



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y
COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE DE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12
ACUERDO CIRE NÚMERO 203/99 DEL 25/06/1999

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

NOMBRE DE LA OPCIÓN: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO PACIENTE CON
DETERIORO
DE LA INTEGRIDAD TISULAR RELACIONADO CON PROCEDIMIENTO
QUIRÚRGICO (CESÁREA)**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA;

SAYRA RUBIO GÓMEZ

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. NORMA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

FECHA

CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y
COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE DE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12
ACUERDO CIRE NÚMERO 203/99 DEL 25/06/1999

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

NOMBRE DE LA OPCIÓN: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO PACIENTE CON
DETERIORO
DE LA INTEGRIDAD TISULAR RELACIONADO CON PROCEDIMIENTO
QUIRÚRGICO (CESÁREA)**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA;

SAYRA RUBIO GÓMEZ

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. NORMA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

FECHA

OCTUBRE 2021



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y
COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.
CLAVE DE INCORPORACIÓN 3095-12 ACUERDO CIRE NÚMERO 203/99

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
PRESENTE.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Proceso Atención de Enfermería
Aplicado Paciente con Deterioro de la Integridad Tisular Relacionado con
Procedimiento Quirúrgico (Cesárea)

Elaborado por:

1.	<u>Rubio</u>	<u>Gómez</u>	<u>Sayra</u>	<u>No. Cuenta</u>	<u>416523425</u>
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
	Apellido paterno	Materno	Nombre(s)	No. Cuenta	

Alumno (s) de la carrera de: Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México; a 13 de octubre del 2021


Lic. Enf. Norma María Sánchez Martínez
Nombre y firma del Asesora


Mtra. Silvia Vega Hernández
Nombre y Directora Técnica de la carrera



Sello de la institución

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Lorenzo y Susana quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A la memoria de mi primo Edwin por ser un pilar fundamental en mi vida, sus enseñanzas y valores los mantendré conmigo el resto de mi vida.

INDICE

INTRODUCCIÓN	8
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	12
MARCO TEÓRICO	13
4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR.	13
4.1.1 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMERÍA QUE LA SUSTENTAN COMO DISCIPLINA Y PROFESIÓN	13
4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	15
4.2.1 ENFOQUE FILOSÓFICO, TEÓRICO, METODOLÓGICO Y PRÁCTICO	15
4.2.2 TIPOS DE CUIDADO	18
4.3 MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA.....	20
4.3.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y CLASIFICACIÓN.....	22
4.3.2 RELACIÓN DE LOS MODELOS Y TEORÍAS CON EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	23
4.3.3 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN LA APLICACIÓN DEL P.A. E	30
4.3.4 MODELO O TEORÍA UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL P.A.E ...	33
4.4 EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA BRINDAR CUIDADO A LA PERSONA.....	44
4.4.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS	45
4.4.2 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	47
4.5 LA PERSONA	49
4.5.1 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.....	49
4.5.2 PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES	76
4.5.3 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	77

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO.....	96
5.7 PLAN DE ALTA	147
CONCLUSIÓN	150
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	152
ANEXOS	160

INTRODUCCIÓN

El presente proceso atención de enfermería se realizó para identificar la importancia que conllevan los cuidados de enfermería después de un procedimiento invasivo como lo es la cesárea, por lo tanto, la atención prestada a la mujer en el estado de puerperio debe estar basada en los cuidados para su evolución normal, el uso de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones. El respeto a la evolución natural de la mujer post cesárea se basa en la identificación de los signos y síntomas de alarma, la aplicación de las intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades y deseos de cada mujer. La atención de calidad a las mujeres conlleva: el seguimiento eficaz de los cuidados empleados, la ejecución adecuada del proceso atención de enfermería, la aplicación de procedimientos basados en la evidencia científica y la implicación de las usuarias.

Para la realización de este trabajo se seleccionó una paciente del Hospital General Gregorio Salas post Cesárea a la que se le aplicó el proceso enfermero en cada de las etapas que lo componen, se aplicó el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, tratando de ajustar cada una de las acciones implementadas para el desarrollo del mismo en pro de dar respuesta a los objetivos propuestos y establecidos en dicho trabajo.

