



**"UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO"**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**"PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UNA PACIENTE CON ALTERACIONES EN LA ELIMINACION RELACIONADO A UN PUERPERIO POR CESARIA ITERATIVA"**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**  
**P R E S E N T A :**  
**BETZABE ZARAHÍ DIEGO VENTURA**

DIRECTORA DEL TRABAJO: *Elvia Leticia Ramirez Toriz*  
ELVIA LETICIA RAMIREZ TORIZ



MÉXICO, D.F.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ABRIL 2005

1349038



SECRETARIA DE ASUNTOS EXTERIORES



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.

# “UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO”

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UNA PACIENTE  
CON ALTERACION EN LA ELIMINACION RELACIONADO A UN  
PUERPERIO POR CESAREA ITERATIVA.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PRESENTA:**

*Betzabe Zarahi Diego Ventura*  
BETZABE ZARAHÍ DIEGO VENTURA  
NO. DE CUENTA 95286084

  
ELVIA LETICIA RAMÍREZ TORIZ  
DIRECTORA DEL TRABAJO.

MEXICO, D . F .

ABRIL 2005.

## DEDICATORIAS

Primeramente quiero agradecerle a Dios por haberme ayudado a lo largo de todos estos años , para llegar a este momento de poder concluir mi carrera a pesar de muchos tropiezos y problemas , a ti gracias.

Segundo, quiero agradecer el apoyo de toda mi familia, como son: mi madre Yolanda Ventura, mi padre Gelacio Diego, mi hermano Juan Ventura, mi hermana Noemí Diego y a mi perro Romeo alias (puchi), por el apoyo que me brindaron a lo largo de toda mi carrera, a ustedes muchas gracias.

Tercero, quiero agradecer también a mi esposo Miguel Ángel Orihuela todo el apoyo que me demostró y brindo para que yo concluyera mi carrera ,a ti muchas gracias por todo.

Cuarto, quiero agradecer a todos los profesores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que colaboraron en la formación de mi carrera a lo largo de todos estos años ,a todos ustedes, gracias.

Quinto, quiero dar un agradecimiento muy especial a mi asesora Elvia Leticia Ramírez Toríz por la paciencia y apoyo que me brindo para la culminación de este trabajo, a usted profesora, muchas gracias.

Sexto, quiero dar las gracias a todos mis amigos( Minerva Solares, Antonio Ortega, Claudia Uvario, Diego Alonso, Pedro Samaniego, Hugo Flores, Gabriela Séinos, Marycarmen Martínez, y todos los demás, por haberme permitido conocerlos y convivir juntos a lo largo de estos años, gracias.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Diego Ventura  
Betzabé Zarahí

FECHA: 13- octubre - 2005

FIRMA: [Firma]

20 DE SEPTIEMBRE DEL 2005.

# ÍNDICE

<b>Título</b>	<b>Página</b>
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVOS	2
1.-METODOLOGÍA	3
2.-MARCO TEÓRICO	4
2.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA	4
2.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	5
2.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	7
2.4 EL EMBARAZO Y SUS CONSECUENCIAS	11
2.5 PERIODOS CLÍNICOS DEL TRABAJO DE PARTO	15
2.6 CESÁREA	16
2.7 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL PUERPERIO	29
3 PRESENTACIÓN DEL CASO	35
3.1 VALORACIÓN GINECOOBSTÉTRICA	36
3.2 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA H.	37
3.3 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA	40
4.- PLANIFICACIÓN DE NECESIDADES	41
4.1 JERARQUIZACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES	41
4.2 PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	42
5.- PLAN DE ALTA	52
6.-CONCLUSIÓN	62
7.-BIBLIOGRAFÍA	63
8.- ANEXOS	64

## INTRODUCCIÓN

El siguiente proceso de atención de enfermería esta enfocado hacia una paciente en puerperio quirúrgico por cesárea iterativa aunado a una alteración en la eliminación vesical, realizado en el Hospital General de Milpa Alta.

Dado que la resolución quirúrgica en los eventos obstétricos a través de la operación cesárea, constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la eliminación de la mortalidad materna y perinatal.

Los aportes científicos y tecnológicos que ocurrieron en el siglo XX, que permitieron la introducción de técnicas quirúrgicas con asepsia y anestesia confiables y de métodos sofisticados para la detección temprana del sufrimiento fetal agudo y crónico, contribuyeron de alguna forma por demás importante al incremento en el uso de la operación cesárea que se observó en la década de los años sesenta en todos los países alrededor del mundo.

Trayendo consigo consecuencias por el uso de métodos invasivos para el cuerpo humano, como son el uso de sondas, de material quirúrgico el uso de anestesia, lo que trae problemas posteriores de infecciones en la herida quirúrgica o en la zona genitourinaria haciendo difícil la pronta recuperación de la mujer que ha acabado de tener a su hijo.

Dándonos cuenta que se resuelven problemas gineco-obstétricos que se presentaban antes pero complicando otros aspectos en la mujer.

Por lo antes descrito se realiza el proceso de atención de enfermería identificando el problema en la eliminación vesical por lo que se decide llevar a cabo una valoración de enfermería obstétrica la cual permite identificar los problemas reales y potenciales de la paciente así como un plan de alta, incluyendo también la elaboración de diagnósticos de enfermería y plan de cuidados de una paciente en puerperio quirúrgico.

Por lo antes mencionado considero que es de vital importancia la realización de este proceso de atención de enfermería ya que nos apoya como un instrumento de trabajo en la realización de los cuidados de enfermería a las pacientes de gineco-obstetricia o lo que significaría lo mismo como una guía de trabajo a seguir.

## **JUSTIFICACIÓN**

Este proceso de atención de enfermería se justifica ampliamente ya que una de las alteraciones que se presentan durante el puerperio, es la afección al aparato genitourinario.

Es por eso que el profesional de enfermería debe conocer el tratamiento y cuidados de las personas antes del embarazo, durante el embarazo y en el transcurso del puerperio.

## **OBJETIVOS**

Valorar a la paciente de forma integral con base a sus necesidades, así como detectar el grado de dependencia de las mismas para la realización de los cuidados de enfermería.

Definir cuidados integrales dirigidos para un reestablecimiento de las funciones afectadas y ayudar a su pronta recuperación.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 DEFINICIONES DE ENFERMERÍA

Según Florencia Nightingale:

Es el uso apropiado del aire, la luz ,el calor, la limpieza y la tranquilidad de la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente.<sup>1</sup>

Según Virginia Henderson:

La enfermería consiste básicamente en atender al individuo (enfermo o sano) en la realización de las actividades que contribuyen a su salud a su recuperación (o a una muerte tranquila y que llevaría a cabo sin ayuda de nadie), si tuviera fuerza, voluntad o conocimiento, suficiente. Del mismo modo, la única contribución de la enfermería es ayudar al individuo a independizarse de tal asistencia lo más pronto posible.

El objetivo de la enfermería era sustituir al paciente en lo que le falta de fortaleza física, voluntad o sabiduría para hacerlo completo integro o independiente. <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Marriney Tomay, Ana. Modelos y teorías en enfermería. Ed. Harcourt Brace. 4ta. Edición. España. 1999. pág. 177

<sup>2</sup> N. Roper. Modelo de Enfermería. Interamericana, México. 1998. pág. 14 y 15.



## **2.2 DEFINICIÓN DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de atención de enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, un sistema de planificación en la ejecución y evaluación. Como todo método, el Proceso de Atención de Enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

- **Valoración:** Es la primera fase del proceso de enfermería, que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- **Diagnóstico de enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
- **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación:** Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

### **LOS OBJETIVOS.**

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, individualizándolas, así como a la familia y la comunidad.

Por otro lado también a identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad; establecer planes de cuidados individuales, familiares y comunitarios; actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

## **EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental).

En este rubro es la capacidad de aplicar un instrumento de valoración en este caso un cuestionario, que se emplea para tener información de la paciente según sus necesidades mediante el modelo de Virginia Henderson, y este es de manera directa a la persona afectada y/o a familiares.

° Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

Otra forma de obtener información es mediante la expresión corporal de la paciente por eso es importante saber observar, y valorar esta información, y plasmarlo en la valoración ya que es de mucha importancia.

° Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).

Después de lo anterior es importante proponer las estrategias a seguir para llevar a cabo una mejor planeación que sea eficaz y que ayude al paciente a tener una mejor recuperación, claro esta mediante las intervenciones que apliquemos según sus necesidades.

### **LAS VENTAJAS.**

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

### **PARA EL PACIENTE SON:**

Participación en su propio cuidado.

Continuidad en la atención.

Mejora la calidad de la atención.

### **PARA LA ENFERMERA SON:**

Se convierte en experta.

Satisfacción en el trabajo.

Crecimiento profesional.

### **LAS CARACTERÍSTICAS:**

Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.

Es sistemático: Implica partir de un planeamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería. 3

### 2.3 MODELO VIRGINIA HENDERSON

Henderson considera su trabajo más como una aserción filosófica que como una teoría, ya que el término teoría no se utilizaba en el momento en el que ella formuló sus ideas.

En su definición Henderson hace hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como de los sanos; fue una de las primeras teóricas que incorporó los aspectos espirituales al cuidado enfermero.

Según Henderson , la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila.

La independencia del paciente es un criterio importante para la salud.

Henderson identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero; la enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades.

Considerando las 14 necesidades básicas de forma conjunta, proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.

Estas necesidades están interrelacionadas entre sí ,son comunes a todas las personas y en todas las edades.

Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.

Lo que se altera no es la necesidad, si no la satisfacción y el grado de satisfacción es distinto para cada persona. Aunque no prioriza las necesidades las cinco primeras se consideran vitales.

#### 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

##### 1. Necesidad de oxigenación.

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco. Y al control de oxigenación.

##### 2. Necesidad de nutrición e hidratación.

La enfermera deberá conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos, etc.

##### 3. Necesidad de eliminación.

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

##### 4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye rehabilitación.

5. Necesidad de descanso y sueño.

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas.

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

7. Necesidad de termorregulación.

Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, por medio de ropas adecuadas así como evitar modificaciones o cambios en la temperatura. Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico.

El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9. Necesidad de evitar peligros.

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de sí mismo y de las personas que le rodean. La autoestima, también introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. Necesidad de comunicarse.

Abarcando a otras personas y a la facilidad de expresar sus emociones, necesidades, temores o sensaciones.

En la medida en la que fomenta las buenas relaciones del paciente, se promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse a sí mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no pueda ser cambiado.

11. Necesidad de vivir según creencias y valores..

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores.

Secreto de profesional.

12. Necesidad de trabajar y realizarse.

Aceptación del rol de cada uno.

13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14. Necesidad de aprendizaje.

Satisfacer la curiosidad, afán que conduce al desarrollo normal de la salud.

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente. 4

## **CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA ENFERMERO.**

### **PERSONA**

Es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad.

Se ve influida tanto por el cuerpo como por la muerte.

Esta enferma o sana y se esfuerza para obtener un estado de independencia.

Consta de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

Tiene unas necesidades básicas reales de supervivencia..

Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.

### **ENTORNO**

Henderson no lo define explícitamente.

Implica la relación que uno comparte con su familia.

También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados; Henderson cree que la sociedad quiere y espera de las enfermeras que proporcionen un servicio para los individuos incapaces de funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

Puede ser controlado por los individuos sanos, una enfermedad puede interferir con esta capacidad.

Puede afectar a la salud; los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.

### **SALUD**

Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas.

Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano. Requiere una fuerza, voluntad o conocimiento.

### **ENFERMERÍA**

Henderson lo define como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud a una muerte tranquila, la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevará a cabo estas actividades sin ayuda.

Ayuda a una persona a no depender de la asistencia tan pronto como sea posible o a alcanzar una muerte tranquila.

Requiere de trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud, las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de éste para proporcionar un cuidado holístico al paciente.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades; ésta opinión pionera, que consideraba el programa de licenciatura como el entrenamiento básico para las enfermeras, no fue adoptado por American Nurses Association hasta 1965.

Requiere un conocimiento de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar áreas de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas.

Ayuda al paciente a satisfacer 14 necesidades humanas básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente; Henderson identifica tres niveles de función enfermera: sustituta (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece las intervenciones clínicas) o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.<sup>5</sup>

## **LA SALUD INDEPENDENCIA –DEPENDENCIA**

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada ,con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

### **CONCEPTO DE INDEPENDENCIA**

Puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones necesarias o adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

### **CONCEPTO DE DEPENDENCIA**

Puede ser considerada como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

### **LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD**

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza: Interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas ,sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional , estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2. Falta de conocimientos: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3. Falta de voluntad: Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. 6

## **2.4 EL EMBARAZO Y SUS CONSECUENCIAS**

El organismo femenino posee un ritmo y una dinámica que le son propios; en él, la marea sube y baja en concordancia con el ciclo menstrual.

Durante el embarazo tienen lugar cambios muy complejos e incluso asombrosos, y se trata de fenómenos fisiológicos que suelen ser sumamente placenteros y agradables, de modo que la mujer percibe con gran agudeza el funcionamiento interno de su organismo, y de sus parámetros.

El embarazo es la manifestación más directa de la sexualidad en la mujer, y se acompaña desde sentimientos que van desde el orgullo y el éxtasis, hasta la repulsión y el rechazo.

La confirmación del embarazo generalmente ocurre durante el primer trimestre o en los inicios del segundo, y tal hecho se refuerza en el momento en que los movimientos fetales forman parte de la vivencia consciente de la gestación.

### **CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO EL APARATO CIRCULATORIO**

La frecuencia y el gasto cardíacos, así como el volumen total de sangre se incrementan desde los comienzos del embarazo.

Por lo cual el aumento en el volumen sanguíneo es de 45%, y alcanza su nivel máximo en las semanas 30 a 34 de la gestación, por lo que aumentan los eritrocitos en un 40% y el plasma disminuye a 55% hasta llegar al 30% a término del embarazo.

La hemodilución origina que el valor hematocrito disminuya un poco, de modo que el gasto cardíaco se incrementa en un 30 a 50 %.

Los ruidos cardíacos también experimentan cambios como resultado del desplazamiento del corazón, se inician entre las doce y veinte, y desaparecen una semana después del parto.

Los cambios cardiovasculares con toda probabilidad son resultado de la producción de hormonas.

Suelen tener cambios en la presión arterial como respuesta a las modificaciones en el gasto cardíaco, el volumen sanguíneo y el riego útero-placentario.

Las presiones sistólica y diastólica no deberán incrementarse en más de 10 mmHg durante el embarazo.

## **SISTEMA RENAL**

Los riñones aumentan de tamaño y de peso para hacer posible un mayor volumen de filtración y reabsorción. No tiene lugar un aumento real de la diuresis a pesar del aumento del 50 % del flujo. Los cambios aparecen por el aumento del GC, el descenso de la resistencia vascular renal, la expansión del volumen plasmático y otros cambios endocrinos, pelvis, cálices y uréteres están dilatados a causa de los estímulos hormonales y de la presencia física de una mayor carga de filtrado.

### **CAMBIOS HEMODINÁMICOS**

Los cambios hemodinámicos incluyen aumentos en la tasa de filtración glomerular, el flujo plasmático renal, excreción de aminoácidos y eliminación de vitaminas hidrosolubles. Tempranamente en el embarazo, también se elevan los niveles de excreción de creatinina, y hay un aumento de la reabsorción de sodio, cloruro y agua. Pueden aparecer indicios de glucosuria y proteinuria; de existir cantidades mayores habría que proceder a una investigación, porque podrían ser señal de otros trastornos. Los cambios de posición influyen sobre la función renal.

En la posición supina el útero comprime las venas y arterias renales, reduciendo el flujo eficaz. La mejor función se obtiene durante el reposo en posición lateral.

