sharon J. Reeder, Enfermería Materno – Infantil. Ed. Mc Graw Hill, 1995. Pp 477

La secreción de leche se inicia en la base de las células alveolares, en donde se forman pequeñas gotitas que después migran a la membrana celular; éstas son extraídas a los conductos alveolares para su almacenamiento. La expulsión de leche es el proceso por el cual la contracción de las células del mioepitelio en los senos impulsa a la leche a lo largo de los conductos y hacia los senos galactóforos. Estos senos están ubicados debajo de la areola y el lactante retira de ellos la leche al succionar. Un reflejo neurohormonal controla la expulsión de leche y trabaja a través de las vías aferentes nerviosas hacia el hipotálamo. La succión es de manera principal un estímulo aferente, pero el reflejo de expulsión puede activarse por estímulos auditivos (cuando se escucha llorar al niño) o visuales (al ver al niño). La rama eferente de esta vía es hormonal, porque la oxitocina que se libera en la pituitaria posterior produce contracción de las células mioepiteliales de los senos.

La importancia de los centros corticales altos del cerebro se demuestra por la sensibilidad del reflejo de expulsión ante diversos estímulos nocivos. La ansiedad y la tensión, el frío fuerte y el dolor inhiben el reflejo de eyección y reducen la cantidad que se expulsa. Esto indica la necesidad de que la madre se encuentre en un medio cómodo y tranquilo para alimentar al niño. La tensión crónica en las situaciones cotidianas contribuye a una respuesta ineficaz a la lactancia. La enfermera debe valorar la situación psicosocial de la madre con cuidado y planear métodos para aliviar los factores que aumentan la tensión, con el fin de lograr que la alimentación al seno tenga éxito.

La prolactina parece ser muy importante para iniciar la lactancia y preservarla una vez que se establece. Al continuar alimentando al seno, los índices de prolactina que se liberan en respuesta a la succión disminuyen poco menos que al inicio. Después es probable que los índices de prolactina ya no se eleven por la succión.

#### CALOSTRO

Después del parto, el seno produce mayores cantidades de calostro durante los tres o cuatro primeros días. Las mujeres que llevan a cabo la preparación de los senos en las últimas semanas del embarazo, con frecuencia pueden exprimir manualmente pequeñas cantidades antes del nacimiento.

Aunque el valor nutritivo del calostro es inferior al de la leche materna, en particular se adapta al sistema digestivo del recién nacido y le proporciona protección inmunológica importante.

#### LACTANCIA

En el tercero o cuarto día después del parto por lo general la leche materna "desciende". Se observa un cambio evidente en el color de la secreción de los pezones: el líquido adquiere apariencia blanca azulosa, que es el color natural de la leche materna. En este momento los senos se hacen más grandes y firmes y duelen más, se inicia la secreción láctea y la madre experimenta pulsaciones de dolor que se extienden hasta las axilas. Esta congestión, que en general pasa en uno o dos días, se produce en parte por la presión que producen las mayores cantidades de leche en los lóbulos y los conductos, pero además, por el aumento de circulación linfática y sanguínea en la glándula mamaria que produce tensión en los ejidos circundantes, en extremo sensibles<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Sharon J. Reeder, Enfermería Materno – Infantil. Ed. Mc Graw Hill, 1995. Pp 523

La eficacia y preservación de la producción de leche se controla en gran parte por estímulos por la lactancia repetitiva. El mecanismo neurohormonal, que consiste en la liberación de prolactina y oxitocina y dispara el reflejo de expulsión de la leche, se describió con anterioridad. La oxitocina, que se libera por la succión, también estimula las contracciones uterinas, lo cual explica los leves calambres abdominales que suelen asociarse a la iniciación de la lactancia.

#### APORTE DE LECHE MATERNA

La leche materna varía de modo notable en cantidad y calidad, no sólo entre las diferentes personas, sino la misma persona en diferentes momentos. En general, la cantidad de leche materna aumenta a medida que el niño requiere más. De manera aparente la naturaleza coordina con cuidado la necesidad de reposo de la madre y la necesidad de alimento del niño durante los primeros días, cuando sólo secreta calostro. Pero en este tiempo la lactancia se estimula por la succión del niño y aunque la secreción de leche materna se produce en forma natural, sin este estímulo y el vaciado total de los senos, no continuaría más que algunos días.

Si se pone al niño al seno de modo constante, al final de la primera semana una madre saludable producirá de 200 a 300 ml (6-10 oz) de leche al día. Al final de las cuatro semanas esta cantidad casi se duplica, de manera que produce cerca de 600 ml (20 oz) diarios. La leche materna se produce según la oferta y la demanda (o sea, la cantidad que se secreta se ajusta gradualmente en relación a lo que el niño consume durante una teta normal). Con el transcurso del tiempo, al crecer el niño, la madre puede producir hasta 900 ml (30 oz) de leche al día.

La cantidad de leche materna depende de varios factores, como la dieta de la madre, la cantidad de ejercicio y reposo, y si se encuentra tranquila. Una dieta adecuada para la lactancia requiere mayores cantidades de proteínas, calcio, hierro y vitaminas, como también consumo abundante de líquidos. La mujer que amamanta necesita dormir bien por las noches, un periodo de reposo a mediodía y ejercicio normal. La preocupación, la tensión emocional y la actividad excesiva ejercen un efecto adverso en la lactancia.

En relación con la lactancia, el tamaño real del seno no es tan importante como la cantidad de tejido glandular, porque son los tejidos secretorios de la glándula mamaria y no los tejidos grasos los que producen la leche materna.

#### SUPRESIÓN DE LA LACTANCIA

La producción y expulsión de leche puede suprimirse en los senos, la pituitaria o el hipotálamo. El método más sencillo y natural es evitar la estimulación de los senos, lo cual reduce el reflejo de expulsión de leche y disminuye la secreción de prolactina, que se requiere para que continúe la producción. La lactancia se puede suprimir por métodos naturales en un 60% a 70% de las mujeres en la etapa posparto si usa un sostén muy justo y si evita la estimulación de los pezones y senos<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> Sharon J. Reeder; *Enfermería Materno – Infantil*. Ed. Mc Graw Hill, 1995. Pp 530

## 4.4 CESAREA

### 4.4.1 DEFINICION

Cesárea: Es la extracción de feto vivo o muerto a través de una incisión abdominal seguida de otra en la pared uterina (histerotomía). Cesárea se deriva del latín caedere, que significa "cortar". El nombre de este procedimiento proviene de la leyenda de que Julio Cesar nació de esta forma.

### 4.4.2 INDICACIONES

Se dividen en categorías: maternas y fetales

#### MATERNAS

- Enfermedades maternas que podrían afectar de modo adverso el proceso de nacimiento, como enfermedades cardíacas, diabetes, preeclampsia grave, eclampsia o infecciones graves.
- Cirugía uterina anterior como miomectomía, cesárea previa con incisión clásica o reconstrucción uterina, entre otras.
- Obstrucción tumoral del canal del parto.
- Placenta previa.
- Separación prematura de la placenta (desprendimiento prematuro).
- Virus herpes simples tipo II (HSV II o herpes genitalis)
- Imposibilidad de que el parto progrese dentro de parámetros normales.

#### FETALES

- Sufrimiento fetal real o inminente.
- Desproporción cefalopélvica.
- Feto de pretermino (en lo general, menos de 32 semanas de gestación).
- Gestación múltiple.
- Posición fetal pélvica o transversal.

#### URGENTES

- Prolapso de cordón umbilical.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Sufrimiento fetal agudo, no recuperado.
- Placenta previa central, total o parcial, con sangrado abundante.
- Eclampsia.

#### EN EL CURSO DEL TRABAJO DE PARTO

- Presentación o situación transversa del producto único.
- Inducto – conducción fallido.
- Desproporción cefalopélvica relativa con prueba de trabajo de parto negativa.
- Sufrimiento fetal recuperado con  $\beta$  miméticos o cuando persiste la causa del sufrimiento.
- Fiebre materna intra parto, de origen no determinado.

- Situaciones de riesgo elevado; primigesta de mayor edad, antecedentes de esterilidad tratada, antecedentes de fetos muertos transparto, etc<sup>28</sup>.

#### 4.4.3. TIPOS DE CESAREA

Básicamente y según el sitio de incisión sobre el útero, pueden considerarse dos tipos de cesárea:

- **CESÁREA DE TIPO CORPORAL:**

Realizada sobre el cuerpo del útero y que tiene un sentido longitudinal. Se realiza una incisión vertical directamente en la pared del cuerpo uterino. El recién nacido y la placenta se extraen y la incisión se cierra mediante tres capas de suturas absorbentes. Por este motivo, este tipo de procedimiento requiere que se atraviese el espesor total del cuerpo uterino y se recomienda en ciertos casos. Por ejemplo, es en particular útil cuando en la vejiga y el segmento inferior existen adherencias extensas producidas por una cesárea anterior, cuando el feto se encuentra en posición transversal o en caso de placenta previa.

La cesárea clásica es el mejor método cuando hay hemorragia aguda o en otras situaciones de urgencia y en las que el tiempo es un factor crítico y las vidas de la madre y el recién nacido se encuentren en peligro.

- **CESÁREA SEGMENTARIA:**

Tiene dos variedades:

- Cesárea longitudinal .
- Cesárea segmentaria transversal o tipo Kerr: Es por lo común la mejor operación por múltiples e importantes motivos. En virtud de que la incisión se realiza en el segmento inferior del útero, en su porción más delgada, la pérdida de sangre es mínima y la incisión puede repararse con facilidad. Este segmento es la región de menor actividad uterina y por consiguiente disminuye la posibilidad de que se desgarre la herida en un embarazo subsiguiente. La incisión puede incluir al peritoneo, este tipo de cirugía presenta menor incidencia en infecciones posoperatorias.

La incisión inicial (una vez que se abre la cavidad abdominal) se realiza en forma transversal en el peritoneo uterino, donde se encuentra adherido en forma holgada sobre la vejiga. El colgado peritoneal inferior y la vejiga se disecan del útero y el músculo uterino se corta en forma vertical o transversal.

#### 4.4.4 TECNICA QUIRÚRGICA

Los principios básicos actuales de la cesárea segmentaria tipo Kerr, que es la más frecuentemente practicada en la actualidad, se basan en la histerotomía segmentaria transversal abordando la cavidad peritoneal, ya sea a través de una incisión transversa en la parte baja del abdomen (de Pfannenstiel) o por medio de una laparotomía media infraumbilical.

Ahora se describirán cuales son los principales pasos de una cesárea.

1. Laparotomía media infraumbilical o laparotomía tipo Pfannenstiel, abarcando piel y tejido celular.
2. Incisión y apertura de aponeurosis.