Las cesáreas son cada vez más frecuentes, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como cualquier embarazo futuro.¹

¹ de intentar alcanzar una tasa determinada. DHT lo PPRC a. T las MQ lo N en L. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Who.int. [accessed 6 Oct 2021] Available from:

La indicación más común para realizar el parto por cesárea fue a petición materna (28, %), seguida de desproporción céfalo pélvica (DCP) (14,1%), sufrimiento fetal (12,5%), cesárea previa (10,3%), presentación deficiente y presentación de nalgas (6,6%), macrosomía (6,1%) y otras indicaciones (22,1%).²

Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso de recuperación y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida que adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=D684AD2303A8453E5A6759860594D9B0?sequence=1

² Sinchitullo Castillo AE, Roldán-Arbieto L, Arango-Ochante PM. Factors associated with cesarean delivery in a Peruvian Hospital. Rev Fac Med Humana. 2020;20(3):452–9.

JUSTIFICACIÓN

La importancia de realizar este proceso atención de enfermería es que nos permite conocer uno de los procedimientos que actualmente es muy común en el área hospitalaria como lo es la cesárea así como los cuidados adecuados que debe tener una madre durante esta etapa, es de vital importancia contar con dichos conocimientos ya que los profesionales de la salud deben brindar atención y promoción a la salud durante la práctica clínica, guiándolas y orientándolas hacia una maternidad sana, brindándoles información acerca de estos procedimiento y el adecuado cuidado que debe tener a través de una sana alimentación, una buena higiene personal y con ello prevenir posibles complicaciones.

Las defunciones maternas ocupan el segundo lugar dentro de las causas de mortalidad que afectan a las mujeres. Cada año mueren por complicaciones en el parto, puerperio y así como procedimientos quirúrgicos unas 287 000 mujeres, el 99% de ellas en países en desarrollo, es por ello que los futuros profesionales de la salud deben tener las habilidades técnicas y científicas necesarias para poder brindar una adecuada promoción a la salud y a su vez prevenir dichas complicaciones.³

Dado que la morbi-mortalidad perinatal y materna, así como la estadía hospitalaria aumentan al doble cuando se hace uso de la operación cesárea, y de igual manera los trastornos respiratorios neonatales, prematurez y eventos adversos, la cesárea debería de ser de beneficio conjunto para madre e hijo y estar apoyada en el conocimiento científico, debería de ser transparente y no tema de discusión de si hay ventajas o no de realizarla.⁴

Nuestra meta como promotoras de la salud en enfermería es lograr ayudar a la mujer a finalizar esta etapa del embarazo con calidad, humanismo y calidez, ya que para ella debe de ser totalmente placentera y sin complicaciones.

³ OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018. Acceso 21 de Mayo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>.

⁴ Aguilera S. Control Prenatal y cesárea. Revista medica Clinica Las Condes. 2014; 25(6).

En ese sentido, el pasante de enfermería, es un futuro profesional de la salud, que debe adquirir experiencia al elaborar y ejecutar un proceso atención de enfermería, que le permita individualizar y jerarquizar las necesidades de la paciente a través de una valoración clínica e identificar las necesidades, para implementar las intervenciones y actividades de enfermería, que coadyuve a la delimitación de complicaciones y a la pronta recuperación de la paciente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso atención de enfermería (P.A.E) a la paciente post-Cesárea, en el Hospital General Dr. Gregorio Salas utilizando el modelo de Virginia Henderson que nos permita identificar las necesidades alteradas e implementar intervenciones de enfermería de acuerdo a la taxonomía NANDA, NIC, NOC con eficiencia y eficacia que coadyuve a la recuperación y satisfacción del paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicar la valoración de enfermería identificando datos objetivos y subjetivos.
- Jerarquizar las necesidades de acuerdo a los datos obtenidos en la valoración
- Implementar el plan de cuidados de enfermería utilizando las taxonomías NIC y NOC
- Realizar la evaluación de resultados posteriores a la atención de enfermería brindada al paciente.
- Dar continuidad a cada una de las intervenciones y actividades de enfermería establecidas.

MARCO TEÓRICO

4.1 Enfermería como Profesión disciplinar.

Enfermería como disciplina, científica, integrada por ciencia y profesión, está compuesta por conocimientos que se aplican a partir de una forma particular de ver una situación y de la relación sujeto-objeto que permiten desarrollar su praxis. Esta condición lleva a reflexionar sobre los fundamentos que la respaldan como una disciplina social. Enfermería entrelaza pasado, presente y futuro. Históricamente se ha demarcado como una práctica caracterizada por la feminización de la profesión, la supeditación del desempeño a la enseñanza e indicación médica y anclaje por al modelo biomédico centrado en enfermedad. Para definir Enfermería como una disciplina social, algunos muros deben ser derribados: comunicar y divulgar; interrelación práctica y conocimientos; interrelación con otras disciplinas; necesidad de que el objeto central para la disciplina sea unificado, desde el conocimiento construido, ir más allá de la práctica y reflexionar sobre la palabra cuidado. Las investigaciones evidencian como preponderante las relaciones que establece Enfermería con las personas en todos los ámbitos de acción.⁵

4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina y profesión

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta.