### **FRECUENCIAS DE LA MICCIÓN**

Algunas molestias urinarias corrientes proceden de las adaptaciones fisiológicas. La poliaquiuria aparecen normalmente en el primer y tercer trimestres. En el primer trimestre el agrandamiento del útero presiona o afecta a la vejiga, estimulando la sensación de necesidad de orinar aun cuando la vejiga no esté llena. Durante el segundo trimestre el útero sobresale de la pelvis hacia la cavidad abdominal, reduciendo la presión sobre la vejiga. Más tarde, durante el tercer trimestre, cuando tiene lugar el aligeramiento o descenso de la presentación fetal, el útero engrosado puede volver a comprimir la vejiga.

### **NICTURIA**

La posición horizontal para el sueño estimula el flujo renal, como resultado de que se produce más orina durante el reposo y el sueño.

Esto puede tener un efecto positivo en la reducción del edema en las extremidades inferiores, o puede ser un problema, porque el sueño se interrumpe varias veces durante la noche. La mujer puede decidir no tomar líquidos después de la cena para contribuir a reducir el número de veces que tiene que orinar durante la noche.

### **INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO**

Aunque sólo un pequeño número de mujeres se ven afectadas por infección sintomática del tracto urinario, muchas más mujeres pueden tener bacteriuria asintomática, o sea, bacterias en la orina. Los cambios del embarazo facilitan el crecimiento de bacterias a causa de: 1) obstrucción del flujo libre de la orina a causa de la presión del útero sobre los uréteres y 2) el efecto relajante de la progesterona sobre el músculo liso. La vejiga puede contener orina residual y los uréteres se curvan y se dilatan. El éxtasis de la orina suministra un medio para el crecimiento bacteriano.



Las actuaciones de enfermería consisten en enseñar a la mujer a beber cantidades suficientes de líquidos todos los días y a comunicar signos y síntomas de las infecciones del tracto urinario: disuria, dolor, hematuria y tenesmo vesical. Debido a que puede haber una fuerte relación con el parto pretérmino, algunos médicos tratan la bacteriuria con antibióticos.

Las hormonas (en especial la progesterona) que causaban dilatación ureteral ya no están presentes. Los uréteres dilatados necesitan un periodo más prolongado que el resto de las estructuras del tracto urinario para volver a la situación previa al embarazo.

El útero agrandado ya no comprime la vejiga y, por tanto, no causa micciones frecuentes. En lugar de ello, como consecuencia de la presión intraabdominal reducida y de la relajación de los músculos abdominales, la capacidad de la vejiga aumenta. Puede contener hasta 1.000 a 1.500 ml sin que haya molestias.

Puede producirse retención urinaria debido al estiramiento del suelo perineal unido a magulladuras y edema del trigono y del meato uretral. Durante el parto y el alumbramiento, el feto presiona sobre la vejiga, contribuyendo a la retención urinaria. Puesto que una vejiga llena puede conducir a relajación del útero y hemorragia subsiguiente, el personal de enfermería tiene que valorar la vejiga con regularidad durante el periodo de recuperación y animar y ayudar a la paciente a que orine.

El agua corporal de los espacios extravasculares y el exceso de volemia a causa del embarazo se eliminan con rapidez. Hacia el segundo día de posparto se presentan diuresis y poliuria. Se eliminan hasta tres litros de orina diarios durante algunos días. Esta propiedad fisiológica debe ser explicada a la paciente. En una semana, ella volverá a su patrón de micción anterior al embarazo, porque la diuresis disminuye y el tono muscular de la vejiga se recupera.

Puede aparecer glucosuria en el puerperio, principalmente causada por la presencia de lactosa. Igualmente, como consecuencia de los cambios catabólicos que tienen lugar en el útero, aparecen desechos nitrogenados en la orina. Estos cambios son fisiológicos durante la involución.<sup>7</sup>

4 Phaneuf, M. Cuidados de Enfermería. Interamericana, MacGrawHill, Madrid 1993, pág. 16 a 46.

5 Wesley, C. Teorías y modelos de Enfermería. McGrawHill, México, 1997, pág. 25

6 Fernández, Ferrn Carmen. El Proceso de Atención de Enfermería. Masson Salvat, Barcelona, 1993, pág. 5

7 Jean Dickason, Elizabeth. Enfermería materna infantil. Mosby-Doyma México 1995, págs. 158 y 159; 344 Y 345

## **MODIFICACIONES DE LOS ÓRGANOS GENITALES.**

La fecundación va seguida de cambios importantes en los órganos genitales femeninos.

Las trompas de Falopio experimentan alargamiento y, junto con los ovarios desplazamiento ascendente en el abdomen conforme se incrementa el tamaño del útero.

El incremento en la vascularidad de la vagina le confiere un color violeta, mientras que el cuello uterino presenta una consistencia blanda.

Por otra parte, en el orificio externo del cuello uterino se forma un tapón de moco espeso que protege el contenido uterino contra la infección.

El útero aumenta notablemente de tamaño a fin de alojar al feto en crecimiento, y pasa de ser un órgano con el tamaño y forma de una pera, y con peso de 50 gr, hasta casi 32 cm de longitud y peso de 1 kg.

La vascularidad de los órganos genitales experimenta un aumento importante, lo que, aunado a la presión que ejerce el peso del útero en crecimiento, suelen dar origen a varicosidades de la vulva y a una mayor sensibilidad a la estimulación sexual.

Los cambios en las glándulas mamarias son consecuencia en el incremento de la vascularidad, lo cual da origen a sensaciones de hormigueo, pesadez y sensibilidad anormal al tacto. El tamaño de las mamas aumenta la pigmentación de pezones y areolas aumenta se vuelve más oscura y los pezones se forman erectos con mayor facilidad.

El estrógeno origina crecimiento y ramificación del sistema de conductos de las mamas en el curso de la gestación.

## **MANIFESTACIONES DEL EMBARAZO**

### **SIGNOS DEL EMBARAZO**

Amenorrea.

Cambios en las mamas.

Hiperpigmentación.

Fatiga, náusea y vómito.

Poliaquiuria.

Percepción de movimientos fetales.

Crecimiento del abdomen.

### **PRUEBAS DE LABORATORIO**

Detección de la Gonadotropina Coriónica Humana en sangre y orina.

Ultrasonido

Signos neurovegetativos.

Ecosonograma.

Cardiotocografía. 8

## 2.5 PERIODOS CLÍNICOS DEL TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto es un fenómeno dinámico que pasa de una etapa a otra en forma insensible; sin embargo, se divide en:

- a) **PREPARTO:** Es la etapa de la formación del segmento uterino y de la maduración cervical.
- b) **PRÓDROMOS DEL TDP:** Es la etapa en que ocurre irregularidad en la dinámica uterina.
- c) **TDP:** Etapa en la que la dinámica uterina es regular y efectiva; consta de:
  - \* Primer periodo o fase de borramiento y dilatación cervical.
  - \* Segundo periodo o fase de expulsión del feto.
  - \* Tercer periodo o etapa de alumbramiento.

### PREPARTO

O fase de maduración cervical, durante este periodo frecuencia las contracciones Braxton-Hicks que se caracterizan por:

- a) Presentarse de manera irregular.
- b) Son indoloras.
- c) No siempre son perceptibles por la paciente.
- d) No se irradian a la región lumbosacra.
- e) No se modifican en un lapso breve.

### PRÓDROMOS DEL TDP

Es un periodo de transición entre el preparto y el trabajo de parto regular, se manifiesta por:

- a) Contracciones uterinas frecuentes, duraderas e intensas.
- b) Maduración de la cérvix.

### TRABAJO DE PARTO

Se divide en tres periodos:

- a) Comprende el inicio del TDP hasta la dilatación cervical completa.

Hay contracciones dolorosas, progresivas en frecuencia, intensidad y duración. El TDP bien establecido tiene tres contracciones uterinas en diez minutos con una duración de treinta a sesenta segundos.

Esto ayuda a modificar el cérvix produce el borramiento y dilatación. La ruptura prematura de membranas puede ocurrir en el momento en que la dilatación cervical es mayor de cuatro centímetros.

- b) Comprende desde el nacimiento del feto hasta la expulsión de la placenta y sus membranas. Nace la placenta se llama puerperio.

### ETAPAS DEL PARTO

- a) Fase latente: Existe actividad uterina regular, la dilatación no es mayor de cuatro centímetros, y puede durar hasta ocho horas.
- b) Fase activa: Existe actividad uterina, regulación, dilatación mayor de cuatro centímetros, y puede durar hasta cinco horas.

c) Fase de transición: Existe actividad uterina aumentada, el cuello uterino se dilata hasta tres centímetros por hora, dura hasta dos horas, y principalmente la mujer se inquieta mucho.

### **CONTRAINDICACIONES PARA SEGUIR CON EN TRABAJO DE PARTO**

- a) Cérvix desfavorable (larga, resistente y posterior)
- b) Presentación cefálica libre.
- c) Presentación pélvica o situaciones anormales.
- d) Actividades viciosas del producto (presentación compuesta).
- e) Sospecha o evidencia de desproporción feto-pélvica.
- f) Placenta previa.
- g) Sufrimiento fetal agudo.
- h) Cicatrices uterinas previas (cesáreas previas).
- i) Procúbito del cordón umbilical.

### **2.6 CESÁREA**

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el feto, vivo o muerto, a través de una incisión en la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a las 27 SDG.

Su frecuencia ha ido aumentando tanto por los problemas obstétricos son diagnosticados mejor y más tempranamente, resolviéndose de manera habitual por cesárea; como porque además, se han ido involucrando factores de otro tipo, no siempre muy éticos.

Es importante mencionar que en algunas instituciones se considera que los riesgos maternos en la cesárea son; de tres a cuatro veces mayores que en el parto. 9

### **TIPOS DE CESAREA**

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente:

- Primera : Es la que se realiza por primera vez.
- Iterativa: Es la que se practica en una mujer con antecedentes de una o más cesáreas previas.

B. Según indicaciones:

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que empiece el trabajo de parto.

C. Según técnica quirúrgica:

- Transperitoneal: Corporal o clásica.
- Segmento-corporal (tipo Beck)
- Segmento-arciforme (tipo Kerr)
- Extraperitoneal

## **TRANSPERITONEAL**

Corporal o clásica: la incisión se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea post-mortem y después de la cesárea se realizará una histerectomía.

Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.

Segmento-corporal: la incisión se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. las desventajas de esta técnica son similares a las observadas con la técnica corporal.

Segmento-arciforme o transversal: Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. la incisión transversal del segmento inferior tiene a ventaja de producir menos hemorragia, permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes, así como pocas adherencias post-operatorias.

## **EXTRAPERITONEAL**

La técnica extraperitoneal es de poco uso. Esta indicada en los casos de riesgo o presencia de infección ovular, pues evita la contaminación de la cavidad abdominal y del peritoneo. Existen variables prevesicales, supravesicales, y parasupravesicales. La principal complicación de la técnica es la lesión traumática de la vejiga durante la intervención quirúrgica.

### **INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA**

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: maternas, fetales o mixtas.

#### **A. CAUSAS MATERNAS.**

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica) .

- . Estrechez pélvica
- . Pelvis asimétrica o deformada
- . Tumores óseos de la pelvis

Distocia de partes blandas

- . Malformaciones congénitas

- . Tumores del cuerpo o segmento uterino, cerviz, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto
- . Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas
- . Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo de parto

Distocia de la contracción

Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)

#### B. CAUSAS FETALES.

- . Macrosomía fetal que condiciona desproporción céfalo-pélvica.
- . Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.
- . Prolapso del cordón umbilical.
- . Sufrimiento fetal.
- . Malformaciones fetales incompatibles con el parto.
- . Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal.
- . Cesárea post-mortem.

#### C. CAUSAS MIXTAS.

- . Síndrome de desproporción céfalo-pélvica.
- . Preeclampsia-eclampsia.
- . Embarazo múltiple.
- . Infección amniótica.
- . Isoinmunización materno-fetal.

### **INDICACIONES MÁS FRECUENTES DE LA OPERACIÓN CESÁREA.**

#### **CRITERIOS EN LA TOMA DE DECISIÓN**

Las principales implicaciones de la operación cesárea son:

1. Desproporción céfalo-pélvica.
2. Cesárea previa.
3. Sufrimiento fetal.
4. Ruptura prematura de membranas.
5. Presentación pélvica.

Aunque la ruptura prematura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas.

## DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA.

Condición de origen materno, fetal o mixto, dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción céfalo-pélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- . Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal, con buena actitud.
- . Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud
- . Pelvis y feto normales con relaciones feto-pélvicas ajustadas, después de una prueba de trabajo de parto infructuosa.

El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica. Se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.

### *Prueba de trabajo de parto.*

Es el procedimiento obstétrico a que se somete una parturienta con relación céfalo-pélvica límite y mediante su vigilancia y conducción, sin riesgo materno; tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables.

Toda prueba de trabajo de parto debe apegarse estrictamente a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y la decisión oportuna del momento de su terminación. En algunas instituciones la prueba de trabajo de parto se realiza en mujeres con cesárea previa pacientes con fetos en presentación pélvica.

### **A. Requisitos para iniciar la prueba.**

- . Embarazo a término.
- . Presentación cefálica abocada.
- . Dilatación de 4 centímetros o más.
- . Actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos).
- . Membranas rotas.
- . Buen estado materno y fetal.
- . Evacuación de vejiga y recto.

Al iniciar la prueba debe ser realizada una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un periodo determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante un partograma.

- . La presencia de meconio fluido no contra indica la prueba.
- . La analgesia/anestesia puede estar indicada a criterio del médico tratante.

### **B. Cuidados durante la prueba de trabajo de parto.**

- . Mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3-5 contracciones en 10 min.); según la etapa del trabajo de parto. Se emplearán oxitócicos si es necesario.
- . Auscultación cardiaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción. Monitorización electrónica siempre que sea posible.

- . Empleo de un apósito vulvar estéril para vigilar cambios en las características del líquido amniótico.
- . Tacto vaginal cada 2 horas para precisar: dilatación, grado de descenso de la presentación, rotación, flexión y modelaje de la cabeza fetal.

La prueba se suspenderá en caso de que exista falta de progresión del trabajo de parto en un periodo no mayor de 4 horas, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba.

## **CESÁREA PREVIA**

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos asociados a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación.

De acuerdo a estudios de Investigación recientes, la estrategia de ofrecer una prueba de trabajo de parto a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.

Se decidirá realizar la prueba de trabajo de parto, en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención, con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

*Contraindicaciones para la prueba de trabajo de parto en mujeres cesárea previa:*

- . Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento – arciformes.
- . Antecedentes de cesárea previa segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas.
- . Antecedente de cesárea previa reciente (menor a seis meses).
- . Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia.
- . Pelvis no útil clínicamente.

En embarazos pretérmino y postérmino, gemelares o con productos macrosómicos, se valorará cuidadosamente el caso.

### **PRECAUCIONES DURANTE LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA.**

#### **a) Primer periodo del parto (dilatación cervical):**

Estar debidamente preparados para realizar una cesárea de urgencia en un lapso menor de 30 minutos.



Vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal por medios clínicos: estetoscopio de Pinard o equipo Doppler, o preferentemente con medios electrónicos si se cuenta con este recurso.

Analgesia/anestesia a criterio del médico tratante.

El uso de oxitocina para la conducción, se decidirá únicamente en el segundo o tercer niveles de atención.

#### **b) Segundo periodo del parto (expulsivo):**

Se recomienda la aplicación profiláctica de fórceps o extractor de vacío bajo, en caso de contar con personal entrenado, a fin de abreviar el periodo expulsivo y evitar complicaciones maternas, aunque no se considera un requisito indispensable para permitir un parto por vía vaginal.

#### **c) Tercer periodo del parto (alumbramiento):**

Vigilancia estrecha del alumbramiento.

Revisión sistemática y cuidadosa de la cavidad uterina incluyendo la histerorrafia previa.

#### **d) Suspensión de la prueba de trabajo de parto**

La prueba de trabajo de parto deberá suspenderse bajo las siguientes circunstancias:

Sospecha de dehiscencia de histerorrafia.