<sup>28</sup> Ramírez A. Félix. Obstetricia para la enfermera profesional. Ed. Manual Moderno, México, 2002. Pp. 399-400

3. Separación de músculos rectos abdominales.
4. Corte y apertura de peritoneo parietal, exponiendo la cavidad peritoneal.
5. Aislamiento de útero con compresa única y separador de Gosset.
6. Incisión transversal en el peritoneo visceral segmentario con despegamiento posterior del mismo.
7. Rechazo de vejiga.
8. Incisión transversal en el músculo uterosegmentario. En forma semilunar y de concavidad superior hasta obtener la amplitud necesaria, respetando los paquetes vasculares laterales.
9. Amniotomía.
10. Extracción del feto, aspiración de la boca y la nasofaringe.
11. Pinzamiento y sección del cordón umbilical.
12. Pinzamiento de los ángulos y de los dos bordes de la incisión uterina, con pinzas de Allis o pinzas de anillos.
13. Extracción de manual de placenta y membranas.
14. Revisión y limpieza de la cavidad uterina. Permeabilizar el cérvix cuando sea necesario.
15. Sutura del músculo uterino en dos planos, con catgut atraumático o Vicry1 no. 1 La primera sutura en surgete es hemostática y el segundo surgete será invaginante. Atención a la sutura cuidadosa de los ángulos.
16. Surgete continuo en peritoneo visceral segmentario.
17. Revisión y limpieza de la cavidad peritoneal. Extracción de la compresa única.
18. Cierre de la pared abdominal por planos.
19. Cierre de la piel con seda mediante puntos separados o con sutura intradérmica con Dermalon<sup>29</sup>.

#### 4.4.5 COMPLICACIONES

Las principales complicaciones posoperatorias son las siguientes:

- Anemia por hemorragia por hipotonía uterina.
- Íleo paralítico, ocasionado por manipulaciones excesivas en la cavidad peritoneal o por una limpieza deficiente en la extracción de sangre, líquido amniótico, meconio de la misma cavidad abdominal, o ambos.
- Infecciones, como endometritis, de pelviperitonitis o de vías urinarias
- Abscesos de pared a nivel de la herida quirúrgica.
- Procesos de tromboflebitis o embolismo.
- Dehiscencia de la cicatriz abdominal.
- Complicaciones a nivel del feto, son frecuentes en cesárea depresión del recién nacido y el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido<sup>30</sup>.

<sup>29</sup> Ramírez A. Félix. Obstetricia para la enfermera profesional. Ed. Manual Moderno, México, 2002. Pp.400-401

<sup>30</sup> Idem.

## 4.5 ANESTESIA

### 4.5.1 CONCEPTO

La anestesia, que es la falta de sensibilidad o sensación, puede producirse en forma generalizada o en un área específica del cuerpo.

### 4.5.2 ANESTESIA LOCAL O DE CONDUCCIÓN

Se produce cuando la pérdida de sensibilidad se produce en un área determinada del cuerpo. El agente usado en la anestesia local actúa sobre un solo nervio, un grupo de estos o sobre las terminaciones nerviosas superficiales. Durante cualquier tipo de procedimiento, ya sea infiltración local, bloque nervioso, anestesia tópica, peridural y raquídea. Se puede administrar al paciente un sedante u otro fármaco que induzca sedación consciente. Aumentando la comodidad del paciente durante el procedimiento y también previniendo la irritabilidad y el movimiento excesivo durante la cirugía.

#### **Infiltración local**

En este tipo de anestesia, el fármaco se inyecta directamente dentro de los tejidos que el cirujano debe incidir o manipular para efectuar la cirugía. La infiltración puede llevarse a planos profundos, siempre y cuando el procedimiento no sea extenso.

#### **Bloque nervioso**

Es la anestesia de un nervio o un grupo de nervios, no necesariamente en el lugar de la cirugía. Cuando se inyecta el agente anestésico en el interior del nervio y en torno a él, se impide que los impulsos nerviosos originados en el área inervada alcancen al cerebro. El bloque nervioso se usa frecuentemente en las cirugías de los dedos de las manos y de los pies, y puede usarse también en el tratamiento de neuralgias específicas.

#### **Anestesia tópica**

Para anestesiar las terminaciones nerviosas superficiales, especialmente las de las mucosas, se usan los agente tópicos. El fármaco puede frotarse, aplicarse como aerosol o colocarse en gotas, como en la cirugía ocular. Los agentes tópicos son útiles para preparar al paciente para procedimientos endoscópicos, tales como broncoscopia y gastroscopia.

#### **Anestesia epidural**

El anestésico epidural se introduce en el espacio peridural de la médula espinal. Allí baña las raíces nerviosas de la médula, lo cual anestesia las regiones inervadas por éstas. No hay contacto directo entre el líquido cefalorraquídeo y el anestésico, ya que éste se inyecta fuera del conducto medular<sup>31</sup>.

#### **Anestesia caudal**

Esta es una forma de anestesia epidural que se realiza a través del conducto caudal sobre el sacro. Es ideal para procedimientos obstétricos o aquellos realizados sobre el periné. Cuando el procedimiento es de larga duración, se realiza anestesia epidural continua. Se coloca un catéter plástico en el espacio epidural y el anestésico se administra de modo

---

<sup>31</sup> Ruth F. Joanna, Instrumentación quirúrgica, principios y practica. Ed. Panamericana. México, 2000. Pp. 86-92

intermitente, según sea necesario. El catéter permanece en el lugar a lo largo de todo el procedimiento. Este tipo de anestesia también se usa para controlar el dolor posoperatorio.

### **Anestesia raquídea**

El agente se introduce a nivel del cuarto o quinto espacio intervertebral lumbar. En este caso el agente anestésico hace contacto con el líquido cefalorraquídeo y viaja a lo largo del conducto medular. Todas las raíces nerviosas que se encuentran en el trayecto del fármaco son anestesiadas. La anestesia raquídea es ideal para la cirugía de la pelvis inferior, como la operación cesárea o la reconstrucción de una hernia. También es común en las operaciones de los miembros inferiores.

### **4.5.3 ANESTESIA GENERAL**

Es cuando el agente administrado provoca pérdida del conocimiento .

#### **ETAPAS**

Los anestésicos generales producen pérdida del conocimiento. Según el tipo de agente anestésico y la cantidad administrada, el paciente puede estar ligeramente sensible a los estímulos externos o absolutamente insensible. Para alcanzar el nivel deseado de relajación muscular y de analgesia posoperatoria, frecuentemente se usa una combinación de agentes anestésicos. El periodo que transcurre no bien se inicia el procedimiento anestésico se llama inducción. Cuando se interrumpe la administración de la anestesia, el paciente comienza a recuperarse.

- a) Inducción: Esta etapa comienza cuando el anestesiólogo administra el agente inductor. Durante la inducción, el paciente conserva el sentido de la audición hasta el último instante previo a la pérdida del conocimiento.
- b) Excitación: Durante esta fase de la anestesia el paciente delira y es sensible a los estímulos externos. Puede observarse actividad muscular involuntaria y lucha.
- c) Plano quirúrgico u operatorio: Esta fase es el nivel en el que puede realizarse en forma segura la cirugía. El paciente se halla relajado, sin conciencia del dolor y fisiológicamente estable. La respiración es regular y automática. Si esta fase se lleva a sus niveles más profundos puede producirse paro cardíaco o respiratorio.
- d) Peligro: Esta fase comienza cuando la cantidad de anestésico causa una depresión tan profunda del sistema nervioso central que el paciente está en peligro inminente de sufrir un paro cardiorrespiratorio.

#### **Líquidos volátiles y gas**

El carro de anestesia se utiliza para administrar gases anestésicos comprimidos, líquidos anestésicos volátiles que se vaporizan dentro del aparato antes de su administración y oxígeno. Los gases pueden provenir de tubos montados sobre el carro de anestesia, o bien de una fuente situada en otro lugar del hospital.

La vía de administración para todos los anestésicos gaseosos o vaporizados es una de las dos siguientes: El tubo endotraqueal, que se coloca en la tráquea del paciente luego de la inducción, y las mangueras que se conectan directamente a aquel que lleva los gases inhalados y exhalados. O bien, como alternativa, una máscara facial de goma blanda que se ajusta firmemente alrededor de la nariz y de la boca y las mangueras correspondientes.

### **Inyección intravenosa e intramuscular**

Muchos anestésicos se administran por vía intravenosa o intramuscular. Éstos a veces se usan junto con los anestésicos inhalatorios para reforzar su efecto o para prevenir algún efecto indeseado del agente inhalatorio. También pueden administrarse solos, o en combinación con otros fármacos intravenosos, o junto con anestésicos locales para conseguir el nivel deseado de sedación y relajación.

De este modo, durante la sedación consciente, el paciente puede cooperar, permanecer tranquilo y, en ocasiones, dormirse. Sin embargo, el nivel de sedación nunca debe ser tan profundo como para llegar a un estado del cual no pueda despertarse, o pueda producirse, depresión respiratoria o del sistema circulatorio, u otra reacción adversa. Los agentes intravenosos líquidos se administran a través de un catéter colocado en una vena del paciente. Una vía intravenosa también proporciona un medio por el cual pueden administrarse otras soluciones, como suero fisiológico, electrolitos, expansores y sangre<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Ruth F. Joanna. Instrumentación quirúrgica, principios y práctica. Ed. Panamericana. México, 2000. Pp. 86-93

## 4.6 VARICELA

### 4.6.1 DEFINICION

Es una enfermedad viral causada por el virus varicela – zoster, generalmente precedido de síntomas generales leves, poco después seguidos de una erupción que aparece por brotes y que se caracteriza por máculas, papulas, vesículas y costras.

### 4.6.2 CUADRO CLINICO

El virus varicela - zoster (VVZ) puede producir 2 enfermedades: la varicela que resulta de la infección primaria por el virus y el herpes zoster que se produce por su reactivación. El VVZ pertenece al grupo de los herpesvirus con los que comparte la característica de persistir en el organismo luego de la infección primaria, pudiendo posteriormente reactivarse cuando por cualquier causa se produce una depresión de la inmunidad celular. Es un virus exclusivamente humano siendo el hombre el único reservorio y fuente de infección.

La varicela es una enfermedad cosmopolita, muy contagiosa, frecuente en niños en quienes es habitualmente benigna. Prácticamente todos los individuos se infectan en el curso de su vida, y casi todos los mayores de 60 tendrían anticuerpos frente a VVZ. Se contagia por contacto directo con las lesiones cutáneas y por inhalación de secreciones respiratorias que contienen el virus. El período de contagio se extiende desde 1 o 2 días antes de comenzar la erupción hasta la aparición de las costras. En el adulto y en el menor de 2 años la enfermedad suele ser más grave porque son más frecuentes las complicaciones. Es especialmente grave en personas de alto riesgo (enfermo hemato-oncológico, receptor de trasplante de órgano, tratado con inmunosupresores, SIDA y diabético) y también puede serlo en la embarazada.

El período de incubación dura de 12 a 20 días y es asintomático. Le sigue el período prodrómico, que dura de horas a 3 días, durante el cual los síntomas son inespecíficos: fiebre poco elevada, cefaleas, anorexia, vómitos. El período de estado se caracteriza por la aparición de la erupción cutáneo-mucosas constituida por lesiones máculo-pápulo eritematosas que en 24 horas se transforman en vesículas. Las mismas son de tamaño y forma variable, tensas, con contenido líquido claro, simulando "gotas de rocío" y están rodeadas de una aréola rosada. Posteriormente pierden tensión y el contenido se hace turbio, aunque no purulento. A los 2 a 4 días se convierten en costrosas y en 4 a 6 días más se desprenden sin dejar cicatriz. Estas lesiones predominan en cabeza y tronco, por lo que la erupción de esta enfermedad es centripeta. En el paciente inmunocompetente a los 5 días del comienzo de la erupción ya no presenta lesiones nuevas. La duración de la enfermedad es de 2 a 4 semanas

### 4.6.3 DIAGNOSTICO

Se establece por medio de:

1. La presencia del virus en el líquido de las vesículas confirmada por laboratorio.
2. En base a la sintomatología y características de la aparición de las lesiones que se presentan en forma progresiva desde mácula, pápula, vesícula y costra en brotes.