⁵ Barboza, V. V. (15 de Marzo de 2011). *Enfermería: una disciplina*. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art6.pdf>

- **Enfermería:** Es una ciencia que aborda el cuidado de la salud del ser humano. Comprende el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud. Desde otra perspectiva, puede suplir o complementar el cuidado de los pacientes desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. La enfermería forma parte de las ciencias de la salud
- **La atención especializada:** Es un conjunto de medios humanos y materiales del sistema de salud, puestos a disposición de la población para atender los problemas sanitarios de mayor complejidad y que, por ello mismo, superan las posibilidades de la atención primaria.⁶
- **Independencia:** Hace referencia a las acciones que la persona lleva a cabo para conseguir el máximo estado de bienestar y de salud, desarrollando sus competencias reales y potenciales.
- **Dependencia:** Es la inadecuación y/o insuficiencia, real o potencial, de las acciones que la persona lleva a cabo por sí misma, para satisfacer las necesidades básicas, teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de salud en la que se encuentra.
- **Formulación diagnóstica:** Cuando nos referimos a los diagnósticos, nos referimos a la utilización del código NANDA. Para que sea una herramienta útil a la intervención enfermera, es necesario que la formulación diagnóstica cumpla un mínimo de coherencia entre diferentes aspectos de índole diversa, todos ellos presentes en cualquier nivel de la atención gerontológico, en nuestro escenario socio sanitario.⁷

⁶ M D. space. [Online].; 2016. Acceso 21 de Junio de 2021. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/70159/1/2016_Mena_etal_Cuidados-basicos-de-enfermeria.pdf.

⁷ Vernet F. Scielo. [Online].; 2007. Acceso 21 de Junio de 2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000200004.

4.2 El cuidado como objeto de estudio

“El objeto de estudio de la profesión es el cuidado de enfermería al hombre, la familia y la comunidad sanos y/o enfermos en relación recíproca con su medio social y tomando como base las necesidades humanas y su satisfacción a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, bajo un prisma dialéctico materialista.” (Puga, 2007)

Cuando una persona sufre un ictus, este accidente rompe la continuidad vital, y el trabajo de las enfermeras, entonces, se enfoca a descubrir la necesidad, su estilo de vida, sus prácticas cotidianas, aquellas que se han deconstruido; y a evaluar las actitudes y los recursos de las personas, plantear estrategias de salud adaptativa, para que la persona consiga sus elementos de normalidad y de cotidianidad y con todo ello dar seguridad y calidad a su vida.⁸

4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico

➤ FILOSÓFICO:

La filosofía de Enfermería comprende el sistema de creencias y valores de la profesión, incluye también una búsqueda constante de conocimientos, y, por tanto, determina la forma de pensar sobre los fenómenos y, en gran medida, de su manera de actuar, lo que constituye un elemento de vital importancia para la práctica profesional.

Enfermería: Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas.

Cuidado: Noddings (1984, 2003): considera que el cuidado es un ideal ético, y su aspecto fundamental consiste en tratar de comprender la realidad del otro “entrar en el otro”. El cuidado representa un compromiso, pues al decidirse por cuidar uno

⁸ Masson, N. G. (2014). De La Teoría A La Práctica El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo XXI. En Masson. España: 2da.

se compromete. Cuidar es la acción, y actuar como cuidadora incluye afecto y consideración; implica promover el bienestar del otro, es a través del acto de cuidar que el ser se humaniza.⁹

➤ **ÉTICO:**

Conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida. Ética profesional, cívica, deportiva.

Valores: Es aquello que se da como cierto, bueno, bello, según los criterios personales o sociales y que motiva las elecciones de los individuos o de la sociedad. Cuando se habla de valores dentro de los modelos conceptuales se hace referencia a las creencias subyacentes a la concepción del modelo y, en el caso de Henderson, pueden ser deducidos a partir de las siguientes afirmaciones:

Respeto: Requiere aprender a escuchar a los otros cuidando todas las formas de vida diferentes.