Sufrimiento fetal agudo.

Falta de progresión del trabajo de parto.

### **SUFRIMIENTO FETAL**

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso muerte fetal.

Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical).

El concepto de sufrimiento fetal no es suficientemente preciso, por lo que se ha recomendado utilizar: "alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal", término que ayuda a describir clínicamente el tipo y severidad de las modificaciones que existen.

El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico. En su forma crónica se presenta antes del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoimmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia

severa, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligohidramnios. Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación.

### ***Sufrimiento fetal agudo***

El sufrimiento fetal agudo se establece generalmente durante el trabajo de parto y puede presentarse en una gran variedad de circunstancias relacionadas con problemas o accidentes propios del mismo, en un feto previamente normal, o bien, en un feto con sufrimiento fetal crónico que tiene un episodio agudo durante el trabajo de parto.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto se sustenta fundamentalmente en: alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, pudiendo acompañarse de la presencia o no de meconio y alteraciones del pH de la sangre capilar obtenida del cuero cabelludo fetal (en los centros que cuentan con este último recurso).

La sola presencia de meconio no es una indicación para la terminación inmediata del embarazo, este signo tiene valor para considerar la indicación de cesárea cuando se acompaña de alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal y cuando ocurren cambios en su coloración y densidad.

La frecuencia cardíaca fetal puede ser evaluada a través de varios métodos: auscultación clínica con estetoscopio de Pinard, equipo Doppler o mediante el registro electrónico con un cardiotocógrafo.

#### **a) Auscultación clínica**

En el caso de utilizar el estetoscopio de Pinard o el equipo Doppler se auscultará la frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después del acmé de una contracción uterina, a intervalos de 15 minutos durante el período de dilatación y de 5 minutos durante el período expulsivo.

**Se considerarán los siguientes parámetros para evaluar la frecuencia cardíaca:**

#### **Basal (normal)**

120-160 latidos/min.

#### **Bradicardia:**

Leve.- entre 110-119 latidos / min.

Moderada.- entre 100-109 latidos/min.

Severa.- por debajo de 100 latidos/min.

**Taquicardia:**

Leve.- entre 160 –169 latidos/min.

Moderada.- entre 170-179 latidos/min.

Severa.- mayor de 180 latidos/min.

Mediante la auscultación realizada por personal médico con experiencia, se pueden detectar alteraciones del ritmo de la frecuencia cardiaca fetal como: taquicardia, bradicardia y desaceleraciones.

Se considerará la realización de una operación cesárea, cuando exista la asociación de alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, detectada por medios clínicos y la presencia de líquido amniótico meconial, sobre todo si existieran cambios en la coloración y/o en la densidad de éste.

**b) Auscultación mediante cardiotocografía.**

En las unidades de atención que disponen de equipos de cardiotocografía se registrará la frecuencia cardiaca fetal y su relación con las contracciones uterinas.

- Bradicardia menor de 100 latidos/min. mantenida durante 5 minutos o más.
- Presencia de desaceleraciones tardías o del tipo II en el 30% o más de las contracciones.
- Desaceleraciones variables graves (menos de 70 latidos/min. de más de 60 seg. de duración) en el 50% de las contracciones.
- Variabilidad de la curva de 5 latidos/min. O menos por más de 30 min.
- Taquicardia mayor de 160 latidos/min. que persiste por más de 10 min.
- Patrón sinusoidal (con amplitud menor de 5 latidos/ min.), sin observarse movimientos fetales, ni aceleraciones.

Se considerará la operación cesárea cuando exista la asociación de dos o más de las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal antes señaladas.

**c) Alteraciones en el pH sanguíneo**

La determinación del pH sanguíneo fetal, en muestras obtenidas por punción del cuero cabelludo o cordocentesis, es un método que complementa el diagnóstico de sufrimiento fetal, pero al ser un procedimiento invasivo, no está exento de riesgos y complicaciones. Los valores de pH < 7.20 en el periodo de dilatación y de < 7.10 en el periodo expulsivo deben considerarse como indicador de acidosis fetal grave.

**Conducta ante la sospecha de sufrimiento fetal agudo**

El tratamiento inicial del sufrimiento fetal agudo deberá ser in útero dependiendo de las causas que lo originaron, por lo que es fundamental la identificación temprana del factor etiológico. La operación cesárea no es la primera opción terapéutica.

El manejo del sufrimiento fetal dependerá de la naturaleza de su origen:

- a) Si el factor causal es reversible:
  - Corregir adecuadamente la causa.

- \* Reanimación fetal intraútero.
- \* Una vez recuperado el feto, se puede continuar con el trabajo de parto bajo una estrecha vigilancia.

b) Si el factor es irreversible:

- \* Reanimación fetal intraútero.
- \* Resolución del embarazo por la vía más rápida y menos agresiva para el feto, una vez recuperadas las condiciones fetales.

### **Reanimación fetal intraútero.**

- a) Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo.
- b) Administrar oxígeno a la madre 8-10 litros/min., para aumentar la presión parcial de este gas en los tejidos fetales.
- c) Administrar a la paciente solución glucosada al 10% en venoclisis con un goteo de 60 por minuto, excepto en pacientes diabéticas descompensadas las cuales se hidratarán con otra solución.
- d) Disminuir la contractilidad uterina.
  - \* Suspender la oxitocina en los casos en que se estuviera utilizando.
  - \* Utilizar fármacos útero-inhibidores de ser necesario: (terbutalina, fenoterol entre otros), con vigilancia estrecha de signos vitales.
- e) Vigilancia estrecha de la frecuencia cardíaca fetal (el feto se recupera aproximadamente a los 30 minutos de iniciada la reanimación).

Antes de decidir realizar una operación cesárea por sufrimiento fetal agudo, se asegurará que la reanimación fetal ha sido efectiva, descartando la posibilidad de muerte fetal.

### **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

Es la salida de líquido amniótico, a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares, en embarazo mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs. antes de inicio del trabajo de parto.

#### **Diagnóstico**

El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico como: la compresión del fondo uterino con una mano, mientras con la otra se rechaza ligeramente la presentación (maniobra de Tamier) o se le indica a la paciente que puje (maniobra de Valsalva); en algunas ocasiones puede ser difícil establecer el diagnóstico y se requiere del apoyo de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

#### **EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE**

Los exámenes de laboratorio consisten en el análisis de la muestra del líquido amniótico, tomada del fondo de saco vaginal posterior, en el que se determina: pH, cristalografía, identificación de células naranjas y si es factible, fosfatidilglicerol, alfafetoproteína y fibronectina fetal.

Los estudios de gabinete incluyen: ultrasonido para determinar la cantidad de líquido amniótico y amniocentesis, adicionando algún colorante (indigo carmin o

violeta de genciana) y la colocación de apósito vaginal para corroborar la ruptura de membranas a través de su tinción.

### **Conducta ante la ruptura prematura de membranas**

La conducta obstétrica en estos casos depende de:

- \*Tiempo de evolución de la ruptura.
- \*Sospecha o certeza de infección .
- \*Edad gestacional y madurez fetal.
- \*Condiciones obstétricas.

Quando no existe evidencia de infección, se realizará un manejo conservador de la paciente, que deberá incluir: estrecha vigilancia clínica, limitando la práctica de tactos vaginales y la realización de exámenes de laboratorio y gabinete para la detección oportuna de signos y síntomas de infección amniótica y en casos específicos, se requerirá de antibioticoterapia profiláctica y esquema de maduración pulmonar. En general, la atención de la embarazada en estos casos, requiere que la unidad de atención cuente con servicios especializados para la atención del neonato. En aquellos casos en que la ruptura de membranas ocurra entre la semana 26 y 32, se valorará el uso de útero-inhibidores.

La conducta obstétrica en los casos de ruptura prematura de membranas, es la siguiente:

- a) Menor de 26 semanas de gestación: interrupción del embarazo por vía vaginal con el consentimiento de la mujer.
- b) Entre 26 y 28 semanas de gestación: cuando se cuente con los recursos mínimos para la atención del neonato, se realizará operación cesárea; cuando no se cuente con éstos, preferentemente se buscará el traslado de la paciente a otro nivel de atención, si no es posible. la vía de elección para la resolución del embarazo será vaginal.
- c) Entre 29 y 32 semanas de gestación: se realizará operación cesárea.
- d) Entre las semanas 33 y 36 de gestación: se valorarán las condiciones obstétricas y se resolverá el embarazo por la vía más favorable.
- e) De la semana 37 en adelante: sin trabajo de parto, con el feto en presentación cefálica, flexionada y sin sufrimiento fetal, se inducirá maduración cervical con prostaglandinas durante 12 hrs. con una inductoconducción subsecuente del trabajo de parto con oxitocina. En caso de que no se cuente con prostaglandinas, se mantendrá una actitud expectante durante 24 hrs. en espera del inicio espontáneo del trabajo de parto, de no suceder esto, se procederá a la inducción del trabajo de parto con oxitocina.

En caso de que se sospeche infección, debe tomarse una muestra de líquido amniótico para cultivo y antibiograma, y establecer un esquema de antibioticoterapia, de acuerdo a los protocolos del Comité para el uso racional de antibióticos de la unidad hospitalaria, además está indicado resolver inmediatamente el embarazo, independientemente de la edad gestacional y del grado de madurez pulmonar fetal.

Una vez realizado el diagnóstico de corioamnionitis, no existe un plazo temporal para la terminación del embarazo con el fin de evitar complicaciones fetales y maternas; sin embargo, la insistencia en intentar un parto vaginal en estas pacientes puede resultar potencialmente peligrosa; la conducta propuesta es no esperar más de 6 horas después de establecido el diagnóstico.

### **PRESENTACIÓN PÉLVICA**

La presentación pélvica ocurre en el 3-4 % del total de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo explosivo).

El parto vaginal en presentación pélvica se permitirá únicamente bajo ciertas condiciones:

- \* Experiencia del médico en la atención del parto en presentación pélvica.
- \* Antecedentes de cuando menos un parto vaginal previo.
- \* Embarazo a término.
- \* Pelvis clínicamente útil.
- \* Inicio espontáneo del trabajo de parto.
- \* Variedad de presentación franca de nalgas, con buena actitud de la cabeza y de los miembros superiores.
- \* Presentación en un segundo o tercer plano de Hodge.
- \* Peso fetal estimado entre 2300 y 3600 gramos.
- \* Bolsa amniótica íntegra.
- \* Posibilidad de monitoreo electrónico de la frecuencia cardiaca fetal y de las contracciones uterinas.

La versión cefálica externa, ha sido recomendada como una opción en la atención de la presentación pélvica, sin embargo Su utilización requiere de personal médico entrenado en esta técnica.

### **COMPLICACIONES**

Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma:

- \* Trans-operatoria.
- \* Post-operatoria.

a) **Transoperatorias:** estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos.

Complicaciones maternas: hemorragia. Lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, uréter, así como tromboembolismo de líquido amniótico y prolongación de la histerorrafia. La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que pueden ser respiratorias: hipoventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, broncoaspiración, broncoconstricción, paro respiratorio. Absorción masiva de anestesia, y cardiovasculares: hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardiaca y paro cardíaco.

Complicaciones fetales: traumatismos, broncoaspiración, depresión respiratoria.

b) **Postoperatorias:** Estas complicaciones dependen del momento de su presentación y pueden ser:

1) **Inmediatas:** Hemorragia, hematoma, lesiones en vejiga, uréter, intestino e ileoparalítico

2) **Mediatas:** Infección puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, retención de restos placentarios o membranas, dehiscencia de la histerorrafia entre otras.

3) **Tardías:** Ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos adherenciales.

### ANTIBIOTICOTERAPIA EN LA OPERACIÓN CESÁREA

Como en otras intervenciones quirúrgicas, la realización de la operación cesárea conlleva riesgo de infección; la frecuencia y severidad de las infecciones depende de las condiciones en las que se realiza y con base en esto, puede considerarse como:

A) Limpia

b) Contaminada

c) Séptica

a) **Limpia:** Se considera que una operación cesárea es limpia cuando se realiza en condiciones asépticas, sin defectos de la técnica, ni lesiones en los aparatos gastrointestinal o urinario. No hay reacción inflamatoria en la cavidad uterina, no está contaminada. En ésta no hay necesidad de utilizar antibióticos.

b) **Contaminada:** Se considera de este modo cuando existen:

Trabajo de parto de más de 6 hrs.

Más de 6 tactos vaginales.

Membranas rotas entre 6 y 24 hrs.

Antecedentes de amniocentesis o instrumentaciones.

Alto grado de dificultad en la técnica quirúrgica.

Anemia severa (Hb menor de 9 mg./dl).

Líquido amniótico meconial.

Se utilizarán antibióticos de manera profiláctica desde el momento en el que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical.

c) **Séptica:** Cuando hay evidencia de infección clínica, supuración o presencia de materia fecal, en esta categoría se incluyen las cesáreas con uno o más de los siguientes factores:

\* Cuadro febril.

\*Líquido amniótico fétido o caliente.

\*Ruptura de las membranas ovulares de más de 24 hrs.

\* Cesáreas con alto grado de dificultad en la técnica quirúrgica.

La antibioticoterapia se mantendrá por vía endovenosa 72 hrs. y se completará el esquema según la evolución de la paciente, si ésta es desfavorable, se revalorará la conducta y se adecuará el tipo de antibiótico, de acuerdo a los protocolos del Comité para el uso racional de antibióticos de la unidad hospitalaria.

## REQUERIMIENTOS PREOPERATORIOS

La orientación y consejería en salud reproductiva se deberá iniciar desde la etapa prenatal, haciendo especial énfasis en la prolongación del periodo intergenésico y promoviendo la lactancia materna y el alojamiento conjunto. Estas acciones deberán reforzarse al ingreso de la paciente y durante su estancia en la sala de labor.

Antes de la operación cesárea deberán cubrirse los siguientes requisitos preoperatorios:

\*Historia clínica perinatal completa, incluyendo exámenes de laboratorio y gabinete.

\*Consentimiento informado de la mujer o de un familiar responsable, y firma de la autorización para realizar la operación cesárea. Previamente se informará a la paciente el motivo de la operación cesárea, así como los riesgos que esto implica, en el caso de que la paciente opte por un método anticonceptivo transcesárea o postcesárea se recomendarán aquellos que no interfieran con la lactancia materna (dispositivo intrauterino medicado con cobre, oclusión tubaria bilateral o anticonceptivos hormonales que sólo contienen progestina) y se deberá contar con el consentimiento informado de la mujer. En el caso de la oclusión tubaria bilateral, por ser un método anticonceptivo permanente se requiere además la firma de consentimiento de la paciente en el formato institucional específico, de acuerdo a los Lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.

\*Nota preoperatoria en el expediente clínico en la que se fundamente la indicación de la operación cesárea; se dejará constancia de haber solicitado una segunda opinión, firmada por los gineco-obstetras responsables.

La decisión de la mujer de que se le practique oclusión tubaria bilateral en la resolución del embarazo no constituye, por sí misma, una indicación para realizar una operación cesárea

## CUIDADOS PREOPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS

Los cuidados preoperatorios incluyen:

\* Valoración pre-anestésica.

\* Ayuno preoperatorio de 8 hrs. o más (cuando el caso lo permita).

\* Rasurado suprapúbico y aseo completo, con especial énfasis en la vulva y perineo.

\* Colocación de sonda vesical.

\*Disponibilidad de sangre segura y compatible.



Los cuidados post-operatorios consistirán en:

- \*Medición horaria de signos vitales, durante las primeras 4 hrs. y posteriormente cada 8 hrs. hasta el alta de la paciente.
- \* Vigilancia de la diuresis durante las primeras 12 hrs. y del inicio de la micción.
- \*Espontánea, después de retirar la sonda vesical.
- \* Administración de líquidos por vía oral después de 12 hrs.; una vez iniciado el peristaltismo intestinal se indicará dieta blanda.
- \* Deambulación paulatina a partir de las 12 hrs. de post-operatorio.
- \* Estrecha vigilancia de la hemorragia transvaginal.
- \* Reforzamiento de la orientación conferencia en salud reproductiva.
- \* Retiro de puntos de sutura a los 7 días.