#### 4.6.4 TRATAMIENTO

El aciclovir administrado precozmente, hasta las 24 horas del inicio de la erupción, disminuye la aparición de nuevas lesiones y la diseminación visceral. No está indicado administrarlo rutinariamente en las personas inmunocompetentes. Se recomienda en: prematuros, recién nacidos, adolescentes, adultos, embarazadas, pacientes con enfermedades pulmonares y cutáneas crónicas o inmunodeprimidos. En los cuadros graves o potencialmente graves es preferible la vía intravenosa, en infusión a la dosis de 5 a 10 mg/kg cada 8 horas. Cuando se administra por vía oral la dosis es de hasta 800 mg 5 veces al día. La duración del tratamiento es entre 5 y 10 días. El valaciclovir tiene mayor biodisponibilidad y es igualmente eficaz que aciclovir. Se administra a la dosis de 1 g V/O c/8 horas. Se aconseja no administrar ácido acetilsalicílico por el riesgo del síndrome de Reye. El tratamiento debe complementarse con medidas generales de higiene<sup>33</sup>.

#### 4.6.5 COMPLICACIONES

Se producen en la piel, aparato respiratorio y sistema nervioso. En la piel es frecuente la sobreinfección de las lesiones cutáneas especialmente por *Streptococcus* beta hemolítico, *S. aureus* o del ambiente. En el aparato respiratorio, específicamente en el pulmón puede producirse una neumonitis viral. Es una complicación grave potencialmente fatal, más frecuente en adultos, niños pequeños y pacientes inmunocomprometidos. Las neumonías bacterianas son más tardías y la entrada del germen está facilitada por las lesiones virales de la mucosa respiratoria. En el Sistema Nervioso, las complicaciones neurológicas son: encefalitis, cerebritis, meningitis, mielitis transversas, síndrome de Guillain Barré, síndrome de Reye. Debe mencionarse la acción directa del virus y mecanismos inmunológicos. La ataxia cerebelosa es más frecuente en niños, suele manifestarse en la semana siguiente a la erupción y es de evolución generalmente benigna. La encefalitis es más frecuente en adultos y potencialmente fatal. Otras complicaciones son: miocarditis, pericarditis, hepatitis, nefritis, diátesis hemorrágica<sup>34</sup>.

La varicela es a menudo severa en las mujeres embarazadas, sobre todo durante el tercer trimestre, y la neumonía de la varicela en estas mujeres puede causar parto prematuro o muerte fetal. La varicela durante la primera mitad del embarazo se asocia con el síndrome de la varicela fetal, que se caracteriza por cicatrices atróficas de la piel del miembro afectado.

Las malformaciones del sistema nervioso central y oftálmicas también son comunes. Los niños cuyas madres han padecido varicela durante el embarazo desarrollan el zóster temprano en la vida. Si la infección se produce unos días antes del parto a veces se puede contagiar la enfermedad al recién nacido. Los niños entre 5 y 10 días de edad que desarrollan varicela tienen morbilidad aumentada<sup>35</sup>.

La embriopatía por varicela puede cursar en forma de hipoplasia de miembros, daño ocular y cerebral y lesiones dermatológicas. Algunos autores opinan que el periodo de mayor

<sup>33</sup> www.funendo.com

<sup>34</sup> Mandell, Douglas, Bennett. *Enfermedades Infecciosas. Principios y practica* Ed. Medica Panamericana, 1997.

<sup>35</sup> Ibidem.

riesgo para el feto está entre la 8ª y la 20ª semana, periodo en el cual el sistema nervioso fetal está en formación y aún no se han formado anticuerpos. Sin embargo, la magnitud de dicho riesgo es desconocida. Pastuszak y colaboradores publicaron un estudio de casos y controles con 106 mujeres que presentaron varicela durante las primeras 20 semanas de embarazo, comparadas con otro grupo similar, libre de enfermedad. Ambos grupos presentaban similares proporciones de embarazos a término. El peso medio de los recién nacidos también fue similar. La tasa de recién nacidos prematuros (menos de 37 semanas) en el grupo varicela fue significativamente mayor (14.3% vs. 5.6%). Las alteraciones congénitas se presentaron en 4/106 recién nacidos, todos del grupo varicela (embriopatía varicelosa, hidrocefalia, meningocele y pie de martillo). Los autores calcularon el riesgo de embriopatía varicelosa tras infección en las primeras 20 semanas en 2.2% (95% IC, 0 a 4.6%). Las pacientes de esta serie recibieron tratamientos diversos, incluida la inmunoglobulina, sin que pudieran establecerse inferencias a partir de estos datos<sup>36</sup>.

La varicela es una enfermedad muy frecuente. Más del 80% de los niños la han sufrido a los 10 años de edad, y más del 85% de los adultos presentan los anticuerpos de la enfermedad. Dado que hay algunas mujeres que pueden llegar a edad fértil sin haber padecido la enfermedad, existe la posibilidad de que la contraigan, con el consiguiente riesgo fetal. Los efectos sobre la embarazada (alrededor del 0,5-0,7% de embarazadas la presentan) pueden variar desde el exantema leve a la neumonitis severa. Aunque se han utilizado tests de diagnóstico prenatal (aislamiento del virus o IgM), dichas técnicas no están todavía suficientemente validadas.

En otro estudio, Paryani y Arvin detectaron un riesgo de varicela congénita del 9%, pero la población estudiada fue sólo de 11 pacientes. En cualquier caso, el 'riesgo percibido' es un concepto abstracto y multidimensional.

La inmuno-globulina puede ser útil en las embarazadas sero-negativas que sufran exposición accidental a la varicela, dentro de las primeras 48 horas. Uno de los problemas de la protección post-exposición es que no todas las mujeres que creen no haber sido expuestas son realmente seronegativas (algunos autores hablan de un 30%). En ese caso, las recomendaciones no son concluyentes, acerca de si se debe realizar screening en todas las embarazadas o sólo una vez que se haya producido un contacto. Johnson realizó un estudio en el que mostraba cómo el test de aglutinación de látex es simple, rápido y asequible, frente a alternativas más complejas, como el test de ELISA.

La mayoría (85-95%) de los adultos con historia negativa o desconocida de contacto con varicela son probablemente inmunes a la enfermedad, ya que se ha registrado un extraordinariamente escaso número de casos tras exposición en pacientes teóricamente susceptibles. El CDC Norteamericano recomienda administrar VZIG en los adultos que sufran alguna exposición significativa (convivir con un enfermo, contacto estrecho durante más de una hora, compartir la misma habitación en un hospital, o contacto prolongado cara a cara), y este organismo no considera que 'las embarazadas y el personal hospitalario potencialmente susceptible' deban ser evaluadas de manera diferente al resto de los adultos. Esto significa que la VZIG debería ser administrada en las condiciones arriba mencionadas durante todo el embarazo (primer y segundo trimestre -para prevenir la embriopatía- y tercer

<sup>36</sup> [www.funendo.com](http://www.funendo.com)

trimestre -para prevenir varicela neonatal-). Según este organismo, los neonatos de madres que hubieran contraído la enfermedad 5 días antes del parto también deberán recibir la VZIG. La disponibilidad de inmunoglobulina es relativa, y la dosis de VZIG (125 U por cada 10 Kg de peso) cuesta alrededor de 80.000 Pts.

Si el neonato presenta rash dentro de los 5-10 días tras el parto, la mortalidad puede estar alrededor del 30%. Dado que el periodo de incubación es de 8 días, el contagio puede producirse en el periodo post-natal. En cualquier caso, parece que lo más prudente es separar al neonato de la madre, mientras ésta esté en periodo infeccioso.

En resumen, la varicela es una enfermedad infecciosa con efectos potencialmente deletéreos sobre el feto. Se recomienda administrar inmunoglobulina a todas las embarazadas susceptibles expuestas durante los periodos de riesgo<sup>37</sup>.

#### 4.5.7 TÉCNICAS DE AISLAMIENTO

##### PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

##### ENSEÑANZA AL PACIENTE SOBRE LAS PREOCUPACIONES POR INFECCIÓN EN CASA.

Los enfermos que están bajo precauciones por infección, tienen necesidades especiales de apoyo emocional, ya que con frecuencia, se aíslan físicamente, logrando hacerlos sentir indignos o que piensen que hacen trabajar más a las personas; aunque hay algunos enfermos que dan un significado moral a su enfermedad.

Es necesario brindar apoyo emocional y enseñanza a este tipo de pacientes, haciéndoles comprender que es de gran importancia su participación en el tratamiento y control de la enfermedad que padecen (en este caso específico, varicela) ya que al regresar a casa, se tendrán que seguir medidas necesarias para evitar la transmisión de esta a los demás integrantes de la familia.

**Infección:** Es la invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos del cuerpo por agentes patógenos<sup>38</sup>.

**Asepsia:** Se llama asepsia a la ausencia de todos los microorganismos que producen enfermedad.

##### LA CADENA DE INFECCIÓN

Existen seis elementos en la cadena de infección: el agente causal o microorganismo, el lugar donde dicho agente reside habitualmente o reservorio, la puerta de salida del reservorio, el método o mecanismo de transmisión, la puerta de entrada en el huésped y la susceptibilidad del huésped.

##### **Agente causal (microorganismo):**

Un parásito es un microorganismo que reside dentro o sobre otro organismo y se nutre a partir de éste último. Todos los virus son parásitos, la intensidad con la que un

<sup>37</sup> [www.fonendo.com](http://www.fonendo.com)

<sup>38</sup> Beverly Witter. Tratados de Enfermería práctica. Ed. Mc Graw Hill. Cuarta edición, 2000. Pp 524

microorganismo o parásito es capaz de provocar una infección depende del número de agentes presentes, de la virulencia y la potencia de los mismos (patogenicidad), de la capacidad del microorganismo de penetrar en el cuerpo humano, de la susceptibilidad del huésped y de la capacidad del microorganismo para vivir en el cuerpo del huésped. La presencia de microorganismos en las secreciones o productos de excreción que no da lugar a infección se conoce como *colonización*. Un *portador* es una persona o animal que engloba un agente infeccioso determinado y actúa como fuente de infección potencial, aunque no manifiesta signos clínicos de enfermedad.

**Reservorio:**

Fuente de microorganismos, como lo son otros seres humanos, los microorganismos del propio huésped, las plantas, los animales o el ambiente. Las personas son la fuente de infección más frecuente, tanto para los demás como para ellos mismos.

**Puerta de salida:**

Antes de que se establezca una infección en un huésped, el microorganismo debe abandonar su reservorio. Si el reservorio es humano, el microorganismo dispone de múltiples salidas, en función del lugar donde se encuentre el reservorio.