Libertad: Es un valor que nos ayuda a realizarnos como personas. La libertad individual se enmarca dentro de lo social. Esta dinámica está íntimamente relacionada con el respeto y la responsabilidad.

Justicia: Es un valor importante porque busca el equilibrio entre el propio bien y el de la sociedad. La justicia da a cada ciudadano lo que le corresponde para suplir sus necesidades básicas para que pueda aportar a la sociedad.

Tolerancia: Es el valor que concede dignidad, libertad y diversidad en una sociedad, asumiendo que todos somos diferentes.

Equidad: Es tratar a todos por igual, independiente de su clase social, raza, sexo o religión.

⁹ Navarro G. De La Teoría A La Práctica El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo XXI. 1st ed. España: Masson. 2014.

Responsabilidad: Significa asumir las consecuencias de nuestros actos y cumplir con nuestros compromisos y obligaciones ante los demás.

➤ PRINCIPIOS ÉTICOS

Beneficencia: benevolencia o no-maleficencia, principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficis, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

Autonomía: principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección.

Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales.

Uno de los problemas en la aplicación del principio de autonomía en los cuidados de enfermería, es que el paciente puede presentar diferentes niveles de capacidad de tomar una decisión autónoma, dependiendo de sus limitaciones internas (aptitud mental, nivel de conciencia, edad o condición de salud) o externas (ambiente hospitalario, disponibilidad de recursos existentes, cantidad de información prestada para la toma de una decisión fundamentada, entre otras).

Justicia: una vez determinados los modos de practicar la beneficencia, el enfermero necesita preocuparse por la manera de distribuir estos beneficios o recursos entre sus pacientes como la disposición de su tiempo y atención entre los diversos pacientes de acuerdo a las necesidades que se presentan.

Fidelidad: principio de crear confianza entre el profesional y el paciente. Se trata, de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación con el paciente, en que el enfermero debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad.

Veracidad: principio ético de decir siempre la verdad, no mentir y ni engañar a los pacientes. En muchas culturas la veracidad ha sido considerada como base para el establecimiento y manutención de la confianza entre los individuos.

Confidencialidad: principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes.¹⁰

4.2.2 Tipos de cuidado

Los cuidados de enfermería tienen la finalidad de permitir a las personas desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva o social que conlleva ésta última. Entendiendo al cuidado como el eje de atención de enfermería, es necesario plantear la base teórica fundamental que sustente el conocimiento enfermero. El proceso de cuidar comienza por un acto de reflexión de las necesidades vitales y sus respuestas, por lo tanto, es obligatorio demandar conocimientos de todos los dominios que hablen del hombre y la infinita variedad de actividades humanas. Esto nos hace recurrir en primera instancia a la base fundamental de las ciencias: la filosofía, entendida ésta como la ciencia cuyo objeto de estudio es el ser (todo) en cuanto a sus últimas causas a la luz natural de la razón.

¹⁰ Navarro G. De La Teoría A La Práctica El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo XXI. 1st ed. España: Masson. 2014.

Según Collier los cuidados que se proporcionan con instrumentos de alta tecnologías son probablemente la mejor imagen de la atención de enfermería, ya que aúnan los aspectos tecnológicos con la mirada profesional humana y social que precisa una persona con problemas que requieren una alta intensidad de cuidado. En cuanto a la Enfermería las tecnologías se constituyen en el paradigma emergente el cual está en fase de construcción, entendido este como la aplicación de la técnica y la tecnología constituyendo un punto de partida para “el hacer” al proporcionar cuidados, resolver situaciones y contribuir al bienestar del hombre y al mantenimiento de la vida.

Tecnología del cuidado para el mantenimiento de la vida (CARE): Son de gran variedad y deben ser objeto de la imaginación y la creatividad ya que sirven para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana como son la alimentación, el vestido, el aseo, la evacuación, entre otras acciones que requieran de nuestra asistencia.

- **Cuidados care:** Estos son los cuidados de costumbres habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida, este se inscribe en los seres vivos desde el principio de los tiempos, los cuidados nacen a partir de necesidades básicas. Representa todos los cuidados permanentes y cotidianos que tiene como única función mantener la vida reaprovisionándola de energía en forma de alimentos o de agua, comer, evacuar, levantarse, moverse, desplazarse, respirar. Estos cuidados están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y creencias.
- **Cuidados cure:** Los cuidados cure, son los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad garantiza la continuidad de la vida curando todo aquello que la obstaculice. (Monitorización de signos vitales, administración de medicamentos, etc.)