## **2.7 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL PUERPERIO**

Periodo de seis a doce semanas desde el final del parto hasta la involución del útero y la curación de las estructuras pélvicas.

### **Cambios anatómicos y fisiológicos.**

#### **A. ÚTERO**

1. Tamaño y posición después del parto:

a) El fondo es firme, globular y contraído, y se palpa por lo general a la altura del ombligo, si la vejiga no está distendida.

b) Peso habitual de 1.000 gramos;

2. Después del parto, el útero desciende hacia la cavidad pélvica, aproximadamente 1 cm diario. Cerca del décimo día, el útero por lo general ya no se palpa.

3. Al final del puerperio, el peso del útero suele ser de 40-60 gr.

4.El proceso de la involución se logra mediante:

A) Autólisis de las proteínas de la mucosa uterina. Los productos de desecho se eliminan por la orina, produciendo albuminuria;

B) Dos capas de decidua participan en la involución:

(1) Una de ellas se expulsa en forma de loquios.

(2) La capa subyacente se convierte en cubierta endometrial.

(3) Todo el endometrio se ha restituido al final de tres semanas.

C) Sitio placentario se regenera por completo después de seis semanas.

D) Los vasos uterinos disminuyen de tamaño;

E) El útero bien contraído produce hemostasis de los vasos maternos, con lo que se controla la hemorragia.

F) Después del parto, el útero es un órgano muy táctil y responde al masaje con contracción.

G) La involución se presenta con más rapidez en primíparas o madres que lactan a sus hijos, a causa del tono muscular aumentando en la primípara y la liberación de oxitocina durante la lactancia.

H) Factores que retardan la involución:

°Multiparidad.

°Situaciones que producen sobredistención del útero:

-Hidramnios

-Producto grande.

°Infección.

°Retención de membranas o de placenta.

°Deficiencias hormonales.

I) Cuando el útero no recobra su tamaño normal, se habla de su involución.

## **B. CÉRVIX**

Inmediatamente después del parto, la cérvix se encuentra blanda, parcialmente abierta; después de una semana el músculo se empieza a regenerar y ya no se puede introducir el dedo, las heridas pequeñas pueden cerrar espontáneamente o requerir cauterización; el orificio externo permanece algo más amplio que el de la nulipara.

## **C. LOQUIOS**

Contiene sangre del sitio placentario, decidua, secreciones cervicales, células epiteliales y bacterias:

1. Loquios rojos: 1-4 días; rojo brillante:

a) si persiste por más de dos semanas, puede indicar retención de placenta de membranas.

2. Loquios serosos: 4-10 días; de coloración pardo brillante.

3. Loquios blancos: 10-14 días; secreción blanquecina debido al aumento de leucocitos.

4. No debe ser excesivo, escaso (rojo) o de color fétido; 5. después del parto se pueden expulsar coágulos.

## **D. PERINEO**

Disminuye la distensión nunca regresa al estado heridas, roturas, suturas abdominal vaginal, pero el tono muscular preparto; hay cicatrización residual de las heridas y roturas, suturas y tumefacciones.

## **E. PARED ABDOMINAL**

Durante algún tiempo suave y blanda; las estrías se desvanecen hacia una coloración plateada, pero siempre permanecen, diastasis de los músculos abdominales, que puede ocurrir por pérdida del tono muscular.

## **F. APARATO URINARIO**

La dilatación ureteral desaparece en dos semanas, la diuresis aumenta del segundo al quinto día, por excreción del líquido extracelular; la orina puede contener cantidades aumentadas de acetona (degradación de hidratos de carbono), nitrógeno y albúmina (Autólisis proteica del útero) y lactosa de la producción de las glándulas mamarias, la uretra y los uréteres se dilatan y edematizan ligeramente.

## **G. MAMAS**

Inmediatamente después del parto son blandas, los niveles elevados de estrógenos y progesterona secretados por la placenta, inhiben la secreción de la hipófisis anterior de prolactina (hormona lactogénica): después de la salida de la placenta desaparece la inhibición y se secreta prolactina que estimula la producción de la leche:

La administración de estrógenos o andrógenos por vía IM suprime a las hormonas lactogénicas en pacientes que no desean la lactancia, a los cuatro días del posparto, se puede producir el aumento de volumen de las mamas producido por la estasis de las secreciones linfática y venosa, ocurren diversos grados de ingurgitación; en el tipo más intenso, las mamas están tumefactas, duras, rojas y dolorosas.

## **H. SANGRE**

Disminuye después de alguna hemorragia en el parto, la hemodilución de la sangre está disminuida en la primera semana del posparto hasta la excreción acuosa por los riñones y piel aunque puede haber anemia moderada por la pérdida de sangre. Durante el trabajo de parto e inmediatamente después del parto, hay leucocitosis, y los niveles de fibrinógeno están aumentados, inmediatamente después del parto, la frecuencia del pulso disminuye.

## **I. PÉRDIDA DE PESO**

Suele ser de 4.5-5.4 kg inmediatamente después del parto; en forma gradual se pueden perder 5.9 kg después de la pérdida inicial; la pérdida de peso debe ser:

- ° Aparte del producto y la placenta.
- ° Disminución de la hemodilución de la sangre (hidremia).
- ° Excreción de los líquidos retenidos.
- ° Involución uterina

Aunque vuelve a su peso normal, la paciente puede lucir como obesa debido al mal tono de los músculos abdominales.

## **J. PIEL**

Gradualmente desaparece la máscara del embarazo, la línea negra se oculta pero no desaparece, las estrías cambian de color pero permanecen la areóla primaria puede que nunca recobre su color original y la areóla secundaria desaparece en tres meses.

## **K .HORMONAL**

La mujer no lactante:

- ° Ovulación en el término de 3-6 semanas.
- ° Menstruación de 5-8 semanas.

La mujer lactante:

La recuperación del ciclo menstrual es variable; se puede retardar hasta el destete debido a esta variación, la lactancia no es un método anticonceptivo de confianza.

## **FISIOLOGÍA DEL PUERPERIO**

Factores que influyen a la adaptación del nuevo rol.

Cambios en el metabolismo:

- ° Disminución marcada de los niveles normales de estrógenos y progesterona.

El nuevo sentido de responsabilidad que puede estar influido por:

- ° Madurez de los padres.
- ° Temor al fracaso de fingir en el papel ideal de padre o madre.
- ° Escasos conocimientos sobre el recién nacido.
- ° Problemas económicos.
- ° Relaciones maritales.

Atención divergida de la madre al bebé.

El desarrollo del instinto maternal y el apegamiento puede estar retardado:

La analgesia y anestesia que evitan el experimentar el proceso del nacimiento y la separación inmediata entre la madre y el niño, pueden ser factores de este retardo.

En casos de madres solteras el sentimiento de culpa, vergüenza y sentimientos, de hostilidad de la madre hacia el niño al presentarse pueden influir en las relaciones madre-hijo.

Etapas en el ajuste al nuevo rol.

Inmediatamente después del parto existe una imperiosa necesidad de dormir, que si se interrumpe, produce a la paciente hambre de sueño:

Después del nacimiento natural, la madre puede estar tan emocionada que no se percata de su gran fatiga.

Clasificación de las etapas de la restauración puerperal, de acuerdo a Reva Rubin(1961):

### **1. Etapa de sumisión:**

Con duración de dos a tres días; la madre se encuentra pasiva e independiente, expresa sus propias necesidades más que el niño, se deben satisfacer sus propias necesidades, también requiere cuidados físicos y atención a sus cuidados emocionales; expresa verbalmente sus reacciones al parto, de tal forma que se pueda integrar la experiencia termina la relación simbiótica y se debe empezar a reconocer al niño como un individuo.

### **2. Etapa de aceptación:**

Comprende del tercero al décimo día, la madre hace todo lo posible por su un dependencia y autonomía (desea cuidarse y cuidar a su niño) comienza la actividad vigoroso elemento de ansiedad, inseguridad del papel maternal e inseguridad de la capacidad para los cuidados físicos del niño.

Desarrolla responsabilidad y sentimientos maternales, la madre puede experimentar cambios de humor súbito y repentino, porque puede tener sentimientos ambivalentes para el producto, curiosidad e interés en los cuidados del niño.

Este estado es de máximo aprendizaje de cosas nuevas.

### **3. Etapa de liberación:**

Dos semanas después del parto hasta por varios meses, se percibe al lactante como un individuo separado de su madre; ambos cónyuges se adaptan al nuevo rol de padres se presentan sentimientos ambivalentes acerca de la paternidad y de su habilidad para el nuevo rol.

Los padres intentan realizarse y adaptarse a los cambios que trae consigo en su estilo de vida, el papel de ser padres.

### **CUIDADOS MATERNOS DURANTE EL PUERPERIO.**

En el servicio de recuperación permanecerá 4 horas, durante las cuales tendrá especial atención en:

- ° Control periódico de signos vitales.
- ° Vigilancia del estado de conciencia según tipo de anestesia.
- ° Vigilancia de los loquios.
- ° Vigilancia de la herida quirúrgica.

En el servicio de hospitalización permanecerá de 48 a 72 horas, según la evolución:

Los cuidados que se tendrán aquí son:

- ° Comienzo de la deambulación precoz.
- ° Vigilancia de la micción espontánea, previo retiro de zona vesical.
- ° Vigilancia de la evacuación intestinal, administración de laxantes si es necesario.
- ° Proporcionar una dieta rica en carbohidratos, leguminosas y muchos líquidos.
- ° Vigilancia de la cicatrización adecuada de la herida quirúrgica así como de la detección temprana de signos de infección.
- ° Administración de analgésicos para disminución del dolor por la herida quirúrgica.
- ° Seguir vigilando los loquios y su evolución así como signos de infección.
- ° Vigilancia de la involución uterina.
- ° Tener los cuidados necesarios para la higiene de las mamas.
- ° Practicar el hacer diariamente la limpieza general de la paciente, con el baño diario con cambio total de ropa.
- ° Realización del vendaje abdominal.

Al egreso del hospital prestar atención a los puntos anteriores.

Es conveniente que después de 15 días practique ejercicios ligeros de gimnasio para que los músculos abdominales recuperen su tono normal así como el retiro paulatino del vendaje abdominal.

Citar a la paciente a los 7 días de su egreso para el retiro de puntos de la herida.

### **EXAMEN POSNATAL**

Realizar un examen clínico de control a la sexta semana (40 días) después del parto y se recomienda:

- 1) Aspectos generales.
  - Conocer la presión arterial.
  - Medir el peso corporal.

- 2) Exploración mamaria.  
Ver la cantidad y la calidad de la lactancia.  
Descartar nódulos y tumoraciones.
- 3) Exploración abdominal.  
Descartar hernias, tumoraciones, dehiscencias o dolor.
- 4) Examen vaginal  
Inspección perineal; leucorrea, várices.  
Tacto vaginal: tamaño, forma, posición y consistencia de útero.  
Tamaño y posición de los ovarios.  
Descartar la posibilidad de patología diversa.  
Inspección dinámica: valorar el estado que guardan las estructuras pélvicas al esfuerzo (cistocele, rectocele).  
Es conveniente practicar una citología vaginal posteriormente.

#### **ANTICONCEPTIVOS Y ESTERILIZACIÓN.**

La oclusión tubárica bilateral (O.T.B.) en el puerperio inmediato es recomendable por ocasionar menos molestias a la paciente que desee este método definitivo de planificación familiar.<sup>11</sup>

11 Fresner, Arlyne. Enfermería Materno Infantil. El Manual Moderno. México 1984. págs. 217 a 239.

### 3. PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenina de nombre C.M.S. de 26 años de edad, de estado civil casada, de religión católica, se dedica al hogar, nació en el estado de Michoacán pero radica actualmente en Santa Cecilia Xochimilco, vive con su esposo, su hija, y los padres de su esposo, con estudios académicos hasta primer año de secundaria.

Su casa es propia, de paredes de tabique, techo de láminas, piso de cemento cuenta con adecuada iluminación y ventilación, además cuenta con los servicios básicos de agua, luz y drenaje.

Niega la presencia paterna de enfermedades crónico-degenerativas.  
Niega la presencia materna de enfermedades crónicas -degenerativas.

Acude al Hospital General de Milpa Alta donde se le realiza una valoración gineco-obstétrica mediante la cual se llega a la conclusión de que tenía que pasar al servicio de labor en donde se le realiza una segunda valoración llegando a la resolución de realizar la inducción; aproximadamente dos horas después de esto no hubo evolución del trabajo de parto por lo que se le realiza una tercera valoración determinando interrupción del embarazo por medio de una cesárea iterativa.

La cesárea se lleva a cabo el día 26 de abril del 2004, por lo cual la preparan para la misma, en donde se obtiene producto único, vivo de sexo femenino que respira y llora al nacer, con un peso de 3.500 kg Y con una calificación apgar de 8-9 y meconio de +.

### 3.1 VALORACIÓN GINECO - OBSTÉTRICA.

Con amenorrea a los 15 años de edad, con ciclos menstruales de 28 por 5, sin presencia de coágulos, ni dolor, y no toma ningún medicamento para esto.

Con inicio de vida sexual activa a los 23 años, con una sola pareja sexual sin circuncisión, con uso del ritmo como método de planificación familiar, con 3 gestas 0 partos, 3 cesáreas y 0 abortos.

Con fecha probable de parto el 8 de mayo del 2004 y fecha de última regla el 1 de agosto del 2003.

Cuenta con 5 consultas prenatales y toma de vitaminas y fumarato ferroso como complemento alimenticio.

Refiere haber cursado su embarazo con infecciones urinarias al último trimestre de su embarazo controlándose con óvulos de las cuales no recuerda nombres, pero no obtiene resultados y no mejoran las molestias continuando actualmente ardor, dolor y tenesmo al orinar.

Se encuentra en el servicio de hospitalización cursando su primer día de puerperio quirúrgico inmediato, tranquila con palidez de tegumentos, semihidratada, sus pezones son formados, cilíndricos, y lactopoyesis inicial positiva con presencia de calostro, abdomen blando depresible sin presencia de dolor al momento de la exploración, con presencia de herida quirúrgica tipo Kerr en hipogastrio la cual se encuentra con planos confrontados, limpia, sin presencia de sangre o secreción purulenta, inolora, en proceso de cicatrización, aunque ella refiere dolor tipo punsátil, continuo que aumenta a la movilización en la herida quirúrgica.

Con involución uterina por debajo de la cicatriz umbilical y presencia de entuertos, con presencia de loquios moderados en cantidad, hemáticos, sin presencia de coágulos, no fétidos.

Al momento de miccionar refiere ardor, dolor, y tenesmo.

Los miembros superiores no presentan alteraciones mientras que los miembros inferiores presentan edema y prurito ligero.



### **3.2 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

#### **1 .Necesidad de oxigenación.**

No presenta dificultad para respirar, niega tabaquismo, no hay presencia de secreciones, con llenado de capilar 2", sin presencia de cianosis, y con frecuencia de 22 respiraciones por minuto.

Presenta palidez de tegumentos .

#### **2. Necesidad de nutrición e hidratación.**

Refiere que su alimentación comprende carne, pollo, pescado, agua, jugos, refresco, pan ,tortillas, pastas, verduras, y dulces, con tres comidas al día.

Con aumento de peso durante el embarazo de 10 Kg. no presenta intolerancia alimenticia o alergias, no realiza ejercicio y utiliza el fumarato ferroso y el ácido fólico como complemento alimenticio.

En el puerperio permanece en ayuno con ligera palidez de tegumentos, semihidratada, al inicio de la vía oral , comenta cólicos abdominales después de comer.

#### **3. Necesidad de eliminación.**

Con hábitos intestinales , evacuación dos veces por día, de heces de consistencia dura, a la eliminación vesical refiere disuria y dificultad para iniciar el chorro de la orina con inicio de la sintomatología desde el tercer trimestre de embarazo y hasta el momento de aplicación de esta valoración.