**RESERVORIOS HUMANOS Y PUERTAS DE SALIDA**

RESERVORIO	PUERTA DE SALIDA
1. Vía respiratoria	Nariz/boca al estornudar, toser, respirar o hablar; tubos endotraqueales o traqueostomias.
2. Aparato digestivo	Boca: por saliva o vomito: ano/ostomias heces; tubos de drenaje; sonda nasogastrica o tubos en T.
3. Aparato urinario	Meato uretral y ostomias urinarias.
4. Aparato reproductor	Vagina: flujo vaginal; puede transportarse por la orina; meato urinario; semen, orina.
5. Sangre	Herida abierta, punción de aguja, cualquier interrupción de la integridad de la piel o las mucosas

**Mecanismo de transmisión:**

Una vez que el microorganismo abandona su fuente o reservorio, necesita un medio de transmisión para alcanzar a otra persona o huésped, a través de una puerta de entrada. Existen tres mecanismos de transmisión:

*Transmisión directa:* Implica la transferencia inmediata y directa de microorganismos de persona a persona, a través del tacto, mordeduras, besos o relaciones sexuales. La propagación por gotitas también representa una forma de contacto directo además de toser, estornudar, escupir, cantar o hablar.

*Transmisión indirecta:* Puede ser a través de un vehículo o a través de un vector:

*A través de un vehículo:* Un vehículo es cualquier sustancia que actúa como intermediario en el transporte, para introducir un agente infeccioso en un huésped susceptible, a través de una puerta de entrada adecuada. Los fómites, que son objetos o materiales inanimados, como pañuelos, juguetes, ropa sucia, utensilios de cocina o comida, instrumental quirúrgico o apósitos, pueden actuar como vehículo. Otros vehículos son el agua, la comida, la leche, el suero y el plasma.

*A través de un vector:* Un vector es un animal o un insecto volador o reptador que actúa como intermediario en el transporte de un agente infeccioso.

*Transmisión aérea:* Tiene lugar cuando los núcleos de las gotitas emitidas por el huésped infectado, o bien cuando partículas de polvo que contienen el agente infeccioso se transmiten a través de corrientes de aire hasta una puerta de entrada susceptible, que suelen ser las vías respiratorias de otro sujeto<sup>39</sup>.

#### **Puerta de entrada:**

Antes de que una persona resulte infectada, los microorganismos deben penetrar en su cuerpo. La piel es una barrera para los agentes infecciosos. Sin embargo, cualquier interrupción de la misma puede actuar como puerta de entrada. Los microorganismos pueden penetrar en el cuerpo a través de las mismas rutas que utilizan para abandonarlo. Generalmente penetran por el mismo camino que han usado para salir del reservorio.

#### **Huésped susceptible:**

Es toda persona que se encuentra en situación de riesgo de padecer una infección. La alteración de las defensas naturales del organismo afecta a la susceptibilidad frente a la infección, al igual que otra serie de factores.

#### **Interrupción de la cadena de la infección**

Existen varias medidas que interrumpen la cadena de la infección, es decir, la progresión de la enfermedad infecciosa. Por ejemplo; el uso de antisépticos, de desinfectantes o esterilización.

#### **Disminución del riesgo de infección**

Entre las medidas de Enfermería destinadas a disminuir el riesgo de transmisión de organismos de una persona a otra se encuentra la aplicación metódica de la asepsia médica y quirúrgica. La asepsia es la ausencia de infección o de material infectado. Existen básicamente dos tipos: asepsia médica, que comprende todas las medidas destinadas a confinar un microorganismo determinado en una zona concreta, y a limitar el número, el crecimiento y la propagación de los microorganismos. La asepsia quirúrgica o técnica estéril se refiere a las medidas destinadas a mantener una zona o unos objetos libres de todo tipo de microorganismos, por lo que incluye las técnicas capaces de destruir tanto los microorganismos como las esporas<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> Smith T. Jean *Técnicas en Enfermería clínica*. Ed. Mc Graw Hill. Pp 1987

<sup>40</sup> Idem

## MEDIDAS DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL

Las medidas de aislamiento están indicadas cuando un cliente presenta una infección que se puede transmitir a los demás.

Sistema de aislamiento específico de categoría: Se basa en siete categorías: aislamiento estricto, aislamiento de contacto, aislamiento respiratorio, aislamiento para tuberculosis, medidas de prevención entéricas, medidas de prevención para líquidos de drenaje o secreciones y medidas de prevención para sangre y líquidos corporales.

Medidas de aislamiento específicas de enfermedades

- Medidas de prevención universales: Para todos los clientes que presentaran el riesgo de transmitir agentes patógenos no identificados. Se aplican fundamentalmente a la disminución de la propagación de agentes patógenos transmitidos por la sangre.
- Sistema de aislamiento de productos corporales: Es un sistema reciente que se basa en tres principios:
  - Todas las personas presentan un riesgo elevado de infección procedente de los microorganismos presentes en sus mucosas y en la piel no intacta.
  - Todas las personas tienen la probabilidad de presentar microorganismos potencialmente infecciosos en todas las zonas húmedas y los fluidos de su cuerpo.
  - Una proporción desconocida de clientes y trabajadores sanitarios se encuentra siempre colonizada o infectada por microorganismos potencialmente infecciosos presentes en su sangre o en otras zonas húmedas o fluidos de su organismo.

### MEDIDAS DE AISLAMIENTO ESPECIFICO DE CATEGORÍA

CATEGORÍAS DE AISLAMIENTO	OBJETIVO	HABITACIÓN PRIVADA	BATA
1 Aislamiento estricto: para difteria, epidemia de neumonía, viruela, varicela, zoster.	Evitar la transmisión aérea por contacto de los microorganismos contagiosos o virulentos.	Necesaria; dejar la puerta cerrada.	Debe llevarla todas las personas que entren en la habitación.
2 Aislamiento de contacto: Infecciones respiratorias agudas y gripe en niños, pediculosis, infecciones de heridas, herpes simple, impétigo, rubéola, sarna.	Evitar infecciones muy transmisibles que no precisen aislamiento estricto, pero se propaguen por contacto cercano o directo.	Necesaria.	Debe llevarse si existe probabilidad de mancharse.

<p>3 Aislamiento respiratorio: Epiglotitis, sarampión, paperas, meningitis, tos ferina, neumonías en niños.</p>	<p>Evitar infecciones que se propaguen por objetos contaminados (pañuelos y gotitas respiratorias) liberadas al toser, estornudar o exhalar aire.</p>	<p>Necesaria.</p>	<p>No es necesaria.</p>
<p>4. Aislamiento tuberculosis: (aislamiento MAAR): para la tuberculosis pulmonar en clientes con cultivo de esputo positivo o Rx de tórax sospechosa.</p>	<p>Evitar la propagación de los bacilos ácido – alcohol resistentes (BAAR)</p>	<p>Necesaria, con ventilación especial.</p>	<p>Necesaria solo si se puede contaminar la ropa.</p>
<p>5. Precauciones entéricas: hepatitis A, algunas gastroenteritis, fiebre tifoidea, cólera, diarrea de posible etiología infecciosa, encefalitis, meningitis.</p>	<p>Evitar la propagación de infecciones por contacto directo o indirecto con heces.</p>	<p>Necesitaría si el cliente tiene mala higiene.</p>	<p>Igual que para el aislamiento tuberculoso.</p>
<p>6. Precauciones para drenajes/secreciones: toda lesión que drene, absceso, quemadura infectada, piel infectada, úlcera de decúbito, conjuntivitis.</p>	<p>Evitar la propagación de infecciones por contacto directo o indirecto con sustancias o drenajes corporales.</p>	<p>No necesaria, a menos que el cliente tiene mas información.</p>	<p>Igual que para el aislamiento tuberculoso.</p>
<p>7 Precaución</p>	<p>Evitar la propagación de infecciones por contacto directo e indirecto con sangre o líquidos corporales infectados.</p>	<p>Necesitaría si la higiene del cliente es mala.</p>	<p>Igual que para el aislamiento tuberculoso.</p>

### LAVADO DE MANOS

Es una medida importante para evitar la diseminación de microorganismos. Una buena técnica aséptica es la que limita la transmisión de gérmenes de una persona a otra. La enfermera debe lavarse las manos antes y después de estar en contacto con el paciente. El

lavado "antes", evita llevarle microorganismos de alguna persona o artículo. El lavado "después" reduce al mínimo la diseminación de microorganismos a otras personas, en partículas a pacientes<sup>41</sup>.

#### MASCARILLA (TAPABOCA)

Tiene como propósito evitar la diseminación de microorganismos, sirve para filtrar el aire inspirado y espirado, las utilizan para proteger una herida abierta.

Pueden ser de algodón, gasa o fibra de vidrio, aunque cada vez se usan más las desechables. Sólo deben emplearse una vez y desecharse, no debe colgarse alrededor del cuello cuando no se emplean, pues se viola la técnica. Se cambian una vez que se humedecen.

En la asepsia quirúrgica, el personal utiliza mascarilla para conservar estéril el equipo o evitar microorganismos en la herida. Aunque no se ha determinado con precisión el tiempo de eficacia de una mascarilla, se recomienda no emplearla más de 20 minutos. Cuando se cambian apósitos o realizan otros tratamientos en varios pacientes, la enfermera debe utilizar una nueva mascarilla cada vez que trate a otro enfermo.

#### BATA

El uso de bata está indicado si hay alguna posibilidad de que la enfermera contamine su uniforme al atender a un paciente con infección. La bata ha de ser lo bastante larga para cubrir por completo un vestido o un pantalón debajo de las rodillas; no se emplea fuera de la unidad. Se utilizará una bata limpia cada vez que la enfermera deba proteger su uniforme.

Cuando se quita, se desecha en un recipiente dentro de la unidad del enfermo. Evitar que el lado exterior de la bata, que está contaminado, toque su uniforme. Después de quitársela debe lavarse las manos.

Si no es posible emplear una bata limpia cada vez, entonces la enfermera se la quita después de lavarse, la cuelga en forma tal que el lado limpio se proteja de contaminaciones y pueda ponérsela posteriormente con facilidad y seguridad. Los cordones del cuello se conservan en el lado limpio y ata los cordones al cuello antes que las manos se contaminen con el lado exterior de la bata. Lo recomendable es la esterilización de batas desechables que se utilizan una vez y se eliminan.

#### PRECAUCIONES POR INFECCIÓN

Cuando se sospecha o se ha comprobado la presencia de patógenos, se siguen prácticas de asepsia para impedir su diseminación y contribuir a su distribución. Estas prácticas se denominan precauciones por infección. La sola palabra "aislamiento" indica lo que puede suceder a un paciente que sufre infección. El personal del hospital y otros enfermos tienden en realidad a aislar a estas personas, que entonces suelen entristecerse y a sentir que son molestas. En muchos casos, las palabras "sucio", "contaminado" y "aislado" tienen un significado moral para el enfermo, y lo hacen sentir que es indigno y mal aceptado.

Los pacientes que necesitan una técnica de "barrera" no deben aislarse psicológicamente de otros; de hecho, con frecuencia es innecesario el aislamiento físico cuando se toman las precauciones adecuadas. Proporcionando explicaciones y el apoyo; en consecuencia, la enfermera necesita comprender al paciente, las actitudes personales y las prácticas que contribuyen a su seguridad y la del paciente. La técnica exacta empleada en un

---

<sup>41</sup> Beverly Witter. Tratados de Enfermería práctica. Ed. Mc Graw Hill. Cuarta edición, 2000. Pp 535

caso en particular depende de la puerta de salida, el método de transmisión y la puerta de entrada del patógeno en particular.