4.3 Modelos y Teorías de enfermería

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Florence Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería.

Desde 1860 a 1959.

1. En 1860, Florence Nightingale desarrolló su “Teoría del Entorno”, en 1952 funda la revista “Nursing Research”.
2. En 1952, Hildegard Peplau publica su “Modelo de Relaciones Interpersonales”, “Interpersonal Relations in Nursing”
3. En 1955, Virginia Henderson publica “Definition of Nursing”.
4. A mediados de los cincuenta, el Teachers College, de la Universidad de Columbia, de la ciudad de Nueva York, comenzó a ofrecer programas doctorales y de experto sobre educación y administración en enfermería, que desemboca en la participación de los estudiantes en el desarrollo y la comprobación de las teorías.

Desde 1960 a 1969.

1. La Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, de New Haven, Connecticut, definió la enfermería como un proceso, interacción y relación.
2. El gobierno de los Estados Unidos consolida los programas de doctorado y experto en enfermería.
3. En 1960, Faye Abdellah publica su “Teoría de Tipología de los problemas de Enfermería”
4. En 1961, Ida Orlando publica su “Teoría del proceso Deliberativo”.
5. En 1962, Lydia Hall publica su “Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación”.
6. En 1964, Ernestine Wiedenbach publica su “Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica”.
7. En 1966, Myra Levine publica su “Modelo de la Conservación”.
8. En 1969, Doroty Johnson publica su “Modelo de Sistemas Conductuales”.

Desde 1970 a 1979.

1. En 1970, Martha Rogers publica su “Modelo de los Seres Humanos Unitarios”.
2. En 1971, Dorothea Orem publica su “Teoría General de la Enfermería”.
3. En 1971, Imogene King publica la “Teoría del Logro de Metas”.
4. En 1972, Betty Neuman publica su “Modelo de Sistemas”.
5. En 1976, la Hermana Callista Roy publica su “Modelo de Adaptación”.
6. En 1978, Madeleine Leininger publica su “Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales”.
7. En 1979, Jean Watson publica su “Teoría del cuidado Humano”.

Desde 1980 a 1989.

1. En 1980, Evelyn Adam publica su “Modelo Conceptual de Enfermería”.
2. En 1980, Joan Riel-Sisca publica su “Modelo de Interaccionismo Simbólico”.
3. En 1981, Rosemary Rizzo Parse publica su “Teoría del Desarrollo Humano”.
4. En 1982, Joyce Fitzpatrick publica su “Modelo de la Perspectiva de Vida”.
5. En 1983, Kathryn Barnard publica su “Modelo de Interacción Padre-Hijo”.
6. En 1983, Helen Erickson, Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain publican su “Teoría Modelación del Rol”.
7. En 1984, Patricia Benner publica su “Modelo del Aprendiz al Experto”.
8. En 1985, Ramona Mercer publica su “Teoría del Talento para el Papel Materno”.
9. En 1986, Margaret Newman publica su “Teoría de la Salud”.¹¹

¹¹ Enfermería, l. a. (10 de Marzo de 2009). *Artemisa*. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

4.3.1 Definición, objetivos y clasificación

➤ Modelos teóricos

Son representaciones que ayudan a comprender aquello que no se puede ver. Son abstracciones simbólicas de la realidad enfermera que intentan describir conceptos y relacionarlos entre sí, al mismo tiempo que pretenden hacer una propuesta de funcionamiento de la realidad enfermera.

➤ Teorías de enfermería

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno. Define relaciones entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos. Se diferencia del modelo en que es más concreta, menos abstracta y puede proporcionar una dirección específica para orientar la práctica.

Los modelos y teorías de enfermería tienen en común el metaparadigma del que parten.

Clasificación

- **Interacción:** se fundamentan en las relaciones entre las personas. Para lograr el objetivo perseguido es necesario establecer una interacción recíproca. Las características personales, el autoconcepto y las capacidades comunicativas son pilares básicos en estos modelos. La persona constituye un elemento activo en el cuidado de su salud, y la atención se centra en ella.
- **Evolucionistas:** se centran en la teoría del desarrollo, subrayan el progreso, la maduración y el crecimiento. Su atención se centra en el cambio como fenómeno ordenado y predecible, y que toma una dirección concreta. El principal objetivo del modelo es potenciar el crecimiento personal del individuo.
- **De necesidades humanas:** el núcleo en el que se fundamentan las acciones enfermeras es la teoría de las necesidades humanas, para la vida y la salud.