Comenta el tratamiento del malestar con óvulos y pastillas sin haber mejoría de los síntomas, suspendiendo el tratamiento hasta después del parto, no recuerda nombres de los medicamentos.

Explica no haber cementado estos síntomas al médico porque se le olvidaron y además le dio pena.

#### **4. Necesidad de termoregulación**

Se reporta durante su ingreso al servicio con una temperatura de 36.5 °C , tiene poca transpiración, con piel templada, no diaforética, con habitación bien ventilada y no refiere ningún problema.

#### **5. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.**

Comenta que no realiza ningún tipo de actividad física, no tiene ninguna limitación física y no usa ningún tipo de prótesis.

A la exploración se encuentra consciente con funcionamiento neuromusculo-esquelético normal, tiene adecuada motricidad y sensibilidad, su postura no es buena, tiene problemas para deambular, por presencia de dolor en la herida quirúrgica lo cual la limita en sus movimientos necesitando de ayuda para realizar sus actividades.

#### **6. Necesidad de descanso y sueño.**

Refiere sentirse cansada al levantarse, con presencia de ojeras y bostezo, lo relaciona por presentar edema de miembros inferiores y prurito, además de las demandas del recién nacido, se le observa cansada.

### **7. Necesidad del uso de prendas de vestir adecuadas.**

Ella refiere que es autosuficiente en lo que se refiere a su vestuario, se viste y se desviste sola, no usa pañal, aunque en este momento necesita de ayuda para vestirse y desvestirse por el dolor y las molestias que le ocasionan la herida quirúrgica además antes de esto se le tiene que colocar la venda abdominal.

Acepta la bata clínica sin problemas.

### **8. Necesidad de higiene y protección.**

Con realización de baño diario de regadera por las mañanas y con cambio total de ropa refiere cepillado dental tres veces por día, después de cada alimento, con lavado de manos antes e ir al baño.

Con corte de uñas semanal, sin presencia de olor corporal y halitosis. Con herida quirúrgica limpia, sin presencia de datos de infección. Con loquios moderados, hemáticos, no fétidos.

### **9. Necesidad de evitar peligros.**

Vive con sus dos hijos, su esposo y sus suegros. Realiza controles periódicos de su salud por lo de su embarazo, aunque no conoce medidas o datos sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo, durante el puerperio y sobre su recién nacido.

No presenta problemas con alguno de sus sentidos, aunque por el momento su movilidad esta afectada.

### **10. Necesidad de comunicarse**

No tiene problemas en su casa y cuando algo le preocupa refiere manifestárselo a sus familiares y esposo, enfermeras o médicos según sea el caso.

Cuenta con conocidos solamente, no amigos.

Se expresa claro, no confuso se expresa y escucha bien.

### **11. Necesidad de vivir según creencias y valores.**

Es de religión católica, las cuales no le generan conflictos personales, es muy honesta, en su forma de pensar y es congruente con lo que hace.

La vida y la muerte piensa son cosas normales, algún día tenemos que morir, comenta.

### **12. Necesidad de trabajar y realizarse.**

Se dedica al hogar, no trabaja y se siente satisfecha porque sus trabajos son cuidar a sus dos hijas y a su esposo, es decir, trabajar en su casa.

Comenta que se siente satisfecha y contenta al trabajar en su casa además su esposo se encarga de ella.

### **13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.**

En sus ratos libres se dedica a sus hijos, juega con la más grande, le ayuda con su tarea, le da de comer, etc, comenta sentirse bien por hacer esto.

#### **14. Necesidad de aprendizaje.**

Le gusta leer revistas y ver la televisión con su hija, además comenta que aprende con ella cuando le ayuda con su tarea.

La paciente no presenta alguna alteración orgánica que limite su aprendizaje, su estado de memoria es reciente en tiempo y espacio y la remota igual; ya que recuerda su pasado y su presente.

Ignora los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, el puerperio y del recién nacido.

### 3.3 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA.

NECESIDAD DE:	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
OXIGENACIÓN	INDEPENDENCIA	*
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE	Desequilibrio nutricional relacionado a ingesta de nutrientes insuficiente por ayuno post-operatorio manifestado por palidez de tegumentos semihidratada y cólicos abdominales.
ELIMINACIÓN	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE	Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con infección del tracto urinario, manifestados con disuria; dificultad para iniciar el chorro de la orina y retención de líquidos.
TERMOREGULACIÓN	INDEPENDIENTE	*
MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE	Deterioro de la movilidad física relacionado con presencia de herida quirúrgica, fatiga por la cirugía manifestado por dolor de tipo punsátil continuo, ayuda para realizar sus actividades y cansancio.
DESCANSO Y SUENO	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE	Deterioro del patrón del sueño relacionado con rutinas hospitalarias, demandas del recién nacido, manifestados por presencia de ojeras bostezos y cansancio.
USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE	Déficit del autocuidado en el vestido relacionado a presencia de herida quirúrgica y colocación del vendaje abdominal manifestado por uso de bata hospitalaria y ayuda para vestirse.
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE	Riesgo de infección de la integridad cutánea relacionado con presencia de herida quirúrgica.
EVITAR PELIGROS	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE	Riesgo de accidentes relacionado a nivel académico bajo, desconocer signos y síntomas de alarma en el puerperio, de cuidados de la herida quirúrgica y cuidados del recién nacido.
COMUNICARSE	INDEPENDIENTE	*
VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES	INDEPENDIENTE	*
TRABAJAR Y REALIZARSE.	INDEPENDIENTE	*
JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	INDEPENDIENTE	*
APRENDIZAJE	INDEPENDIENTE	*

## **4. PLANIFICACIÓN DE NECESIDADES.**

### **4.1 JERARQUIZACIÓN DE LAS CATORCE NECESIDADES.**

1. Necesidad de eliminación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de higiene y protección.
4. Necesidad de descanso y sueño
5. Necesidad de mantener buena postura
6. Necesidad de prendas de vestir adecuadas
7. Necesidad de evitar peligros.

## 4.2 PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### 1. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

**DIAGNÓSTICO:** Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con infección del tracto urinario , manifestados con disuria, dificultad para iniciar el chorro de la orina y retención de líquidos.

**OBJETIVO:** Disminuir los signos y síntomas de la infección a través de la administración de medicamentos y asesoría en las técnicas de aseo genital.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACION.
Administración de antibiótico indicado por el médico ,en este caso se utiliza la ampicilina.	La ampicilina es un antimicrobiano de amplio espectro el cual esta indicado en caso de infecciones graves o como profilaxis para evitar una, se absorbe en la mucosa intestinal su vida media es de 1 a 2 hrs.Metaboliza en hígado y se elimina por la orina.	Se ministra dosis diaria de ampicilina indicada por el médico ,como medida profiláctica. La paciente no presenta signos de infección en la herida quirúrgica.
Llevar a cabo la medición de la ingesta y pérdida de líquidos.	Asegurar el equilibrio entre la y pérdida de líquidos para prevenir los desequilibrios de líquidos y electrolitos.	A través del interrogatorio se lleva a cabo, encuestando a la paciente si micciona frecuentemente valorando y verificando si es proporcional a los ingresos y egresos de líquidos..
Valoración de las características de la orina.	La valoración de hace habitualmente por el color,( paja o ámbar), olor, (tenue aromático), (ph 4.5 a 7.5) gravedad específica (1010 a 1025), cantidad 1200 a 1500 ml. Por día), consistencia (líquido claro), esterilidad ( libre de microorganismos), observar presencia de sangre para detectar anomalidades en la orina.	Por cada micción se observan al principio concentración en la orina, se ve muy amarilla, olor muy penetrante, después se observa color ámbar llegando a transparente, olor tenue.
Fomentar el aseo de genitales de manera antero-posterior por cada micción.	Normalmente la zona genital, se limpia varias veces al día . Mantener la zona genital limpia ayuda a prevenir que los microorganismos entren al meato urinario y causen subsiguientemente una infección urinaria. Con el aseo antero-posterior de los genitales se previene el rastreamiento de material fecal hacia el meato urinario desencadenando infección.	A través de la demostración se le pide a la paciente realizarse un aseo genital para verificar y valorar la técnica de limpieza de los genitales. Con esta técnica mejorada la paciente refiere disminución de los síntomas.
Fomentar el cambio de ropa interior diaria así como el cambio continuo de la toalla sanitaria.	Mantener la zona genital limpia ayuda a prevenir que los microorganismos proliferen . La cantidad de loquios eliminados es de 200 gr más o menos,por lo que si el flujo inicial es abundante se necesitan dos toallas o compresas higiénicas y cambiarlas cada hora. Esta eliminación puede ser abundante , moderada , o ligera. La segunda satura una toalla en una hora.	A través de la interrogación refiere la paciente sensación de frescura y disminución del mal olor, refiere sentirse más limpia. Ahora procura cambiarse la toalla sanitaria lo más seguido posible ya que también implica un gasto.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Colocar miembros pélvicos en posición de elevación o semifowler.	El edema puede ser el principio de la preeclamsia , una situación caracterizada por hipertensión arterial en aumento , albuminuria y edema generalizado , puede aparecer durante el embarazo o al principio del puerperio . La elevación de los miembros inferiores alivia y disminuye el edema por el retorno de lo líquidos.	A través de la interrogación la paciente refiere tener mejoría en cuanto a la disminución del edema además se realiza la valoración arterial la cual se encuentra sin alteraciones.
Aplicar vendaje elástico en miembros pélvicos.	Los vendajes elásticos aplican presión suave y uniforme sobre alguna parte del cuerpo ,en este caso de los miembros pélvicos. Al apoyar los vasos sanguíneos pélvicos se favorece el retorno venoso y previenen el estacionamiento de la sangre en dicha región.	Se realiza el vendaje de miembros pélvicos a la paciente valorando posteriormente la disminución del edema , teniendo como resultado disminución del edema de sus miembros pélvicos considerablemente ella refiere mayor bienestar..
Aplicar compresas frías en miembros pélvicos.	La aplicación de frío estimula la vasoconstricción también mitiga la inflamación y evita el edema.	Al aplicar las compresas frías disminuye el edema de sus miembros pélvicos.

## 2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

**DIAGNÓSTICO:** Desequilibrio nutricional relacionado a ingesta de nutrientes insuficiente por ayuno post-operatorio manifestado por palidez de tegumentos semihidratada y cólicos abdominales.

**OBJETIVO:** Iniciar la ingesta de alimentos por la vía oral previa valoración a la tolerancia de los líquidos.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN.
Fomentar y valorar la reingesta realimentos posteriores a la cirugía	La paciente sometida a cirugía conlleva cuidados posoperatorios dentro de los cuales se comprenden la introducción de alimentos, vigilando la función gastrointestinal y el peristalsismo, de que el paciente no vomite. el ayuno dura aprox. De 12 a 24 horas antes de la intervención.	Previa valoración se inicia la dieta con líquidos claros presentándose cólico abdominal, se proporciona masaje a marco cólico y se vuelve a ofrecer la dieta líquida aceptándola mejor ya no se presenta el cólico abdominal. La paciente acepta la reingesta de alimentos.
Proporcionar una dieta especial para un paciente posoperado	La dieta líquida esta a menudo limitada a agua, té, café, leche, caldos claros u otras bebidas, jugos de manzana y gelatina sencilla. Las dietas líquidas proporcionan a la paciente líquidos y carbohidratos (en forma de azúcar) es habitualmente una dieta de corto plazo para pacientes que salen después de ciertas cirugías.	Se proporciona a la paciente su dieta líquida consistente en té, leche y gelatina, la cual la ingiere y la acepta muy bien no se presentan náuseas y vomito.
Valorar el estado gastrointestinal pospandrial.	El uso de anestesia y el acto quirúrgico modifican el funcionamiento gastrointestinal, y al momento de introducción de alimentos se deben laborar signos que indiquen prolongar la introducción de los alimentos como son: náuseas, vomito, inapetencia, o ausencia de peristalsis. Si no existe un problema en la reingestión de alimentos se continua otra dieta hasta llegar a la normal	Por medio de la interrogación la paciente refiere apetito y ausencia de vómito y náuseas. A la auscultación se identifica peristalsismo normal.
Proporcionar la dieta blanda o normal a la paciente.	Previa dieta líquida. La dieta blanda se mastica y se digiere fácilmente, esta ligeramente sazonada y es pobre de residuos (fibras) lo que favorece la normalización de la función gastrointestinal, una vez normalizada por completo se proporcionará una dieta normal o general la cual cumpla con las necesidades de la paciente.	Se le proporciona una dieta normal a la paciente ,acepta la dieta normal que se le proporciona.



	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN.
Proporcionar complementos alimenticios ( hierro y ácido fólico).Previa indicación médica.	<p>La hemoglobina incluye de 60 a 70% del hierro corporal el resto se encuentra en hígado, bazo y médula espinal.</p> <p>El hierro es constituyente principal de la hemoglobina, el pigmento de los eritrocitos de la hb, depende del color característico de la sangre y su capacidad de transportar oxígeno.</p> <p>El ácido fólico o folacina interviene en la conversión de carbohidratos para que sean aprovechables en un 100%.</p>	<p>Al brindar una dieta normal se proporcionan los elementos básicos para la nutrición ,se administran el hierro y el ácido fólico como complemento alimenticio, se observa posteriormente a la paciente más repuesta y mejor estado anímico.</p>
Fomentar la ingesta de abundantes líquidos.	<p>Cubrir los requerimientos alimenticios y favorecer la producción de leche.</p>	<p>Se estimula la producción de leche por medio de la ingesta mayor de líquidos, así como la aplicación de masajes mamaríos para complementar, la paciente refiere aumento de la producción de leche.</p>

### 3. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN

**DIAGNÓSTICO:** Riesgo de la integridad cutánea relacionado con presencia de herida quirúrgica.

**OBJETIVO:** A través de la técnica de asepsia y antisepsia disminuir el riesgo de adquirir una infección en la herida quirúrgica.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Valorar del herida quirúrgica.	Vigilar datos de infección como son: cantidad, tipo de olor del drenaje de la herida, color de la piel, (enrojecimiento) temperatura (caliente al tacto) valorar si existe exudado, diaforesis o malestar general, presencia de dehiscencias, vigilando estos datos prevenimos infecciones en la herida quirúrgica, si se detecta alguno de estos signos y síntomas se toman las medidas para el restablecimiento del bienestar de la piel.	A la observación de la herida se encuentra con planos confrontados sin presencia de mal olor exudado, no se presenta enrojecimiento ni aumento de temperatura de la zona, se observa proceso de cicatrización, la paciente refiere comezón.
Fomentar el baño de regadera	El bañarse fomenta la limpieza, elimina la transpiración, el sebo y algunas bacterias que se hallan acumulado. Además de su valor de limpieza también estimula la circulación, provoca un sentido de bienestar, es refrescante y relajante y ayuda frecuentemente a la apariencia y autorespeto del individuo. El procedimiento del baño ofrece oportunidades para la valoración de la paciente, observar, las condiciones de su piel. Su estado físico, mental y emocional.	Se observa a la paciente que el estado de su herida es normal con planos confrontados, inolora, sin presencia de secreción. refiere tener sensación de frescura con el baño, además se relaja y su herida se mantiene limpia.
Eliminar la humedad excesiva de la herida	Mantener la piel seca elimina la posibilidad de proliferación de microorganismos disminuyendo el riesgo de infección en la herida quirúrgica.	A la observación no se presenta humedad en la herida quirúrgica; Se mantiene limpia y seca la herida para su adecuada cicatrización.
Realizar curación de la herida quirúrgica.	Prevenir la infección, debido a la posible entrada de microorganismos a través de la herida, ya que la primera barrera protectora, la piel, se encuentra deteriorada, para ello se debe utilizar técnica estéril al curar la herida, aplicando antiséptico sobre la piel, llevar a cabo el descubrimiento de la herida (en ocasiones llevada a cabo por el médico) irrigar con agua o solución limpiadora, finalmente cubrir con gasas y fijarse con micropore. Favorecer la cicatrización al mantener seca y limpia la herida.	Se realiza la curación de la herida con técnica estéril, se mantiene limpia, seca y libre de microorganismos la herida quirúrgica.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN.
Realiza el vendaje abdominal.	Apoya para restringir el movimiento y protección de la herida, sirve también como método de fijación del aposito además proporciona seguridad a la paciente.	Se realiza el vendaje abdominal después del baño ,se mantiene segura la herida por contar con el soporte de la venda, se mantiene limpia,refiere la paciente sentirse más segura para moverse y amamantar a su bebé.
Fomentar el cambio total de ropa de la paciente diario.	El cambio de ropa favorece el estado de limpieza de la piel se previene el contacto con microorganismos que pueden desencadenar infección. Provoca un sentido de bienestar y ayuda a la apariencia autorespeto del individuo.	Se proporciona cambio de ropa limpia después del baño manteniéndose limpia y seca favoreciendo la adecuada cicatrización .La paciente refiere sentirse limpia y con mucho bienestar.
Realizar el cambio de ropa de la cama.	El cambio de ropa limpia favorece el estado de limpieza, disminuye el contacto con microorganismos que favorecen la infección, provoca sentido de higiene y bienestar a la paciente.	Se realiza el cambio de ropa diario de cama, para mantener limpia, cómoda y seca a la paciente,la paciente refiere confort al estar en su cama.
Fomentar la lubricación diaria de la región abdominal.	La piel excesivamente seca favorece a que disminuya la turgencia de la piel (firmeza y elasticidad) ambas circunstancias hacen que sea menos resistente a las lesiones.	Se lubrica la piel de la región abdominal disminuyendo la resequedad y por consecuencia manteniéndola más resistente.