Dos términos que la enfermera puede escuchar en relación con las precauciones por infección son: técnica de barrera y técnica de barrera inversa. En la primera se establecen los mecanismos para limitar a los microorganismos a una zona determinada. En el hospital o en la casa, los límites pueden ser la unidad del enfermo o una habitación aislada, pero todo el equipo situado dentro del área designada se considera contaminado. Tiene la ventaja psicológica de recordar a las personas la existencia de los microorganismos patógenos y la ventaja física de una habitación separada, que disminuye la transmisión de microorganismos por el aire.

En la técnica de barrera inversa, el paciente se protege de patógenos del ambiente. En vez de conservar a los gérmenes en una zona definida como la técnica de barrera, los microorganismos se conservan fuera del área precisa, lo cual se logra en diversas formas; en una de ellas se coloca un recubrimiento de plástico alrededor del paciente. Se filtra todo el aire que llega a él y el equipo que penetra en el área cerrada no tiene patógenos. La técnica de barrera inversa se utiliza para personas particularmente sensibles a infecciones, por ejemplo, con quemaduras graves o leucemia. Como estos pacientes no tienen la resistencia normal a microorganismos patógenos, se protegen dentro de barreras que permiten establecer un ambiente aséptico.

#### CUIDADO DEL EQUIPO Y SUMINISTROS

El uso creciente del equipo y materiales desechables ha simplificado la práctica de las técnicas de barrera. Cuando se emplean en un individuo que requiere atención de enfermería con técnica de barrera, la desinfección consiguiente es mucho más sencilla. La enfermera debe familiarizarse con las medidas que se pueden utilizar en la desinfección concurrente y terminal para controlar la diseminación de microorganismos.

**Desinfección concurrente:** Medidas que se llevan a cabo sobre la marcha para controlar la diseminación de infecciones en tanto se considere que el paciente es infeccioso. Los microorganismos patógenos se destruyen constantemente mientras el paciente necesite una técnica de barrera.

**Desinfección terminal:** Comprende las medidas que destruyen microorganismos patógenos una vez que el paciente deja el cuarto de exploración o el hospital o ya no requiere técnicas de barrera; se eliminan todos los microorganismos patógenos del equipo que estuvo dentro de la habitación del enfermo, con los medios adecuados; por ejemplo, se lavan las paredes y el piso con un desinfectante y las sábanas se envuelven y envían a la lavandería para su desinfección. La tina o la regadera también se asean con un desinfectante después de su uso.

#### EQUIPO

Todo el material empleado en un paciente con infección se ase de inmediato al sacarlo de la unidad del enfermo. Recipientes de vidrio, de acero inoxidable pueden introducirse en autoclave y desinfectarse con rapidez y seguridad. Muchos hospitales lo colocan en dos bolsas de papel fuerte, de manera que la externa permanezca limpia. La bolsa se marca "infecciosa" y se mete al autoclave. Si el equipo no puede esterilizarse con seguridad en autoclave, es posible exponerlo a la luz ultravioleta o sumergirlo o mojarlo con una solución desinfectante. En algunos artículos también puede utilizarse la esterilización con gas. El

método dependerá del microorganismo que cause la infección y el tipo de equipo disponible<sup>42</sup>.

#### LAVANDERIA

En la unidad del paciente suelen colocarse bolsas para la ropa de cama contaminada. Una vez que se acumulan en la bolsa, la persona indicada lleva otra limpia y la sucia se mete cuidadosamente en aquella para no contaminar su exterior. La bolsa externa se marca "infecciosa". Si es necesario tomar precauciones especiales, como en bacterias que forman esporas, la ropa suele meterse al autoclave antes del lavado.

#### PLATOS

Una vez que termina de comer el paciente, se llevan sus platos al cuarto de baño, donde se desechan los alimentos y líquidos no consumidos y en seguida se colocan en la bandeja y se llevan a la lavadora de platos, donde se ponen en bolsas dobles y se meten en autoclave antes del lavado. Si no se cuenta con autoclave o lavadora de vajillas, éstas pueden hervirse una vez que se han lavado o se sumergen en una solución desinfectante.

#### ELIMINACIÓN DE EXCRETA

La mayor parte de las excreta contaminadas pueden eliminarse con seguridad por el alcantarillado general donde posteriormente se vuelven inocuas por el tratamiento de aguas negras del alcantarillado público. Cuando esto no se considere para un microorganismo infeccioso en particular, las excreta deben desinfectarse antes de ser eliminadas. Un método consiste en tratarlas con un desinfectante, como casodada, el tiempo necesario para destruir los patógenos.

El lavado adecuado de las manos combinado con el apego estricto a una buena técnica y a las prácticas domésticas adecuadas. Las medidas específicas dependen de su naturaleza<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup>. Beverly Witter. Tratados de Enfermería Práctica Ed. Mc Graw Hill, Mexico, 2000. Pp 523-540

## 5. VALORACION DE ENFERMERIA

### FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: C. S. E. Sexo: F Edad: 16 años Peso: 50 Kg. Talla: 1.48cm.  
Ocupación: Hogar Escolaridad: 3er grado de primaria  
Procedencia: Valle de Bravo Fecha de admisión: 8 de noviembre de 2004  
Estado civil: Casada Religión: Católica Alergias: Negado.  
Servicio: Alojamiento conjunto de enfermería

### VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

#### NECESIDADES BASICAS

##### 1. OXIGENACION

##### Subjetivo:

¿ Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo?  Si .

¿ Fumaba usted antes de su embarazo? SI \_\_\_\_\_ NO  X .

Si la respuesta es sí ¿ Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 \_\_\_\_\_ 6 a 10 \_\_\_\_\_ 11 a 20 \_\_\_\_\_ + de 20 \_\_\_\_\_ .

¿ Hay en su casa uno o varios fumadores? SI \_\_\_\_\_ NO  X .

¿ A tenido dificultades respiratorias o molestias ?

Siempre \_\_\_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_\_\_ Nunca  X .

¿ Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital

SI \_\_\_\_\_ NO  X .

¿Cuál? \_\_\_\_\_ .

¿Presencia de disnea?: SI \_\_\_\_\_ NO  X .

¿Con o sin esfuerzo?: SI \_\_\_\_\_ NO  X .

¿Tos productiva?: SI \_\_\_\_\_ NO  X .

Características de las secreciones: No presenta secreciones.

Frecuencia respiratoria o fiebre: 22 por minuto y 37.3°C de temperatura.

Parámetros de ventilación: No tiene ventilador.

Presencia de cánula endotraqueal: SI \_\_\_\_\_ NO  X .

Estado de conciencia: \_\_\_\_\_ Conciente .

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: Ligera palidez tegumental generalizada .

## 2. NUTRICION E HIDRATACION

### Subjetivo:

Nº de comidas diarias: 3 Comidas.

¿ Come a horas regulares? SI X NO \_\_\_\_\_

Si la reapesta es Si precise: 9:00 am (desayuno), 14:00 pm (comida) y 20:00 pm(cena)

¿ Sigue usted una dieta especial ? SI \_\_\_\_\_ NO X

¿ De que tipo ? \_\_\_\_\_

¿ Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia ? No

¿ Tiene problemas de masticación y/o deglución? Si \_\_\_\_\_ No X

¿ Qué cantidad de líquidos toma al día ? 3 litros.

¿ Ingiere bebidas alcohólicas ? SI \_\_\_\_\_ NO X A veces \_\_\_\_\_

Cerveza \_\_\_\_\_ Vino \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

¿ Qué cantidad de líquidos ? 3 litros.

Coloración de la piel: Pálida.

Peso: 50kgs.

Talla. 1.48 metros.

Estado de la piel: Presenta dermatosis manifestada por vesículas y costras debido a varicela.

Características de cabello y uñas: Buena distribución de cabello, quebradizo, limpio y sin brillo, uñas completas y sin hongos .

Aspecto de dientes : Piezas dentales completas.

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche				X	
Carne			X		
Pescado					X
Huevo		X			
Fruta				X	
Verduras		X			
Legumbres		X			
Cereales				X	
Pan	X				
Tortilla	X				
Chatarra				X	

**Objetivo:**

¿ Turgencia de la piel ?  Ligera palidez tegumental generalizada con lesiones debido a varicela.

Mucosas orales: Hidratadas  X Semihidratadas \_\_\_\_\_ Secas \_\_\_\_\_

Características de cabello y uñas: Buena distribución de cabello, quebradizo, limpio y sin brillo, uñas completas y sin hongos.

Aspecto de dientes: Piezas dentales completas, caries de molares en tratamiento

Aspecto de los dientes: Completos, con caries en molares en tratamiento

Aspecto de encías: rosadas.

Heridas: Tipo  Abdominal Localización  Parte baja del abdomen (Pfannenstiel).

**3.- ELIMINACIÓN****Subjetivo:**

Características del abdomen (ruidos intestinales): a la auscultación se encuentra peristalsis disminuida.

Hábitos intestinales: Evacuación normal  X Estreñimiento \_\_\_\_\_

Diarrea frecuente:

SI \_\_\_\_\_ NO  X.

¿ Toma usted algún laxante?

SI \_\_\_\_\_ NO  X.

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Orina: Normal  X Con dolor \_\_\_\_\_

Menstruación: Frecuencia: Cada 28 días. Duración: 4 días

Historia de hemorragias:

SI \_\_\_\_\_ NO  X.

¿ El estrés le ocasiona diarrea ?

SI \_\_\_\_\_ NO  X.

Estomas:

SI \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_.

**Objetivo:**

Abdomen : Características: Blando y depresible, presencia de estrías y panículo adiposo.

Palpación globo vesical: No se percibe a la palpación \_\_\_\_\_.

Genitales: De acuerdo a su edad

#### 4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

**Subjetivo:**

¿ Qué deporte o actividad física práctica ? Ninguno

Correr \_\_\_\_\_ Aeróbicos \_\_\_\_\_ Bicicleta \_\_\_\_\_

Actividad en su tiempo libre: Teje y le gusta la jardinería

¿ Da algún paseo fuera de su casa ? SI \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_.

**Objetivo:**

Estado del sistema esquelético / fuerza: Disminuido relacionado con herida quirúrgica

Posturas: La que mejor le agrada \_\_\_\_\_ Ayuda para deambular: \_\_\_\_\_ Si

Dolor con el movimiento: Si por herida quirúrgica

Estado emocional: Se encuentra animada pero con incertidumbre con respecto al estado de su hijo. Nivel de conciencia: GLASGOW:

Estado del sistema neuromuscular y esquelético: En cuanto a fuerza, tono y motricidad se encuentran disminuidos debido a que manifiestan debilidad, dolor, en relación con procedimiento quirúrgico y reposo \_\_\_\_\_.

Posición: Semifowler \_\_\_\_\_.

Dé ambulación: Lenta \_\_\_\_\_.

Como influyen las emociones de movimiento y postura: Se observa animada, aunque con dolor el cual impide moverse con facilidad.