- **De sistemas:** se basan en la concepción de las personas como sistemas abiertos, que mantienen una relación de retroalimentación con el entorno. El estado óptimo del sistema es el equilibrio, que se alcanza cuando las fuerzas externas e internas están compensadas. La meta es considerar los fenómenos de forma global más que como la suma de sus partes.¹²

4.3.2 Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería

➤ Florence Nightingale “Teoría del entorno”

Florence Nightingale inició su instrucción como enfermera en 1851 en Kaiserwerth, Alemania, su experiencia en el trato con soldados enfermos y heridos durante la Guerra de Crimea, influyó enormemente en su filosofía de la enfermería. Formuló sus ideas y valores gracias a los años de trabajo caritativo en enfermería hospitalarias y militares.

Es considerada como la primera teórica de enfermería, la información que se ha obtenido acerca de su teoría ha sido a través de la interpretación de sus escritos. Nightingale instauró el concepto de educación formalizada para las enfermeras.

En 1852 Florence Nightingale con su libro “Notas de Enfermería” sentó las bases de la enfermería profesional; Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

¹² Enfermería MCOd. Modelos y teorías de enfermería. [Online].; 2009. Acceso 12 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050>.

Ella afirma”: Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”. Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia. La teoría de Nightingale ha influido significativamente en otras teorías: Teoría de la Adaptación, Teoría de las Necesidades y Teoría del Estrés.¹³

Metaparadigma

- **Persona:** ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera, denominada por Nightingale como paciente. Entorno: condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida.
- **Salud:** bienestar mantenida. Para Nightingale la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza.
- **Enfermería:** la que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad. La que facilita la reparación de una persona.
- **Epistemología:** El fundamento de la teoría de Nightingale es el entorno: todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida y el desarrollo de un organismo. Nightingale describe cinco componentes principales de un entorno positivo o saludable: ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de los efluvios y control del ruido.

Para Nightingale el entorno físico está constituido por los elementos físicos en los que el paciente es tratado, tales como la ventilación, temperatura, higiene, luz, ruido y la eliminación. Para Nightingale el entorno psicológico puede verse afectado negativamente por el estrés y según Nightingale el entorno social que comprende el aire limpio, el agua y la eliminación adecuada implica la recogida de datos sobre la enfermedad y la prevención de la misma.

¹³ G, F. C. (05 de Febrero de 2009). *Universidad de cuaca*. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

➤ **Virginia Henderson. “Definición de enfermería”**

Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la 1ra Guerra Mundial. Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica.

En 1955 publicó su “Definición de Enfermería”, en 1966 perfiló su Definición en el libro: “The Nature of Nursing”.¹⁴

Metaparadigma:

- **Persona:** Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.
- **Entorno:** Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y, por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera. La salud puede verse afectada por factores: Físicos: aire, temperatura, sol, etc. y Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.
- **Salud:** La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.
Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).

¹⁴ G, F. C. (05 de Febrero de 2009). *Universidad de cuaca*. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).

Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).

Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

➤ **Enfermería:** La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito. Desde nuestro punto de vista esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

➤ **Epistemología:** Aunque la mayor parte de su teoría está basada, como así define en su libro, "The.Nature of Nursing", en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física, también utiliza la observación de su práctica diaria para dar forma a su teoría.

El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente 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 este para proporcionar el cuidado al paciente.

Identificación de tres modelos de función enfermera:

Sustituta: Compensa lo que le falta al paciente.

Ayudante: Establece las intervenciones clínicas.

Compañera: Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.¹⁵

➤ **Dorothea Orem. “teoría general de la enfermería”.**

La Teoría General de la Enfermería de Dorothea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Metaparadigma:

- **Persona:** Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.
- **Entorno:** es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.
- **Salud:** es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.
- **Enfermería como cuidados:** El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas

¹⁵ G, F. C. (05 de Febrero de 2009). *Universidad de cuaca*. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

- **Epistemología:** La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización hizo posible el razonamiento deductivo sobre la enfermería.