#### 4. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

**DIAGNOSTICO:** Deterioro del patrón del sueño relacionado con rutinas hospitalarias ,demandas del recién nacido, manifestados por presencia de ojeras bostezos y cansancio.

**OBJETIVO:** Lograr que el personal de enfermería valore y respete los periodos de sueño y descanso de la paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN.
Proporcionar periodos de sueño sin interrupciones por la noche especialmente.	Teniendo sueño continuo por la noche se ayuda a descansar mejor y se recupera el cuerpo de la actividad que se tuvo por el día.	En general se observa más relajada y descansada la paciente aunque se interrumpa el sueño por las demandas del bebé y la rutina del hospital.
Realizar los cuidados de enfermería sin despertar a la paciente.	Se apoya al descanso de la paciente	No se lleva a cabo directamente, solamente se comenta con la paciente que puede establecer horarios para lactar a su bebé y de esta manera prolongar el tiempo de sueño de ella entre las tomas de leche. Refiere la paciente sentirse más tranquila después de la orientación de horarios y de la alimentación de su bebé.
Proporcionar un ambiente tranquilo.	Será mas fácil que descansa la paciente y atienda mejor sus necesidades y las del recién nacido	
Limitar la ingestión de líquidos por las noches.	Se previene la aparición de la nicturia.	Se comenta con la paciente la ingestión de líquidos por las noches Dejando a decisión libre de la paciente el consumo de líquidos. Refiere mejor descanso por las noches ya que limitó su consumo de líquidos por las noches por lo que se evalúa que si toma en cuenta lo sugerido.

## 5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.

**DIAGNÓSTICO:** Deterioro de la movilidad física relacionada con presencia de herida quirúrgica y fatiga por la cirugía manifestado por dolor tipo punsátil continuo ayuda para realizar sus actividades y cansancio.

**OBJETIVO:** Brindar confort y descanso a través de lograr disminuir el dolor.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN.
Colocar a la paciente en una posición de libre demanda para favorecer su comodidad.	Mantener la estabilidad del cuerpo y alineación del mismo. Facilita el bienestar, la respiración y reduce la ansiedad, previene el dolor.	Se coloca a la paciente en una posición cómoda mejorando su postura y disminuyendo el dolor, refiere bienestar y disminución del dolor.
Colocar el vendaje abdominal.	Apoya para restringir el movimiento y protege la herida, proporciona seguridad a la paciente con el efecto de compresión disminuye el dolor.	Se aplica el vendaje abdominal después del baño por lo cual la paciente refiere sentirse más segura para moverse además de que presenta disminución del dolor.
Proporcionar seguridad a la paciente	Se proporcionaran los medios adecuados, (silla de ruedas, bastón, andadera) para promover la deambulación y movilización segura de la paciente, se reducen los riesgos de sufrir caídas, el paciente se siente mas seguro para iniciar su deambulación.	Se proporciona como apoyo una andadera para la deambulación sin riesgo ,posteriormente lo hace sin ella.
Administrar analgésico: metamizol sódico ( previa indicación medica)	Proporcionar disminución de dolor disminuye la ansiedad o estrés, se apoya para que haya movilización sin dolor. El metamizol sódico tiene acción analgésica por lo que esta indicado en caso de dolores intensos, agudos y crónicos. Su absorción es gastrointestinal, el pico se lleva a cabo entre los 30 y 120 min. la vida media biológica de eliminación es de entre 7 y 9 hrs. se elimina por el riñón y se metabólica por el hígado.	Se administra analgésico indicado según el horario correspondiente, la paciente al no sentir dolor se anima a deambular y a realizar sus actividades diarias.
Proporcionar un ambiente de confort.	El confort comprende la ausencia del dolor, una postura adecuada, una cama limpia y seca, no interrumpir el horario para dormir, disminuir el ruido, apagar la luz para apoyar el descanso de la paciente,	No se interrumpe a la paciente en sus periodos de descanso ,se apaga la luz y se permanece en silencio.La paciente se siente mas descansada y con ausencia de dolor.

## 6. NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

**DIAGNÓSTICO:** Déficit del auto cuidado en el vestido relacionado a presencia de herida quirúrgica y colocación del vendaje abdominal manifestado por uso de bata hospitalaria y ayuda para vestirse.

**OBJETIVO:** Lograr la reintroducción del uso de prendas de vestir adecuadas y la independencia para vestirse.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN.
Proporcionar intimidad durante las actividades de la paciente.	El paciente se siente protegido y más seguro para llevar a cabo sus actividades.	Se coloca un biombo y se cierran las cortinas para proporcionar intimidad a la paciente. La paciente se siente en confianza para realizar sus actividades.
Permitir el tiempo suficiente para realización de actividades según su capacidad.	Teniendo la libertad de tiempo para llevar a cabo sus actividades, las realiza mejor y con menos preocupaciones.	Se brinda a la paciente el tiempo necesario para la realización de sus actividades sin estrés ni preocupaciones.
Ayudar en las adaptaciones para realizar las actividades de la vida diaria junto con el recién nacido.	Apoya a la paciente a sus actividades se restablece su vida normal.	La paciente acepta la ayuda que se le proporciona con su bebé en ciertas actividades como son: baño de arteza, curación del muñón umbilical, cambio de ropa, ella aprovecha para realizar sus actividades.
Proporcionar información a la familia sobre descanso y cuidados que le permitan tener tiempo libre.	Se busca obtener el apoyo de su familia para que ella cuente con tiempo para ella misma.	Se informa a la paciente y su familia sobre el apoyo que le deben proporcionar sobre su vestimenta para la reintroducción de su ropa de vestir adecuada , estos aceptan la información para llevarla a cabo en su hogar.

## 7. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

**DIAGNÓSTICO:** Riesgo de accidentes relacionado a nivel académico bajo, desconocer signos y síntomas de alarma en el puerperio, de cuidados de la herida quirúrgica y cuidados del recién nacido.

**OBJETIVO:** Informar a la paciente sobre signos y síntomas de alarma en el puerperio ,de cuidados de la herida quirúrgica y cuidados del recién nacido para evitar accidentes.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN.
Informar sobre signos y síntomas de alarma durante el puerperio.	La paciente deberá conocer la existencia de los loquios, duración, higiene, cantidad, existencia de edema, fiebre, hipertensión para detectar alteraciones en esta etapa, y si es así, llevar a cabo las medidas necesarias.	Se brinda información sobre signos y síntomas de alarma durante el puerperio posteriormente se encuesta a la paciente sobre la información que se le dio para evaluar el entendimiento de la información. La paciente obtiene la adecuada información otorgada.
Informar sobre cuidados de la herida quirúrgica.	La paciente deberá conocer la existencia de datos que impliquen infección en la herida quirúrgica.	Se brinda información sobre cuidados de la herida quirúrgica y se lleva a cabo evaluación de la información por medio de la encuesta ,obteniendo adecuados resultados.
Informar sobre cuidados del recién nacido.	La paciente debe conocer los cuidados generales y los de alarma para detectar problemas en el mismo.	Se brinda información sobre los cuidados del recién nacido y se lleva a cabo una encuesta para evaluación de la información,siendo esta la adecuada.

## **5. PLAN DE ALTA.**

### **CUIDADOS EN EL HOGAR DE LA HERIDA QUIRURGICA.**

La realización de cuidados de la herida quirúrgica será la siguiente:

-Baño de regadera diario con cambio de ropa total, retirándose del baño gasas y vendaje abdominal, de preferencia usar jabón neutro y abundante agua para enjuagar la herida quirúrgica, al momento del baño oprimir firmemente ambos lados de la herida para observar si existe presencia de material fétido (pus), sangre, malestar, mal olor, en la herida, posteriormente secar hasta retirar la excesiva humedad de la herida.

-Realización de curación de la herida quirúrgica posterior al baño.  
Con las manos limpias, va a tomar unas gasas estériles y se va a aplicar merthiolate blanco en la herida de arriba hacia abajo, sin volver a pasar la gasa por el mismo sitio, esperar un momento a que seque y colocar una gasa estéril para cubrir la herida y sobre todo las suturas para que no rocen y se jalen con la ropa.

-Con apoyo de dos personas (familiares).  
Colocación de vendaje abdominal en "Z" .Primero preparar la venda doblarla como la letra "Z", quedará en tres partes, posteriormente se colocará la venda en la cama a la altura del abdomen de la madre se recostará a la paciente en posición de decúbito dorsal, de manera que el abdomen quede justamente por encima de la venda, ahora con ayuda de las dos personas la de un extremo tomará un pliegue de la venda y después la otra persona del otro extremo hará lo mismo hasta finalizar se fijará la venda con tela adhesiva o con los propios broches de la venda. La compresión de la venda será conforme la demanda de la paciente para mayor comodidad de la misma, el uso de la venda debe ser de máximo una semana, para favorecer la cicatrización y evitar infecciones, además para que se vuelvan a fortalecer los músculos abdominales, la venda se retirará paulatinamente hasta su retiro total.

-Estos procedimientos los deberá llevar a cabo diariamente la paciente para su correcta reestablecimiento.

Se explica a la paciente su cita después de 10 días a su Centro de Salud o al Hospital General Milpa Alta para el retiro de puntos y verificación del proceso de cicatrización.

### **SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA**

Se puede aprovechar el momento del baño para observar las siguientes condiciones:

-Observar si existe dehiscencia.



-Oprimiendo ambos lados de la herida quirúrgica; presencia de pus, sangre, mal olor.

- Temperatura de la herida con el tacto, caliente, fría.

-Es muy importante que si se encuentra uno o todos estos signos acudir de inmediato a su Centro de Salud o al Hospital General Milpa Alta. Para su correcto tratamiento.

## **CUIDADOS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOGAR**

-Baño diario de tina.

Preparar lo que se va a utilizar para el baño de la recién nacida: tina, agua, toalla, pañal, ropa de la bebé.

-Preparar el agua, y medir temperatura con el codo, la temperatura ideal es la que el codo mida como calentita.

Desnudar totalmente al bebé y cubrirlo solamente del cuerpo.

Iniciar el baño de tina comenzando con la cabeza, enjabonar y enjuagar, secar posteriormente, se sostendrá al bebé con un brazo y con el otro se realizará el baño.

Después lavar la carita con una franela limpia comenzando de frente hacia las mejillas y terminando en el mentón, secar posteriormente. Realizar aseo de pabellones auriculares y oído con ayuda de unos cotonetes, únicamente por la parte externa sin introducir el cotonete al oído.

Posteriormente se retirará la frazada y se meterá a la bebé a la tina de agua caliente se enjabonará, se enjuagará y se secará.

Se iniciará por el cuello, los brazos, manos, tórax, abdomen, piernas pies y por último los genitales, abriendo ligeramente labios mayores y limpiando suavemente de adelante hacia atrás.

Se aplicará lubricante al bebé una vez seco, si así lo decide la madre; colocar el pañal y vestir inmediatamente al bebé.

Cubrirlo lo necesario para evitar futuras enfermedades.

Cuando así lo requiera realizar corte de uñas de manos y pies, de preferencia cuando duerma.

-Realización de curación del muñón umbilical, puede ser posterior al baño. Cuando se realice el baño de la bebé se colocará merthiolate blanco en el muñón umbilical se dejará secar y se colocará el pañal.

Se observará el proceso de momificación hasta caída del muñón umbilical

-Ofrecerle el pecho cada tres horas o antes según las demandas del bebé.

La madre se colocará en una silla o sillón para adoptar una posición cómoda, sostendrá a la niña con técnica de balón (como si sostuviera un balón o sandía con un brazo), se colocará una almohada por debajo de brazo que sostiene a la bebé y le ofrecerá el pecho para que comience a succionar; la boca de la bebé debe cubrir perfectamente la areola de la mama para evitar aparición de grietas, la mantendrá el tiempo necesario para alimentarse y posteriormente repetirá mismo

procedimiento a la mama opuesta a la que comenzó y repetirá mismo procedimiento, hasta que la bebé quede satisfecha.

Posteriormente se colocará a la bebé en los hombros aplicando pequeños golpecitos con la palma de la mano en la espalda de la bebé para ayudar a sacar el aire (erupto), preferentemente esto puede realizarse al cambiarse a la bebé a la otra mama para que así tenga más espacio en el estómago y quede más satisfecha.

La madre debe observar que el pañal y la ropa del bebé no estén muy ajustadas para evitar comprimir lo estómago, porque podría provocar vómito o regurgitación de la leche. Aunque esto último se puede relacionar esto con falta de erupción.

Al momento de la lactancia la madre debe observar succión, deglución, si hay presencia de leche y regurgitación.

Ir cambiando el horario de comida según las demandas de la bebé.

-Baños de sol.

Se colocará al bebé desnudo cerca de una ventana por donde entre el sol no el aire, cubriendo ojos y genitales para evitar que se dañen.

Mantener 10 min., en posición prona y 10 min., en posición supina, realizar a cabo diario hasta próxima cita con su médico (siete días).

Esto evitará la aparición de la ictericia en el bebé.

-Por último llevar a la bebé a su Centro de salud para la continuación del esquema de vacunación y entrega de su cartilla.

Estar pendiente de las vacunas de su bebé.

La revisión que realizará el médico a su bebé después de una semana de nacida se puede aprovechar para aclarar sus dudas sobre su bebé.

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DEL RECIÉN NACIDO.**

- ° Inadecuada succión, deglución, presencia de reflujo.
- ° Presencia de sangre, pus, mal olor en el muñón umbilical.
- ° Coloración ictericia de la piel.
- ° Reacción grave de alguna de las vacunas o que no pueda controlar con los cuidados indicados por la enfermera.
- ° Si observa insuficiente cantidad de leche para satisfacer a su bebé.
- ° Acudir de inmediato si se observa uno u otros signos a su centro de salud para revisión y tratamientos oportunos y adecuados al recién nacido.

## **CUIDADOS DE LAS MAMAS.**

Los cuidados de higiene de las mamas se cubrirán con el baño diario de la paciente así como el cambio de ropa.

Si la paciente lo desea se puede colocar pequeñas compresas en las mamas para evitar ensuciar o manchar su ropa con la leche que pudiera salir. Puede lubricar sus pezones y areolas con su misma leche para evitar salida de grietas que impidan seguir dando pecho.