## 5. DESCANSO Y SUEÑO

### Subjetivo

- ¿ Tiene hábitos que favorecen el sueño ? SI  NO .
- Horario de descanso: 16:00 – 17:00 pm Horas de descanso: 1.
- ¿ Padece insomnio ? SI  NO .
- ¿ A que considera que se debe ? \_\_\_\_\_
- ¿ Siente cansancio al levantarse ? SI  NO .
- ¿ En que forma se manifiesta ? \_\_\_\_\_
- ¿ Utiliza técnicas de relajación ? SI  NO .

NOTA: Sólo durante l estancia hospitalaria presentó un poco de dificultad para conciliar el sueño, debido a las molestias propias de su padecimiento y al dolor posterior de la cesárea, así como a la rutina hospitalaria.

### Objetivo

- Estado: Ansiedad SI  NO .
- Estrés SI  NO  Respuesta a estímulos: SI  NO
- Lenguaje: Claro SI  NO

## 6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

### Subjetivo

- ¿ Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir ?
- SI  NO .
- ¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir?
- SI  NO .
- ¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?
- SI  NO .
- El día que egrese del hospital hará uso de: Pañoleta:
- SI  NO .
- Calcetas
- SI  NO .

## Objetivo

¿ Viste de acuerdo a su edad ?

SI   X   NO           .

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada           X           Inadecuada                                   

## 7. TERMORREGULACION

### Subjetivo:

¿ La casa que habita es: Fría                                    Caliente           X          .

¿ Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre                                    A veces   X   Nunca                                   .

¿ Es usted sensible a los cambios de temperatura ? SI   X   NO                                   .

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI                                    NO   X  .

¿ Cómo se la toma ? Bucal                                    Axilar                                   .

¿ Temperatura ambiente que le es agradable ? Templado.

### Objetivo:

Temperatura corporal: 37.3°C

Características de la piel: Ligera palidez tegumental generalizada

Transpiración: SI   X   NO                                   .

## 8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

### Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario:                                    Cada 3er día:           X          

Cada 8 días:                                    Esporádico:                                   

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana:   X   Por la noche:                                   

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día:                                    Dos veces al día:   X  

Tres veces al día:   X   Esporádico:

Prótesis dentales: SI \_\_\_\_\_ NO  X  \_\_\_\_\_.  
 Parcial \_\_\_\_\_ Completa \_\_\_\_\_

¿ Fecha de la última visita al dentista ? \_\_\_\_\_.

Aseo de manos: Antes y después de comer

SI  X  \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_.

Después de ir al baño

SI  X  \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_.

**Objetivo:**

Aspecto general:  Presentable y limpia  \_\_\_\_\_.

Olor corporal:  Agradable  \_\_\_\_\_.

Halitosis: SI \_\_\_\_\_ NO  X  \_\_\_\_\_.

Presencia lesiones dérmicas:  Herida quirúrgica en proceso de cicatrización, limpia y sin proceso de infección realizando curación cada 24 hrs, además de vesículas y costras debido a la varicela.

**9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS**

**Subjetivo**

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION
Daniel	Hijo	1 año 7 meses	-----	-----
Recién nacido	Hijo	2 días	-----	-----
Daniel	Esposo	19 años	Primaria	Empleado
Carmen	Esposa	16 años	3er grado de primaria.	Hogar

¿ Es usted alérgica a algún medicamento ?

SI \_\_\_\_\_ NO  X  \_\_\_\_\_ A otras sustancias: SI \_\_\_\_\_ NO  X  \_\_\_\_\_

Especifique : \_\_\_\_\_.

¿ Llevó control prenatal ? SI  X  NO \_\_\_\_\_

¿Cuántas consultas ?  4 en su clínica de adscripción

¿ Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo ? SI \_\_\_\_\_ NO  X

¿ Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida ?

Tranquila \_\_\_\_\_ Se estresa  X  Le da sueño \_\_\_\_\_

Come mucho \_\_\_\_\_ Ríe sin control \_\_\_\_\_ Indiferencia \_\_\_\_\_

¿ Busca una solución inmediata ?  Si

Otros:  Refiere temor a que su hijo contraiga la varicela ya que hasta el momento aun no se manifiestan síntomas en él. Además expresa desconocer medidas de protección para evitar contagio familiar.

### Objetivo:

¿ Deformidades congénitas ?  Aparentemente ninguna

¿ Condiciones del ambiente en el hogar ?  Regular

¿ Condiciones de su ambiente laboral ?  No trabaja

## 10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

### Subjetivo:

Estado civil:  Casada  Años de relación  3

Vive con:  Con suegra, esposo y sus dos hijos

Rol en la estructura familiar:  Madre de familia

¿ Desde cuando vive en su actual domicilio ?  Desde que se caso con su esposo

¿ Existen buenas relaciones en su localidad ?  Si

¿ Tiene amigas o familiares en quién confíe ?  Si Suegra

¿ Cuánto tiempo pasa sola ?  Convive con suegra.

**Objetivo:**

Habla claro: SI  X  NO \_\_\_\_\_

¿ Ve usted bien ? SI  X  NO \_\_\_\_\_

¿ Lleva usted lentes de contacto ? SI \_\_\_\_\_ NO  X

¿ Escucha bien ? SI  X  NO \_\_\_\_\_

¿ Utiliza aparato auditivo ? SI \_\_\_\_\_ NO  X

**11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS**

**Subjetivo:**

Tipo de religión:  Católica.

Su creencia religiosa le genera conflictos personales:  Ninguno

Principales valores en su familia:  La fe, la religión y el respeto.

Principales valores en su persona:  La verdad, el amor, la fe y el respeto a los demás.

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

**Objetivo:**

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso):  Ninguno

¿ Permite el contacto físico ?  Si

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias ?  La Biblia e imágenes religiosas

**12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

**Subjetivo:**

¿ Trabaja actualmente ? SI \_\_\_\_\_ NO  X

Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Riesgos: \_\_\_\_\_

¿ Cuánto tiempo dedica a su trabajo ? \_\_\_\_\_

¿ Esta satisfecho con su trabajo? \_\_\_\_\_

¿ La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿ Por qué? \_\_\_\_\_

¿ Esta satisfecha con el rol familiar que juega ? Si

**Objetivo:**

Estado emocional: Tranquila, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico: Algunas veces llega a presentarlo todos de acuerdo con la situación que se presente en su vida.

Otros: \_\_\_\_\_

**13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

**Subjetivo:**

Actividades que realiza en su tiempo libre: Teje y le gusta arreglar sus plantas.

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

¿ Existen recursos recreativos en su comunidad ? Si

¿ De que tipo? Parque

¿ Forma parte de alguna sociedad: Ninguna

Deportiva \_\_\_\_\_ Cultural \_\_\_\_\_ Profesional \_\_\_\_\_

¿ Cuáles son sus pasatiempos favoritos: Tejer, la jardinería y la convivencia familiar.

**Objetivo:**

Integridad neuromuscular: Disminuida

¿ Rechaza las actividades recreativas? No

Su estado de ánimo es: Apático \_\_\_\_\_ Aburrido \_\_\_\_\_ Participativo X

#### 14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

##### Subjetivo:

Nivel de educación: 3er grado de primaria

Problemas de aprendizaje: No

Limitaciones cognitivas: No

Tipo: \_\_\_\_\_

Preferencias para leer y/o escribir: \_\_\_\_\_

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? No

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? No

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? Si

Otros: Acerca de las precauciones y cuidados a seguir en casa para no contagiar a sus hijos de varicela, así como cuidados post – cesárea y aspectos de la lactancia.

##### Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Disminuido

Órganos de los sentidos: Sin alteración

Estado emocional: Animada pero refiriendo inquietud.

Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_

## 6. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### 6.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

En el Plan de Cuidados se plantearán los siguientes diagnósticos de Enfermería:

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
Nutrición e hidratación	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Nutrición alterada relacionada con carencia de conocimientos sobre requerimientos nutricionales y grupos de alimentos.</li><li>➤ Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente y debilidad de los músculos abdominales por la cirugía.</li></ul>
Moverse y mantener una buena postura	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Alteración de la deambulacion relacionado con dolor de la herida quirúrgica.</li></ul>
Descanso y sueño	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Alteración del patrón del sueño, relacionado con la presencia de hipertermia y prurito en días pasados debido a la varicela y dolor de herida quirúrgica así como la rutina hospitalaria; manifestado por dificultad para conciliar el sueño.</li></ul>
Mantener la higiene e integridad cutánea.	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Alteración de la integridad cutánea relacionada con incisión quirúrgica y lesiones dérmicas ocasionadas por varicela.</li></ul>
Evitar peligros	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Riesgo de infección agregada, relacionado con el estado de inmunosupresion, lesiones de varicela; así como por incisión quirúrgica.</li><li>➤ Dolor relacionado a herida quirúrgica manifestado por facies dolorosas.</li></ul>
Cuidados maternos	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Alteración en la función parental, relacionado con déficit de interacción madre – hijo, debido a la separación desde el momento del parto.</li><li>➤ Ausencia de lactancia materna relacionada con la separación del recién nacido desde el parto.</li></ul>
Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Déficit de conocimiento sobre su padecimiento relacionado con la falta de información.</li><li>➤ Déficit de conocimiento relacionado con su salud reproductiva.</li><li>➤ Déficit de conocimientos acerca de los cuidados específicos para evitar el contagio de la varicela en su familia.</li></ul>

	<p>➤ Déficit de conocimientos relacionado con una dieta equilibrada, manifestada por la falta de alimentos necesarios en la dieta diaria.</p>
--	---

## 6.2. PLAN DE CUIDADOS

**NECESIDAD:** Nutrición e hidratación

**Dx. DE ENFERMERIA:** Nutrición alterada menor a los requerimientos nutricionales corporales relacionado con la carencia de conocimientos sobre requerimientos nutricionales y grupos de alimentos.

**OBJETIVO:**

- Fomentar una nutrición balanceada para poder aumentar calidad de vida de la paciente y su familia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>*Proporcionar orientación e información nutricional enfatizando en la importancia de la ingesta de una dieta balanceada en la que se incluyan los cuatro grupos básicos de alimentos (proteínas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales).</p> <p>* Enfatizar en la necesidad de una dieta balanceada para llevar a cabo una lactancia satisfactoria; así como una rápida cicatrización de la herida quirúrgica y una pronta recuperación de la salud.</p>	<p>* Durante la enfermedad, la buena nutrición puede reducir el riesgo de complicaciones y acelerar la recuperación.</p> <p>* Los factores tales como el dolor, la fatiga, el uso de analgésicos y la inmovilidad, puede contribuir a la anorexia. La identificación de una posible causa posibilita las actuaciones para eliminarla o minimizarla.</p> <p>* La distribución uniforme de la ingesta calórica total durante todo el día, ayuda a prevenir la distensión gástrica, aumentando posiblemente el apetito.</p>	<p>* La paciente se muestra interesada en el tema, disipando dudas durante la orientación, asimilando lo mejor posible el tema. Acepta la dieta indicada ingiriendo todos los alimentos.</p> <p>* Se observa mas empeño en lo que se refiere a los alimentos sugeridos para una mejor lactancia.</p> <p>* Pide información sobre manejo de la alimentación del recién nacido a su egreso.</p>

<p>* Proporcionar al paciente material impreso como apoyo en la conformación de una rutina dietética nutritiva y completa que repercuta a nivel personal y familiar.</p>	<p>* El darle una información correcta puede ayudar a disminuir la ansiedad a lo desconocido y extraño.</p>	<p>* Se muestra mas segura en lo que se refiere al aspecto nutricional y medidas dietéticas a llevar en el hogar.</p>
--	---	---

**NECESIDAD:** Moverse y mantener una buena postura

**Dx. DE ENFERMERIA:** Alteración de la deambulaci3n relacionada con dolor de la herida quir3rgica manifestado por marcha lenta y pasos cortos, adem3s posici3n inclinada al caminar.