Orem cree que la vinculación con otras enfermeras a lo largo de los años le proporcionó muchas experiencias de aprendizaje, y considera que sus trabajos con estudiantes graduados, y de colaboración con colegas, fueron esfuerzos valiosos. Si bien no reconoce a nadie como influencia, principal, sí cita los trabajos de muchas otras enfermeras en términos de su contribución a la Enfermería.

- **Nola Pender “Modelo de promoción de la salud”**

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Metaparadigma:

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teoría. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.
- **Ramona Mercer “Adopción del papel maternal”**

Realiza su enfoque en la maternidad, considera la adopción del papel maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo.

La forma en que la madre define y percibe los acontecimientos está determinada por un núcleo del sí mismo relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influidas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo.

Metaparadigma:

- **Persona:** Se refiere al “sí mismo”. A través de la individualización maternal una mujer puede alcanzar de nuevo su propia condición de persona.

- Salud: La define como la percepción por parte del padre y de la madre de su salud previa.
- Entorno: No lo define. Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.
- Enfermería: Se refiera a ella como una ciencia que está evolucionando desde una adolescencia turbulenta a la edad adulta. Las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la gestante durante toda la maternidad.¹⁶

4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A. E

En el Código para Enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras se consignan cuatro aspectos fundamentales de responsabilidad de la enfermera: "mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades y aliviar el sufrimiento". También declara que: "la necesidad de cuidados de enfermería es universal, el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se permitirá ningún tipo de discriminación por consideración de nacionalidad, raza, religión, color, sexo, ideologías o condiciones socioeconómicas".

EL RESPETO A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

- Todas las personas merecen respeto, sin ningún tipo de discriminación; este principio se aplica a las personas que reciben cuidado de enfermería y a los cuidadores.

¹⁶ G, F. C. (05 de Febrero de 2009). *Universidad de cuaca*. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

- La confianza, el respeto mutuo, la sinceridad, el afecto, el amor al otro, son la base de la convivencia humana y de la humanización del cuidado de enfermería.

Uno de los elementos fundamentales del cuidado de enfermería es la relación terapéutica enfermera-persona (paciente, familia, grupo) que debe construirse sobre la confianza, el respeto y el amor. Por tanto, la enfermera empleará todos los medios a su alcance para evitar cualquier tipo de violencia o maltrato a la persona que recibe los cuidados de enfermería y también a los cuidadores de la salud.

En el cuidado de enfermería el valor de la persona, el respeto a su dignidad, a la consideración integral de su ser, siempre predominará sobre la tecnología, que tiene valor en la medida en que sirva para atender sus necesidades y proporcionarle bienestar.

EL RESPETO A LA VIDA HUMANA

- La enfermera reconoce, cuida y respeta el valor de la vida humana desde su iniciación hasta el final.
- Respeta y defiende los derechos del ser humano.
- La enfermera habla por la persona cuando ella está incapacitada para hacerlo por sí misma, aboga por el respeto de los derechos de la persona, familia o grupo que cuida.¹⁷

Los principios éticos y bioéticos, en enfermería, son:

- **Beneficencia:** significa hacer el bien, en todas y cada una de las acciones que se realizan; para evitar la deshumanización profesional por el desarrollo tecnológico. La enfermera que practica este principio, debe preocuparse por su auto-preparación, para mantener la competencia y el desempeño profesional que le permitan brindar una atención de calidad, establecer

¹⁷ Echeverry Loaiza G. Index. [Online]; 2010. Acceso 22 de Juniode 2021. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0025.pdf>.

diagnósticos correctos, ejecutar acciones independientes y ajustar los horarios de administración de medicamentos, a las necesidades del paciente, después de identificar las respuestas de este, a sus problemas de salud.

- **No-maleficencia:** significa no dañar y reconocer la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal. Esto, está ligado, estrechamente, al sistema de valores morales que tiene el hombre, ya que la escala de valores cambia, con el desarrollo de la humanidad. La enfermera (o) trabaja con dos valores reconocidos: la vida y la salud. Su profesión le proporciona la capacidad, para contribuir al bien del individuo, la familia y la comunidad que atiende, lo que implica, para ella, un deber con la sociedad.
- **Veracidad:** rige el actuar de la enfermera (o) con lo que está ligado al ejercicio responsable de su profesión, obligándola a decir la verdad, aunque esta la coloque ante una situación difícil.

La enfermera (o), por tanto, debe cultivar virtudes morales como la honestidad, humanismo, integridad, dignidad profesional, justeza, prudencia, diligencia, perseverancia que, unidas a la generosidad, benevolencia y solidaridad, le permitan cumplir éste principio.