Se puede proporcionar masajes de manera circular comenzando de la parte externa hacia el centro (pezón), para apoyar la producción de la leche, también se puede masajear de arriba hacia abajo.

Por otro lado puede inclinar su cuerpo hacia adelante para que con ayuda de la gravedad baje la leche, aunque con pegarse al bebé al pecho se estimula la producción de la leche.

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA.**

Si se observa inversión o cortaduras de los pezones. Signos de inflamación: calor, enrojecimiento, dolor.

Formación de nódulos.

Fiebre.

Si se observa alguno de estos signos acudir de inmediato a su centro de salud para su valoración y tratamiento adecuado y oportuno.

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL PUERPERIO.**

Verificar el color, olor, y cantidad de los loquios.

-Presencia de mal olor, dolor al orinar, tenesmo.

-Presencia de dolor abdominal.

-Presencia de fatiga, fiebre.

-Presencia de escalofríos,

-Gasto urinario anormal.

-Presión alta.

-Edema de miembros inferiores.

-Ansiedad.

Si se observa alguno de estos signos acudir inmediatamente al médico a su centro de salud para valoración y tratamiento.

## LA DIETA

Al concluir el día ,cada persona ha comido una serie de alimentos aislados y platillos que en conjunto forman lo que se conoce como dieta.

El término que viene del griego “ diaita” , que significa “ forma de vida” .

La dieta es la unidad de la alimentación y una buena alimentación se define por una buena dieta , es fundamental describir lo que, de acuerdo con el conocimiento actual , es una dieta correcta , a la que también se le conoce como dieta recomendable .

Una dieta correcta debe ser satisfactoria en tres aspectos: el biológico, el psicológico y el sociológico.

En términos de aporte nutrimental, resulta indispensable que la dieta contenga todos los nutrimentos , en las cantidades que cubran las necesidades del organismo , pero sin excesos que pudieran causar acumulaciones peligrosas o que llegaran a generar interacciones antagónicas entre nutrimentos. Esto se puede resumir en tres palabras : la dieta debe ser completa, suficiente y equilibrada .Por supuesto , junto con lo anterior es fundamental que la dieta sea inocua, tanto por no contener sustancias perjudiciales en cantidades peligrosas , como por no poseer gérmenes patógenos ( lo cual exige una preparación higiénica) y por ser ingerida con medida para evitar excesos.

Desde el punto de vista psicológico (sensorial) debe haber afinidad entre los gustos del comensal y las habilidades culinarias de que prepare la comida, afinidad que dependerá de muchos factores, pues hay diversidad de gustos y costumbres. Cabe subrayar, sin embargo, un elemento sin el cual la dieta no puede sensorialmente atractiva: la diversidad. El platillo más sabroso acaba por hastiar si se le consume día tras día y en cada comida.

Por lo tanto, se puede anotar como requisito de la dieta correcta que sea variada. La variación en la dieta tiene una ventaja adicional: hace más remota la acumulación de sustancias indeseables ,ya sean naturales o resultado de una contaminación accidental, ya que la cantidad total que se consume de un mismo alimento es menor . Además , la variación permite con más facilidad el consumo de todos los nutrimentos.

Desde el punto de vista sociológico, los factores que intervienen son más complejos y ajenos a la dieta misma, aunque ésta debe ser tal que pueda compartirse con los demás; es decir, que de preferencia no contravenga las reglas (costumbres, religión, etcétera) de aquellas personas con quienes se pretende convivir.

Un requisito global pero muy importante de la dieta correcta es que sea adecuada a las características del individuo y a sus circunstancias. Deberá ser adecuada a la edad ,el sexo, el tamaño corporal ,la actividad y el estado de salud del sujeto, así como a su cultura , estrato socioeconómico, lugar donde vive y época del año.

La dieta correcta es como un rompecabezas cuyas piezas son los alimentos. Si éstos se integran bien, el resultado es bueno ; si no se integran bien , el resultado es malo. En otras palabras , es posible que una dieta correcta y una dieta incorrecta estén formadas por los mismos alimentos pero combinados bien o mal en cuanto a la cantidad, la oportunidad o la proporción.

A continuación presento una tabla para resumir la dieta correcta.

**INTEGRIDAD:** ser completa.  
**CANTIDAD:** ser suficiente.  
**EQUILIBRIO:** ser equilibrada.  
**SEGURIDAD:** ser inocua.  
**ACCESIBILIDAD:** ser económica.  
**ATRACCIÓN SENSORIAL:** ser agradable y variada.  
**VALOR SOCIAL:** ser compartible con el grupo al que se pertenece.  
**CONGRUENCIA INTEGRAL:** ser adecuada a las características y circunstancias del comensal.

### **LAS REGLAS PRÁCTICAS PARA UNA BUENA ALIMENTACIÓN.**

Tomando en cuenta los requisitos de la dieta correcta y sea cual sea la agrupación de alimentos que se utilice, la regla central es: incluir por lo menos un alimento de cada grupo en cada comida y, entre una comida y otra, variar lo más posible los alimentos que se usan de cada grupo, así como la forma de prepararlos. Esta sencilla regla, se resume en la frase combinar y variar garantiza en forma razonable que la dieta sea completa- pues están presentes todos los grupos-, equilibrada- por la inclusión simultanea de todos los grupos en cantidades semejantes- y variada.

### **CARACTERÍSTICAS QUE DEBE TENER UN ALIMENTO**

1. Contener nutrimentos biodisponibles en concentraciones que ameriten atención.
2. Ser inocua.
3. Ser accesible.
4. Ser atractiva a los sentidos.
5. Ser aprobada por la cultura.

**EJEMPLOS DE LOS PRINCIPALES ALIMENTOS Y PRODUCTOS  
CLASIFICADOS EN GRUPOS.**

SEMILLAS MADURAS DE CEREALES +TUBÉRCULOS +DERIVADOS	TEJIDOS VEGETALES FRESCOS	SEMILLAS MADURAS DE LEGUMINOSAS +TEJIDOS ANIMALES + LECHE +HUEVO
<p>Maíz: tortilla, tamal, pozole, atole, etcétera.</p> <p>Trigo: pan blanco y dulce, pastas para sopa, galletas, etcétera.</p> <p>Arroz</p> <p>Avena</p> <p>Cebada</p> <p>Centeno</p> <p>+</p> <p>Papa</p> <p>Camote</p> <p>Yuca</p>	<p>Raíces: zanahoria, jicama, rábano, etcétera.</p> <p>Tallos: apio, nopales, romeritos, etcétera.</p> <p>Hojas: acelga, berros, espinaca, verdolaga, quelites, etcétera.</p> <p>Flores: flor de calabaza, colorín, huauzontle, alcachofa, coliflor, brócoli, etcétera.</p> <p>Frutos: coco, ciruela, chayote, chabacano, chile, chirimoya, guanábana, guayaba, jitomate, limón, mamey, naranja, pimienta, pitaya, tejocote, tomate, zapote, etcétera.</p>	<p>Frijol</p> <p>Haba</p> <p>Garbanzo</p> <p>Lenteja</p> <p>Alverjón</p> <p>Alubia</p> <p>Cacahuete</p> <p>Ajonjolí</p> <p>Nuez</p> <p>Piñón</p> <p>Soya</p> <p>+</p> <p>Tejidos animales: res, carnero, conejo, chivo, puerco, pescado, marisco, pollo</p> <p>+</p> <p>Leche de vaca</p> <p>Otras leches</p> <p>Quesos</p> <p>Yogurt</p> <p>+</p> <p>Huevo de gallina</p> <p>Huevo de otras aves</p>

## ALIMENTACIÓN DE LA MUJER QUE LACTA

La lactancia es el periodo de la vida reproductiva con mayores demandas, sin embargo, es frecuente que a la mujer embarazada se le brinde más protección y cuidado que a la mujer en periodo de lactancia.

En la tabla siguiente se muestran las raciones de cada grupo de alimentos que cubren las necesidades diarias.

GRUPOS DE ALIMENTO	EQUIVALENTES
Cereales y Tubérculos	11 a 12
Leguminosas	1 a 2
Verduras	2 a 3
Frutas	7 a 9
Tejidos animales, queso y huevo	2 a 4
Leche y derivados	2 a 3
Lípidos	6
Azúcares	2 a 4

## DISTRIBUCIÓN DE COMIDAS A LO LARGO DEL DÍA.

Se recomienda mantener los horarios de comidas de un día para otro y no saltarse ninguna toma.

Fraccionar la dieta en 5 comidas al día (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena), reduce el volumen de alimento por cada toma y se facilita la digestión.

**El desayuno:** Realice un desayuno completo y variado, que incluya lácteo, farináceos (pan ó cereales o bizcotes), fruta y opcionalmente proteína Gamón, queso...) o miscelánea (mermelada, mantequilla, miel) . Un desayuno con prisas es equivalente a un desayuno pobre; por tanto es necesario dedicar tiempo suficiente a esta toma. Tenga en cuenta que el desayuno es una de las comidas más importantes del día.

**Almuerzos y / o meriendas:** Limite los productos de repostería o pastelería, productos que "llenan" pero que no nutren (alimentos superfluos con un elevado contenido de calorías, a consumir en pequeña cantidad y esporádicamente). Inclínese por los pequeños bocadillos preparados en casa, frutas y productos lácteos, sin abusar de los embutidos, patés y quesos grasos.

**La comida:** En nuestra sociedad la comida constituye la principal toma de alimentos del día y es el momento de encuentro que favorece la relación familiar y la enseñanza y aprendizaje de los hábitos de alimentación. Por ello se debe propiciar un clima tranquilo, sosegado, sin interferencias (TV, radio, animales..) Se ha de evitar en lo posible la anarquía en los horarios, la preparación de alimentos a última hora, las interrupciones largas entre plato y plato, gritos y regañinas constantes, comer con mucha rapidez y las situaciones incómodas por falta de espacio.

**Primer plato:** Arroz, legumbres, pasta, ensaladas o verduras con patata, en los que puede añadirse ocasionalmente para completar, algo de carne o derivados cárnicos, pescado, huevos, etc. El valor nutritivo de este primer plato es el aporte energético, principalmente a partir de los hidratos de carbono complejos. Es importante ingerir la cantidad adecuada de estos alimentos porque las necesidades energéticas son las primeras que deben cubrirse si se quiere que las proteínas de los alimentos cumplan en el organismo con sus funciones.

**Segundo plato:** Carnes, derivados cárnicos, pescado o huevos. Estos alimentos deben aparecer en cantidades moderadas (el hambre no debe saciarse basándose en el consumo de proteínas). Pueden acompañarse de ensalada o verduras o de legumbres o patatas (no siempre fritas, también al horno, en puré...).

**Postres:** Lo mejor es incluir una fruta y alternar con lácteos sencillos (yogur, cuajada, etc.)

**La cena:** Se debería tender a que fuese otro momento de encuentro alrededor de la mesa, en ambiente tranquilo y sin distracciones. La cena debe ser complementaria a la comida, por lo que hay que tener en cuenta los alimentos que se han consumido en casa o en la guardería y no repetidos. La cena debe ser más ligera que la comida, y lo antes posible para que de tiempo de hacer la digestión y dormir bien.

**Recena (antes de acostarse):** Puede ser un buen momento para completar las raciones de lácteos del día incluyendo un vaso de leche o algún derivado (yogur, cuajada...).

## CÓMO COCINAR Y CONDIMENTAR

. Preparar los alimentos con cocciones sencillas (vapor, cocido, escalfado, horno, plancha, rehogados...), para que resulten fáciles de digerir. Se recomienda hervir las verduras con poca agua para limitar las pérdidas de nutrientes solubles en ella. Se sumergirán en agua hirviendo, ya que así se reduce la pérdida de vitaminas.

. Moderar los guisos y estofados grasos (mejor con poco aceite y quitando la grasa visible del alimento antes de su cocinado), frituras, empanados y rebozados.

. Para que la comida resulte más apetitosa se pueden emplear diversos condimentos:

- Ácidos: vinagre (de vino o manzana) y limón.

- Aliáceos: ajo, cebolla, cebolleta, cebollino, chalota, puerro...

- Utilizar hierbas aromáticas suaves: albahaca, hinojo, comino, estragón, orégano, perejil, mejorana...



. El vinagre y el aceite (oliva y semillas) pueden ser macerados con hierbas aromáticas.

. En la elaboración de salsas, los vinos u otras bebidas alcohólicas como ingrediente flambeados pueden hacer más sabrosas diversas recetas, y no hay peligro de que el alcohol pase a la leche ya que este se volatiliza por acción del calor.

## 6. CONCLUSIÓN.

En nuestro país, en los últimos años, el número de operaciones cesáreas ha tenido tendencia creciente dentro de las Instituciones del sector público y particularmente del sector privado ,por lo que consideré necesario establecer cuidados de enfermería que contribuyan al bienestar y recuperación más rápida cuando se someten a esta operación.

Es muy importante tomar en cuenta que la operación cesárea debe estar debidamente indicada identificando los factores de riesgo que conlleva esta operación, como son: infecciones en la herida, infecciones de vías urinarias.

La tendencia indica que la frecuencia de uso de operación cesárea \ irá en aumento .Aunque se debe lograr un descenso del uso de las cesáreas innecesarias en un corto plazo.

Este proceso de atención de enfermería lo llevo a cabo como capacitación del equipo de salud sobre las indicaciones de la operación cesárea, los cuidados específicos que se realizan, los cuidados en el puerperio quirúrgico, los cuidados en la lactancia materna y sobre todo los cuidados cuando existen infecciones de las vías urinarias.

Me ha servido mucho este trabajo ,como proceso de trabajo para visualizar mejor los cuidados que conlleva una paciente femenina en una etapa muy importante de su vida, en la conclusión de su embarazo por medio de la vía cesárea y con una alteración muy común como es la de infección de las vías urinarias ,por lo que concluyo que se han cumplido mis objetivos planteados al inicio de este proceso de atención de enfermería, he aprendido a valorar a la paciente de manera integral con base a sus necesidades, sus cuidados y como apoyarla para el reestablecimiento de sus actividades de la vida diaria.

Ante todo los beneficios de contar con una segunda opción en el área de la cirugía de la obstetricia es sin duda, un avance de utilidad en nuestro país y en toda Latinoamérica y es un apoyo sin duda para la desaparición de la mortalidad materna y fetal por complicaciones que ahora son resueltas por esta vía.

## BIBLIOGRAFÍA

Casanueva, Esther. Et. Al. Nutriología médica. Panamericana. México. 2001.

Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2003- 2004. España. 2003. El Seiver.

Fernández Ferrín, Carmen. El proceso de atención de enfermería. Masson Salvat. Barcelona. 1993.

Friesner Arlyne. Enfermería materna infantil. El manual moderno. México 1984.

Griffit, Chtistensen P J. Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. El manual moderno México. 1986  
<http://trabajoyalimentación.consumer.es/documentos/madre/pautas3.php>

Jean Dickason, Elizabeth. Enfermería materno infantil. Mosby-Doyma. México. 1995.

Kozier, Barbara. Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Interamericana. McGrawHill. España .1990.

Marriney Tomay, Ana. Modelos y teorías en enfermería. Harcout-Brace. 4ta edición. España. 1994

N. Roper. Modelo de enfermería. Interamericana. México. 1998.

Phaneuf, M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Interamericana. Madrid. 1993.

Ramírez Alonso Félix. Obstetricia para la enfermera profesional. El manual moderno. México 2002.

Vademécum de medicamentos.

Watson Hawkins, Joellen. Enfermería ginecológica. y obstetricia. Harla. México. 1984.

Wesley, C.. Teorías y modelos de enfermería. McGrawHill México 1997.