**OBJETIVO:**

- Estimular el tono, fuerza muscular realizando ejercicios activo- pasivos.
- Enseñarle los diferentes cambios posturales.
- Evitar la presencia de dolor mediante la administraci3n de analg3sicos indicados.
- Favorecer la deambulacion frecuente para una recuperaci3n mas r3pida.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACI3N</b>
<p>* Colaborar con la paciente para determinar la eficacia de las actuaciones de alivio del dolor.</p>	<p>* Un paciente que experimenta dolor puede sentir una perdida sobre su cuerpo y su vida. La colaboraci3n puede ayudar a reducir al m3nimo este sentimiento.</p>	<p>* Se observa m3s tranquila al disminuir el dolor, logrando la movilizaci3n con menos dificultad.</p>
<p>* Fomentar el progreso en el nivel de actividad de la paciente.</p>	<p>* Un aumento gradual de la actividad, permite al sistema cardiopulmonar y muscular del paciente volver a su estado preoperatorio sin una tensi3n excesiva.</p>	<p>* Lleva a cabo su movilizaci3n mas f3cilmente y con menor dificultad a medida que va aumentando su actividad gradualmente.</p>
<p>* Poner la cama en posici3n elevada y subir la cabecera.</p>	<p>* El levantar la cabecera de la cama ayuda a reducir la tensi3n en la l3nea de la sutura.</p>	
<p>* Aumentar el tiempo que pasa la paciente fuera de la cama.</p>	<p>* El aumento gradual hacia objetivos realistas y mutuamente establecidos puede promover el cumplimiento y prevenir el ejercicio excesivo.</p>	<p>* La paciente deambula a las pocas horas sin mareos ni debilidad, alcanza un equilibrio entre las actividades y el reposo.</p>

<p>*Dejarla que establezca una velocidad de deambulaci3n c3moda.</p> <p>*Animarla a que aumente la actividad cuando el dolor este en el m3nimo o despu3s de que hagan efecto las medidas de alivio del dolor.</p> <p>*Instruir a la paciente para que solicite ayuda cuando lo necesite.</p>	<p>* Para conservar y mejorar la fuerza y el tono muscular se requiere de contracci3n activa.</p> <p>*El ejercicio tiene efectos beneficiosos en todos los sistemas del organismo.</p> <p>* La obtenci3n de ayuda para la deambulaci3n y otras actividades reduce el riesgo de lesi3n del paciente.</p>	<p>* Se observa empe3osa en la realizaci3n de las indicaciones referentes a su deambulaci3n y correcci3n de su postura al caminar.</p> <p>*Se encuentra cooperadora, acepta y solicita ayuda en el momento que as3 lo requiere</p>
--	---	--

**NECESIDAD:** Descanso y sueño

**Dx. DE ENFERMERIA:** Alteración del patrón del sueño relacionado con la presencia de sintomatología molesta, debido a su padecimiento y presencia de dolor pos cesárea manifestado por dificultad para conciliar el sueño.

**OBJETIVO:**

- Ayudar a la paciente a equilibrar la necesidades de reposo y sueño mediante el alivio del dolor y las molestias generadas por su padecimiento agregado.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>* Aplicar medidas para reducir el dolor de la incisión quirúrgica y sintomatología de la varicela (prurito). - Administración de medicamentos indicados - Baño: para disminuir el prurito.</p>	<p>* Un paciente que experimenta dolor puede sentir una pérdida de control sobre su cuerpo y su vida, la colaboración puede ayudar a reducir al mínimo este sentimiento.</p>	<p>* La paciente refiere mejoría de las molestias con las medidas aplicadas.</p>
<p>* Iniciar medidas para promover la relajación: - Administración de medicamentos prescritos. - Mantener un ambiente oscuro y silencioso. - Baño antes de acostarse.</p>	<p>* El sueño es difícil sin relajación, el ambiente hospitalario desconocido puede impedir la relajación.</p>	<p>* Logra dormir por tiempos prolongados después de la administración de sus medicamentos.  * El baño antes de dormir la relaja, logrando así conciliar el sueño-</p>
<p>* Programar los procedimientos para reducir al mínimo las horas en que se necesita despertar al paciente por la noche.</p>	<p>* Para sentirse descansada una persona debe completar un ciclo de sueño completo (de 70 a 100 minutos) de cuatro a cinco veces cada noche.</p>	<p>* Refiere sentirse descansada después de dormir sin interrupciones por un lapso de seis horas.</p>
<p>* Enseñar al paciente las medidas para promover el sueño. - Tomar un aperitivo alto</p>	<p>* Estas practicas que pueden ayudar a promover el sueño: - La proteína digerida</p>	<p>* Duerme cuando tiene sueño, relajándose y descansando.</p>

<p>en proteínas, (por ejemplo, queso, leche) antes de irse a la cama.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar cafeína.</li> <li>- Intentar dormir solo cuando se tenga sueño.</li> <li>- Tratar de mantener hábitos coherentes para dormir de noche.</li> </ul>	<p>produce triptófano que tiene un efecto sedante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La cafeína estimula el metabolismo e impide la relajación.</li> <li>- Puede producir frustración si el paciente intenta dormir cuando no tiene sueño.</li> <li>- Los patrones de sueño irregulares pueden trastornar los ritmos circadianos normales, conduciendo posiblemente a dificultades para dormir.</li> </ul>	
---	---	--

**NECESIDAD:** Mantener higiene corporal e integridad cutánea.

**Dx. DE ENFERMERÍA:** Alteración de la integridad cutánea relacionada con incisión quirúrgica y lesiones dérmicas ocasionadas por varicela.

**OBJETIVO:**

- Mencionar a la paciente la importancia que tiene el aseo personal, así como un entorno adecuado para la recuperación de su salud, evitando complicación tales como infecciones agregadas.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>* Informar a la paciente la importancia del lavado de las manos regularmente.</p> <p>* Indicarle evitar efectuar fricción enérgica al tratar de aliviar el prurito que le ocasiona las lesiones de varicela.</p> <p>* Explicarle que las heridas expuestas tienen mayor riesgo de infección.</p> <p>* Fomentar el baño diario y la curación de la herida quirúrgica así como el cuidado de sus lesiones cutáneas.</p> <p>* Instruirla para que vigile e informe cualquier signo y síntoma de infección.</p>	<p>* El lavado de manos adecuado impide la propagación de microorganismos.</p> <p>* La integridad de piel y mucosas es la primera línea de defensa del cuerpo contra la invasión de agentes infecciosos y lesiones.</p> <p>* Los agentes infecciosos pueden ser transportados por diversas vías a una persona sensible.</p> <p>* Las practicas de higiene se aprenden.</p> <p>* Las costumbres higiénicas varían con las normas culturales, la idiosincrasia y valores personales y la capacidad para conservar buenas</p>	<p>* La recuperación de la paciente a seguido una evaluación favorable al grado de que las lesiones cutáneas se observan sin datos de infección agregada y muchos de ellos ya están secas. El prurito también disminuyo y se muestra mas tranquila y menos irritable.</p> <p>* El ambiente de su habitación es agradable, limpio y sin objetos no necesarios.</p> <p>* La herida quirúrgica se encuentra en condiciones normales de cicatrización.</p>

	<p>costumbres de limpieza.</p> <p>* Muchos gérmenes que se encuentran normalmente en el ambiente y el cuerpo son oportunistas y se tornan infecciosos ante la posibilidad de hacerlo.</p>	<p>* Se encuentra pendiente de llevar a cabo su baño diario con cuidado, evitando lesionar mas la piel, asimismo solicita la curación diaria de la herida quirúrgica.</p>
--	---	---

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

**NECESIDAD:** Evitar peligros

**Dx. DE ENFERMERÍA:** Riesgo de infección agregada relacionada con el estado de inmunosupresión, lesiones de varicela, así como por la incisión quirúrgica.

**OBJETIVO:**

- Minimizar los riesgos de infección mediante una técnica de aislamiento adecuada.
- Evitar exposición a riesgos innecesarios, proporcionando información a la paciente.
- Mantener una higiene personal adecuada.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>* Enseñar al paciente a lavarse las manos regularmente, especialmente antes de las comidas y después de ir al baño.</p> <p>* Enseñarle a que evite toser, estornudar o respirar hacia otros, y a que use los pañuelos desechables o cubre boca</p> <p>* Instruir al paciente para que vigile e informe inmediatamente de cualquier signo y síntoma de infección.</p> <p>* Informarle que se llevará a cabo la técnica de aislamiento para evitarle infecciones agregadas y así mismo se infecten otros pacientes de varicela.</p>	<p>* El lavado de manos adecuado impide la propagación de microorganismos.</p> <p>* Estas técnicas ayudan a impedir la transmisión de la infección a través de las gotitas de saliva en el aire.</p> <p>* Las infecciones nosocomiales se producen en el 5 a 6% de los pacientes hospitalizados. La detección precoz posibilita la rápida actuación para prevenir las complicaciones graves y una estancia prolongada en el hospital.</p>	<p>* La paciente se mostró cooperadora acatando las indicaciones y efectuándolas lo mejor posible. Se observa mejoría de las lesiones cutáneas y de la herida quirúrgica, no presentando complicación agregada.</p> <p>* Reconoce el riesgo de contagio al estornudar, toser y respirar por lo que utiliza pañuelos desechables y cubrebocas.</p> <p>* La paciente informa cualquier molestia que se presenta durante su estancia hospitalaria.</p>

**NECESIDAD:** Cuidados maternos a su hijo.

**Dx. DE ENFERMERÍA:** Alteración en la función parental relacionados con déficit de interacción madre – hijo debido a separación desde el momento del parto.

**OBJETIVO:**

- Informar que esta separación es necesaria para protección de su hijo.
- Proporcionar información disipando dudas de la paciente.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>* Acercarse a la paciente creando un ambiente de confianza y apoyo, favoreciendo la expresión de los sentimientos acerca de su hijo.</p> <p>*Proporcionar información correcta usando términos sencillos sobre la separación de su hijo y la importancia de esta en el tratamiento.</p> <p>* Valorar la respuesta emocional de la paciente con respecto a la separación de su hijo.</p> <p>* Responder a las dudas que la madre tenga en cuanto al cuidado de su hijo en casa.</p>	<p>* El apoyo adecuado puede eliminar o reducir al mínimo los sentimientos de angustia y ansiedad.</p> <p>* La ansiedad moderada o elevada deteriora la capacidad de procesar la información; las explicaciones sencillas imparten con mas eficacia la información.</p> <p>* La respuesta de un miembro de la familia a la enfermedad de otro miembro de la familia esta influida por el grado en que la enfermedad interfiera en su actividad dirigida a objetivos, el significado del objetivo con el que interfiere y la calidad de la relación.</p> <p>* Pueden necesitarse recursos adicionales para ayudar con el manejo en el hogar.</p>	<p>* Se observa a la paciente mas tranquila posteriormente a la orientación e información recibida, así mismo el apoyo es de gran importancia durante su estancia hospitalaria, ya que conforme se presentan dudas las aclara con el personal e enfermería que la atiende mostrándose mas segura en el trato que llevara en su casa con el hijo y la familia, así como las medidas a seguir.</p>

**NECESIDAD:** Aprendizaje

**Dx. DE ENFERMERÍA:** Déficit de conocimientos de salud reproductiva y varicela relacionada con la falta de información al respecto.

**OBJETIVO:**

- Proporcionar información y orientación sobre salud reproductiva.
- Informar sobre cuidados específicos referentes a la varicela

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>* Proporcionar información sobre la importancia de llevar una salud reproductiva adecuada, los periodos intergenésicos adecuados y el momento oportuno para un nuevo embarazo (rotafolio y folletos).</p>	<p>* El aprendizaje es eficaz cuando se lleva a cabo una respuesta a una necesidad que siente quien aprende.</p>	<p>* La paciente se muestra interesada y atenta en la orientación e información proporcionada.</p>
<p>* Instruirla sobre el adecuado cuidado de su cuerpo y el tiempo que requiere para su recuperación después de un parto.</p>	<p>* El aprendizaje es mas fácil si se comprenden los conceptos fundamentales en que se basa el material por aprender.</p>	<p>* Responde a preguntas sobre los temas tratados confirmando de esta manera la retención del conocimiento.</p>
<p>* Enfatizar sobre la utilización de los métodos anticonceptivos en el logro de un mayor periodo entre un parto y otro (mostrando rotafolio)</p>	<p>* Es mucho mas fácil aprender cuando lo aprendido va a ser importante.</p>	<p>* Ella aclara dudas sobre la platica y emite opiniones personales al respecto.</p>
<p>* Informar aspectos importantes sobre la varicela, por ejemplo: medio de transmisión, periodo de contagiosidad, manera de evitar la transmisión.</p>	<p>* El aprendizaje se facilita si el material para aprender se relaciona con lo que ya se sabe.</p>	<p>* Se encuentra menos aprehensiva después de la orientación; mostrándose mas segura de manejar adecuadamente la situación en casa.</p>

	<p>* El aprendizaje es mas sencillo cuando el material por aprender puede verse como parte de un todo.</p> <p>* Los modos de transmisión de los agentes infecciosos varia según su puerta usual de entrada.</p>	
--	---	--

## 7.PLAN DE ALTA

- Se proporciona orientación sobre aspectos importantes en su recuperación.
- Verificar las condiciones de la paciente antes de irse de alta a su domicilio.
  - Signos vitales estables.
  - Verificar peristaltismo intestinal.
  - Vaciamiento vesical.
  - Fondo uterino e involución uterina.
  - Características de loquios.
  - Características de lesiones cutáneas.
- Indicar cuidados en casa para evitar contagio.
- Indicar la importancia de mantenerse alerta respecto a la aparición de signos y síntomas de alarma.
- Enseñar la extracción manual de leche para evitar que se inhiba la producción.
- Se insistirá en que alimente a su hijo al seno materno e cuanto esto sea posible.
- Cuidado de las mamas al amamantar a su hijo.
- Orientar sobre la importancia de la higiene diaria.
- Proporcionar indicaciones sobre el cuidado de la herida quirúrgica.
- Hacer hincapié sobre una alimentación balanceada que cubra sus requerimientos nutricionales.
- Informar sobre la próxima cita al ginecólogo y pediatra.
- Recordarle acuda a su médico para revisión, toma de papanicolaou, solicitud de método anticonceptivo antes de iniciar nuevamente su vida sexual activa y despejar dudas al respecto.
- Explicar lo referente al tratamiento medico que se llevara a su domicilio.

## 8. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo a lo presentado, es posible concluir que el Proceso de Atención de Enfermería es elemento importante e indispensable en la labor de la enfermera debido a que nos permite brindar cuidados de Enfermería oportunos y específicos, jerarquizando y evaluando la respuesta del paciente a los mismos. En este caso específico se logra la recuperación de la paciente mediante la atención de cada aspecto demandante de cuidados de Enfermería.

En el aspecto nutricional la paciente adquiere los conocimientos sobre los cuatro grupos básicos de alimentos y la integración de éstos a una dieta balanceada, así como la repercusión en el establecimiento de la salud mediante la combinación con periodos de descanso de acuerdo con sus necesidades, logrando cubrir las horas de sueño mínimas requeridas para su bienestar.

Parte importante en la recuperación de un paciente operado es la movilización fuera de cama, logrando una pronta deambulaci3n asistida y posteriormente de manera independiente, llevándola al desempeño de una estancia hospitalaria en forma mas autónoma, efectuando su higiene personal sin necesidad ni dependencia de la enfermera; conociendo y aplicando los aspectos necesarios para evitar y prevenir la diseminaci3n de agentes infecciosos relacionados con la varicela; reforzando sus conocimientos adquiridos y disipando dudas respecto a los cuidados necesarios para evitar contagios en el hogar.

Se logra concienciar a la paciente sobre los riesgos que conllevan los embarazos con periodo intergenesicos cortos, así como la importancia de llevar a cabo la planificaci3n familiar y los beneficios de éstos en una mejor calidad de vida.

La enfermera profesional debe conocer y practicar el Proceso de Atención de Enfermería para que su labor sea completa, certera y eficiente. La manera de proporcionar cuidado integral al paciente es mediante la planeaci3n oportuna, precisa y completa del Proceso de intervenci3n.

## 9. GLOSARIO DE TERMINOS

**Aciclovir:** Es un análogo acíclico de la guanina, con actividad antiviral in vitro contra los virus Herpes Simples, varicela zoster, Epstein – Barr, citomegalovirus y Herpes virus humano 6.

**Aislamiento de pacientes:** Es la ubicación de pacientes con enfermedades transmisibles en áreas especiales dentro del organismo de salud, apartado del resto de pacientes y sometido a uso de utensilios, materiales de curación e implementos en general de uso hospitalario, lo mismo que recursos humanos, especiales diferentes a los usados de rutina para el resto de los hospitalizados.

**Ambiente hospitalario:** Conjunto de condiciones humanas, técnicas, físicas, químicas, biológicas, económicas y sociales que permiten la conservación de la salud o la recuperación del individuo en caso de enfermedad.

**Ambiente:** Medio en que vive el individuo, sea propicio o no para permitir su normal funcionamiento, desarrollo y bienestar.

**Anestesia:** falta de sensibilidad o sensación, puede producirse en forma generalizada o en un área específica del cuerpo

**Asepsia:** Ausencia de todos los microorganismos que producen enfermedad

**Búsqueda de virus:** Procedimiento que se utiliza para investigar la presencia de virus en sangre, líquido cefalorraquídeo, secreción nasal, heces, garganta, faringe, vesículas y postulas, costras y otras formaciones y tejidos del organismo.

**Cesárea:** Es la extracción de feto vivo o muerto a través de una incisión abdominal seguida de otra en la pared uterina (histerotomía). Cesárea se deriva del latín caedere, que significa "cortar".

**Circadianos:** Perteneciente o relativo a un período de aproximadamente 24 horas. Se aplica especialmente a ciertos fenómenos biológicos que ocurren rítmicamente alrededor de la misma hora, como la sucesión de vigilia y sueño.

**Contagio:** Transmisión de una enfermedad por contacto directo con enfermos o con sus secreciones o excreciones frescas.

**Enfermería:** La función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

**Entuerto:** Contracción uterina intermitente después del parto que presenta intensidad variable; cuando el útero experimenta distensión notable, como ocurre en los embarazos múltiples o en el polihidramnios.

**Individuo:** Sujeto que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila

**Infección:** Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos del cuerpo.

**Inflamación:** Respuesta localizada de protección del cuerpo a la lesión o destrucción de tejidos por la invasión de agentes infecciosos, sustancias químicas o medios térmicos o físicos.

**Patógenos:** Agentes que suelen causar infecciones en los seres humanos

**Proceso de atención de Enfermería:** Sistema de la práctica de la Enfermería en el sentido 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 o los problemas reales o potenciales de la salud.

**Puerperio:** Es la etapa del estado gravídopuerperal que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital del organismo materno se completa.

**Salud:** Capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de Enfermería, se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental / físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción en sus más altas cuotas

**Varicela:** Enfermedad viral causada por el virus varicela – zoster, generalmente precedido de síntomas generales leves, poco después seguidos de una erupción que aparece por brotes y que se caracteriza por máculas, papulas, vesículas y costras.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

Alfaro – Le Feure, Rosalinda; Aplicación del Proceso de Enfermería; Ed. Springer Verlay, Ibérica; cuarta edición, España, 1999.

Beischer M. Colditz. Obstetricia y Neonatología. Ed. Mc Graw Hill, México, 2000.

Benson M. Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. Ed. El manual moderno, México, 1985, séptima edición.

Berkow Robert. El Manual Merck. Ed. Interamericana, México, 1986.

Beverly Witter. “Tratados de Enfermería Practica.”Ed. Mc Graw Hill, México, 2000

Carpenito L. J. Planes de cuidados y documentos de Enfermería. Ed. Mc Graw Hill Interamericana, España, 1998.

Enciclopedia de la Enfermería. Ed. Océano, 1997.

Fernández C- El Proceso de Atención de Enfermería. “Estudios de casos”. Ed. Salvat, Barcelona, 1993.

Iyer – Patricia W.; Proceso y Diagnostico de Enfermería. Ed. Mc Graw Hill Interamericana, España, 1997.

Kozzier, Barbara, et, al, Enfermería Fundamental; Vol. I, II, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, España, 1993.

Leady, Susan, et, al, Bases conceptuales de Enfermería Profesional; Ed. OPS; Harperie Row Publisers; Estados Unidos de América, 1989.

López F. Aurea. “Aplicación del proceso de enfermería en el Hospital General Regional No. 220 del IMSS.” México, 2004.

Mandell, Douglas, Bennett. “Enfermedades Infecciosas. Principios y practica.” Ed. Medica Panamericana, 1997.

Marriner, Ann; Modelos y Teorías de Enfermería. Ed. Rol S.A., España, 1999

Ramírez A. Felix. Ed. “Obstetricia para la enfermera profesional”. Manual Moderno, México, 2002

Ramírez A. Feliz. Obstetricia para la enfermera profesional. Ed. Manual moderno, México, 2002.

Rodríguez S. Berta Alicia. Proceso enfermero. Ed. Cuellar, México, 2000.

Ruth F. Joanna. "Instrumentación quirúrgica, principios y practica." Ed. Panamericana. México, 2000

Scott R. James. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Ed. Mc Graw Hill, México, 2000.

Scholtis B. Lillian, Smith S. Doris. Manual de enfermería medico – quirúrgica. Ed. Interamericana, México, 1984.

Sharon J. Reeder. "Enfermería Materno – Infantil". Ed. Mc Graw Hill, 1995.