## GUÍA DE VALORACIÓN PARA LA MUJER EMBARAZADA



Fecha de elaboración \_\_\_\_\_ Estudiante de enfermería \_\_\_\_\_

### I. DATOS GENERALES

Nombre de la embarazada _____	
Dirección _____	
Anote en las casillas correspondientes riesgo bajo (B), riesgo medio (M) o riesgo alto (A) respectivamente.	
1. Edad _____ <input type="checkbox"/> 20-30 (B) 15-19 (M) 31-35 14 y - (A) 36 y -	2. Estado civil _____ <input type="checkbox"/> Casada (B) Unión libre Soltera (M) Viuda Sin cónyuge (A)
3. Escolaridad _____ <input type="checkbox"/> 6 y - (B) 1 a 5 (M) cero (A)	4. Ocupación _____
5. Estatura (cm) _____ <input type="checkbox"/> 150 y - (B) 145 a 149 (M) 144 y - (A)	6. Peso al inicio (Kg) _____ <input type="checkbox"/> 51 a 64 (B) 65 a 75 (M) 41 a 50 76 y - (A) 40 y -
Fecha de nacimiento _____	Lugar de nacimiento _____
Residencia _____	Religión _____ Gpo y Rh _____ <input type="checkbox"/> - (B), - no inmunizada (M), - inmunizada (A)
Nombre del cónyuge o persona responsable _____	Edad _____
Escolaridad _____	Ocupación _____ Gpo y Rh _____

### II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Anote en las líneas el parentesco y anote en las casillas: (B) sin antecedente familiar o (M) con antecedente familiar.

7. Diabetes _____ <input type="checkbox"/>	15. Embarazo gemelar _____ <input type="checkbox"/>
8. Hipertensión arterial _____ <input type="checkbox"/>	16. Embarazos múltiples _____ <input type="checkbox"/>
9. Epilepsia _____ <input type="checkbox"/>	17. Malformaciones _____ <input type="checkbox"/>
10. Enfermedad cerebrovascular _____ <input type="checkbox"/>	18. Cardiopatía _____ <input type="checkbox"/>
11. Cáncer _____ zona _____ <input type="checkbox"/>	19. Nefropatías _____ <input type="checkbox"/>
12. Obesidad _____ <input type="checkbox"/>	20. Enfermedad tiroidea _____ <input type="checkbox"/>
13. TB pulmonar _____ <input type="checkbox"/>	21. Enfermedades autoinmunes _____ <input type="checkbox"/>
14. Retraso mental _____ <input type="checkbox"/>	22. Otro _____ <input type="checkbox"/>

### III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Anote en las casillas correspondientes (B) no presenta, (M) controlada o (A) activa

23. Diabetes _____ <input type="checkbox"/>	31. Alergia _____ <input type="checkbox"/>
24. Hipertensión crónica _____ <input type="checkbox"/>	32. Alcoholismo u otras drogas _____ <input type="checkbox"/>
25. Epilepsia _____ <input type="checkbox"/>	33. Tabaquismo _____ <input type="checkbox"/>
26. Enfermedad cerebrovascular _____ <input type="checkbox"/>	34. Cardiopatía _____ <input type="checkbox"/>
27. Cáncer _____ zona _____ <input type="checkbox"/>	35. Nefropatías _____ <input type="checkbox"/>
28. Obesidad _____ <input type="checkbox"/>	36. Enfermedad tiroidea _____ <input type="checkbox"/>
29. TB pulmonar _____ <input type="checkbox"/>	37. Enfermedades autoinmunes _____ <input type="checkbox"/>
30. Retraso mental _____ <input type="checkbox"/>	38. Hipercolesterolemia _____ <input type="checkbox"/>
	39. Otro _____ <input type="checkbox"/>
40. ¿Usa medicamentos por indicación médica o automedicación? ¿cuáles? _____	

#### IV. ANTECEDENTES EN ANTERIORES EMBARAZOS

Anote en las casillas correspondientes riesgo bajo (B), riesgo medio (M) o riesgo alto (A) respectivamente

41. Paridad <input type="checkbox"/> 1 a 3 (B), <input type="checkbox"/> 4 a 6 (M) <input type="checkbox"/> Nulipara normal (B) <input type="checkbox"/> difícil (M) <input type="checkbox"/> traumático (A)	46. Gemelaridad <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> 2 fetos (M) <input type="checkbox"/> 3 fetos y - (A)	50. Hijos - de 2500g <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> 1 (M) <input type="checkbox"/> 2 y - (A)
42. Parto anterior <input type="checkbox"/> normal (B) <input type="checkbox"/> difícil (M) <input type="checkbox"/> traumático (A)	47. Parto pretérmino <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> 1 (M) <input type="checkbox"/> 2 y - (A)	51. Hijos de - de 4000g <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> sí (A)
43. Abortos consecutivos <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> 1 y - (M) <input type="checkbox"/> 2 y - (A)	48. Preeclampsia <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> sí (M)	52. Cirugía pélvica <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> ginecológica (M) <input type="checkbox"/> en útero (A)
44. Muerte perinatal <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> 1 (M) <input type="checkbox"/> 2 y - (A)	49. Cesáreas previas <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> 1 (M) <input type="checkbox"/> 2 y - (A)	53. Otro, especifique _____ _____ _____
45. Malformaciones <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> sí (A)		

#### V. EMBARAZO ACTUAL

54. Consanguinidad <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> sí (A)	60. Alcohólicismo <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> sí (M)	66. Hb en g. <input type="checkbox"/> 11 y - (B) <input type="checkbox"/> 8 a 10,9 (M) <input type="checkbox"/> 4-5 (A)
55. Tabaquismo n° al día <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> sí (M)	61. Toxicomanías <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> sí (M)	67. Hemorragia ginecológica <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> activa (A)
56. Amenaza de aborto <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> controlada (M) <input type="checkbox"/> activa (A)	62. A.P.P. <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> controlada (M) <input type="checkbox"/> activa (A)	68. Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> controlada (M) <input type="checkbox"/> activa (A)
57. Cardiopatía <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> controlada (M) <input type="checkbox"/> activa (A)	63. Nefropatía <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> controlada (M) <input type="checkbox"/> activa (A)	69. Otros, especifique _____ _____ _____
58. Preeclampsia <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> controlada (M) <input type="checkbox"/> activa (A)	64. RPM <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> 12 hrs. y - (M) <input type="checkbox"/> 13 hrs. y - (A)	
59. Torch <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> controlada (M) <input type="checkbox"/> activa (A)	65. ITS <input type="checkbox"/> no (B) <input type="checkbox"/> controlada (M) <input type="checkbox"/> activa (A)	

Si es necesario ampliar la información acerca de los puntos del apartado V, hacerlo aquí \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### VI. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Después de realizar el análisis anote en la casilla si el riesgo es bajo (B), o medio (M)

##### 70. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD.

Pavimentación _____	Iluminación _____	Banquetas _____	Recol. de basura _____
Medios de transporte _____	Centros educativos _____		
Centros de salud _____	Centros de recreación _____		
Centros comerciales _____	Fábricas contaminantes _____		

##### 71. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Propia o rentada _____	Material de construcción _____	
Casa o departamento _____	Iluminación _____	Ventilación _____
Nº de habitaciones _____	Higiene de la vivienda _____	
Convivencia con animales _____	Forma de recolectar basura (bote, bolsas, no recolecta) _____	
Hacinamiento, especifique _____	Fauna nociva _____	

##### 72. HABITOS HIGIENICOS

Baño _____	Cambio de ropa interior _____	Lavado de manos _____
Higiene bucal _____	_____	

### 73. DESCANSO, SUEÑO Y ACTIVIDAD

Descanso, tipo y frecuencia al día \_\_\_\_\_

Cuántas horas duerme al día, características (amanece descansada, pesadillas) \_\_\_\_\_

Hábitos para favorecer el sueño \_\_\_\_\_

Actividades que realiza en el hogar \_\_\_\_\_

Actividades que realiza en el trabajo \_\_\_\_\_

Actividades que realiza en su tiempo libre \_\_\_\_\_

Practica ejercicio para facilitar el T. de P., tipo y frecuencia \_\_\_\_\_

### 74. ALIMENTACIÓN

Nº de comidas que realiza al día y en dónde come \_\_\_\_\_

Existencia de intolerancia a alimentos, en caso afirmativo, especificar \_\_\_\_\_

Alimentos que gustan / desagradan \_\_\_\_\_

Suplementos alimenticios / vitaminas, especificar \_\_\_\_\_

Uso de medicamentos relacionados con la ingestión / digestión, especificar \_\_\_\_\_

¿Qué sentido le da a la comida? (placer, sobrevivir, no le encuentra mucha importancia) \_\_\_\_\_

¿Con quien come y dónde come? \_\_\_\_\_

Frecuencia semanal del consumo completo/incompleto y cantidad diaria de:

carne _____	verdura _____	aceite vegetal _____	Cereal _____
huevo _____	fruta _____	mantequilla _____	Leguminosas _____
quesos _____		manteca _____	Arroz _____
pescado _____		chocolate _____	nº de pan blanco _____
leche _____			nº de pan de azúcar _____
yoghurt _____	sal _____	frituras _____	galletas _____
	azúcar _____	embutidos _____	torrijas _____
	dulces _____	enlatados _____	pastas _____

### 75. INGESTIÓN DE LIQUIDOS

Líquidos que consume en 24 hrs., cantidad y tipo \_\_\_\_\_

Líquidos que le gustan/desagradan \_\_\_\_\_

Preferencia en cuanto a temperatura de líquidos \_\_\_\_\_

Problemas durante la ingestión de sólidos y líquidos. Especifique \_\_\_\_\_

anorexia \_\_\_\_\_ náusea \_\_\_\_\_ vómito \_\_\_\_\_ pirosis \_\_\_\_\_ polifagia \_\_\_\_\_  
 periferia \_\_\_\_\_ regurgitación \_\_\_\_\_ gastritis \_\_\_\_\_ diarrea \_\_\_\_\_

### 76. ELIMINACIÓN

Eliminación intestinal, características y nº de veces \_\_\_\_\_

Eliminación vesical, características y nº de veces \_\_\_\_\_

Problemas en la eliminación intestinal y vesical \_\_\_\_\_

Infección urinaria no (B), controlada (M) activa (A) \_\_\_\_\_

### 77. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA

Nº de integrantes \_\_\_\_\_ tipo de familia: nuclear \_\_\_\_\_ extensa \_\_\_\_\_ monoparental: \_\_\_\_\_

Características de la familia (integrada, desintegrada) \_\_\_\_\_

Comunicación con la pareja \_\_\_\_\_

Relaciones sexuales satisfactorias \_\_\_\_\_ no satisfactorias, especifique \_\_\_\_\_  
 no tiene, especifique \_\_\_\_\_

## 78. AUTOIMAGEN/AUTOCONCEPTO, RELACIONES SOCIALES Y ESTRÉS

El embarazo fue planeado?, especificar \_\_\_\_\_

¿El embarazo es aceptado?, especificar \_\_\_\_\_

¿Cómo se siente al encontrarse embarazada? \_\_\_\_\_

Preparativos para la llegada del recién nacido, especificar \_\_\_\_\_

Que persona le ayudará cuando el bebé nazca ¿lo ha pensado? \_\_\_\_\_

Cree que su religión influye en el embarazo y nacimiento, ¿de que manera? \_\_\_\_\_

Tiene alguna práctica o costumbre en el cuidado del embarazo y nacimiento, especifique \_\_\_\_\_

Cuenta con amigos, ¿cada cuánto los ve? \_\_\_\_\_

Dificultades para el cumplimiento de rol como esposa, madre, trabajadora, embarazada, especifique: \_\_\_\_\_

Preocupaciones relacionadas con el embarazo, especifique \_\_\_\_\_

Manejo del estrés (situaciones de angustia o tensión) ¿cómo las maneja o controla? \_\_\_\_\_

## 79. CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO

Inmunizaciones aplicadas antes y durante el embarazo \_\_\_\_\_

Conocimiento acerca del embarazo y sus cuidados \_\_\_\_\_

Conocimiento de datos de alarma en el embarazo \_\_\_\_\_

Conocimiento de trabajo de parto y parto, así como de la cesárea \_\_\_\_\_

Preparación para la lactancia \_\_\_\_\_

## 80. NIVEL SOCIOECONÓMICO

Nivel socioeconómico	0	1	2	total
Piso	Cemento-moseteo madera		Tierra	
Agua	Intracomunitaria	Fuera de la vivienda pero Dentro edificio o vecindad De la llave pública	No dispone de agua Acarrea	
Baño	Dentro de la vivienda	Fuera de la vivienda	No dispone de baño	
Drenaje	Conectado al drenaje de la calle	Conectado a una fosa séptica	Desagua al suelo, canales o lagos	
No. de cuartos para Dormir _____ No. Total de personas (Que habitan la vivienda _____)	1 cuarto hasta 3 pers. 2 cuartos hasta 6 pers. 3 cuartos hasta 9 pers. 4 cuartos hasta 12 pers. 5 cuartos hasta 15 per	1 cuarto con 4 o 5 per. 2 cuartos con 7 a 10 per. 3 cuartos con 10 a 15 per. 4 cuartos con 13 o - per. 5 cuartos con 16 o - per.	1 cuarto con 6 o - per 2 cuartos con 11 o - 3 cuartos con 16 o - 4 cuartos con 20 o - Cuanto redondo	
Tiene refrigerador	Si		No	
Tiene lavadora	Si		No	
Tiene computadora	Si		No	
Tiene horno microondas	Si		No	
Tiene automóvil	Si		No	
			suma total	

SI LA SUMATORIA FUE 15-20 CLASIFICACION RIESGO ALTO (A)  
 SI LA SUMATORIA FUE 6-14 CLASIFICACION RIESGO MEDIO (M)  
 SI LA SUMATORIA FUE 0-5 CLASIFICACION RIESGO BAJO (B)

VII ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS. ANOTE EN LA CASILLA EL RIESGO.

31. GINECOLÓGICOS

Tararea \_\_\_\_\_ Pubarrea \_\_\_\_\_ Menarrea \_\_\_\_\_ Ciclos \_\_\_\_\_ Dismenorrea \_\_\_\_\_ Incapacitante \_\_\_\_\_

Uso de métodos anticonceptivos (cuál, año, duración) \_\_\_\_\_

¿Utilizará un método anticonceptivo posterior al embarazo?, especificar \_\_\_\_\_

DOC CU y de mama. (último año, resultado.) \_\_\_\_\_  si ha realizado (B), no o - (M)

IVSA \_\_\_\_\_ Nº de compañeros sexuales \_\_\_\_\_ Con protección o sin protección \_\_\_\_\_  sexo seguro(B), sin protección (A)

32. OBSTÉTRICOS

PAR \_\_\_\_\_

G \_\_\_\_\_  1-3 (B), -3 (M)

P \_\_\_\_\_  1-3 (B), nullipara (M) 4 y -

Abortos consecutivos \_\_\_\_\_  0 (B), 2 y - (M)

C \_\_\_\_\_  0 (B), 1 (M) 2 y - (A) FPP \_\_\_\_\_ SDG \_\_\_\_\_

Periodo intergenésico \_\_\_\_\_  1-3 años (B), -1 año (M)

En el embarazo salida de secreción vaginal características, tratamiento) \_\_\_\_\_  no(B), si (M)

33. Características de los embarazos previos:

nº de gestas	fecha de nacimiento	resolución del embarazo	defectos al nacimiento	peso del r.n.	apgar	sexo	muerte antes del primer mes	duración de lactancia
GI								
GII								
GIII								
GIV								
GV								

VIII. RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE QUE DETERMINEN RIESGO



IX EXPLORACIÓN FÍSICA (cefalocaudal o por aparatos y sistemas)

Peso actual	T/A	Pulso	Respiración	Temperatura
-------------	-----	-------	-------------	-------------

X. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y OBSTETRICOS JERARQUIZADOS (uso de diagnósticos de la NANDA)


XI. PLAN DE INTERVENCIONES, en hospital actividades independientes y dependientes (indic. médicas)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS A ALCANZAR	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
JERARQUIZADOS Y UTILIZANDO LOS DIAGNÓSTICOS DE LA NANDA			