- **Fidelidad:** significa fidelidad al paciente y sus intereses, por encima de cualquier otro interés; por lo que debe cumplir las obligaciones y compromisos contraídos con el paciente, familia o comunidad de sujetos y su cuidado. Secreto profesional: obligación de guardar reserva, sobre la información que atañe al paciente, familia o comunidad que atiende, mientras estos no autoricen a divulgarlo o su silencio, pueda llevar implícito el daño a terceros.
- **Derecho a la intimidad:** no revelar el secreto de ninguna persona, excepto beneficio social. La enfermera (o) no debe ocultar el error de un colega u otro profesional, si con ello pone en peligro la salud o la vida de otro ser humano. Autonomía: significa la aceptación del otro, como agente moral, responsable y libre, para tomar decisiones y comprender la información y el

consentimiento. A la enfermera le corresponde dar información clasificada, en correspondencia con lo que el paciente, familia o comunidad quieran saber, como lo debe saber y cuando lo quiere saber; así como hacerlo, de manera comprensiva y con lenguaje claro y preciso.

- **Justicia:** en la atención de salud significa la distribución equitativa de bienes, en la comunidad, o sea, dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario, en dependencia del modelo económico social y las necesidades de salud. La enfermera (o) aplica este principio, cuando atiende al más necesitado de los posibles a recuperar, al más grave, y jerarquiza, debidamente las necesidades de sus pacientes, independientemente, del status social de éste y sin reparan en los costos.
- **Paternalismo:** limitar la autonomía de otra persona y prevenir cualquier daño. La enfermería consta de un cuerpo teórico conceptual y un método que sustenta sus principios y objetivos el “Programa de Atención de Enfermería” (PAE).¹⁸

4.3.4 Modelo o Teoría utilizado para la elaboración del P.A.E

➤ **MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

Postulados.

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades

¹⁸ Mariela Vega LB. La aplicación de la ética y la bioética del personal de enfermería desde los valores. ROCA. Revista científico-educacional de la provincia Granma. 2019; 15(3).

fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.¹⁹

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una

¹⁹ Mercedes Núñez del Castillo, J. S. (2004). Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. *Revista de enfermería y humanidades*, 30. Obtenido de <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2004-n15-evolucion-de-los-cuidados-enfermeros-analisis-iconografico-desde-la-perspectiva-de-virginia-henderson>

dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

- **Fuerza:** Se entiende por esta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- **Conocimientos:** Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.²⁰
- **Voluntad:** Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Necesidades: Señala catorce necesidades básicas y estas son:

1. Necesidad de respirar.

La necesidad de la respiración comprende la función fisiológica para proporcionar a las células del organismo, la cantidad indispensable de oxígeno (O₂) y a la vez eliminar el bióxido de carbono (CO₂) que resulta de la combustión celular. La respiración consiste en tres fases:

- I. La respiración externa o pulmonar, que es el intercambio de gases entre la sangre y el aire, que tiene lugar en los alvéolos pulmonares, y la renovación del aire, el cual se produce mediante los movimientos de expansión (inspiración) y retracción (expiración) de tórax y pulmón, mediante el desplazamiento, el cual obedece a un gradiente de presión entre el aire alveolar y el atmosférico.

²⁰ Mercedes Núñez del Castillo, J. S. (2004). Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. *Revista de enfermería y humanidades*, 30. Obtenido de <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2004-n15-evolucion-de-los-cuidados-enfermeros-analisis-iconografico-desde-la-perspectiva-de-virginia-henderson>

- II. Transporte de gases (O_2 y CO_2); que consiste en trasladar al O_2 , el cual se encuentra en la sangre disuelta en el plasma y combinado con la Hb. La mayor cantidad de O_2 se transporta como Hb O_2 . El O_2 disuelto determina la presión parcial y es importante para el intercambio gaseoso, el transporte de CO_2 . Es transportado de tres formas: 5% disuelto, 30% con la Hb u otras proteínas, 65% combinado con el H_2O . El H_2CO_3 se disocia en ion bicarbonato a hidrógeno participando en la regulación del equilibrio ácido–básico, a través de quimiorreceptores, como pCO_2 , pO_2 , pH, etc.
- III. La circulación y la respiración interna o tisular, que consiste en el suministro ininterrumpido de oxígeno a la célula, en relación con el transporte de gases factor indispensable para la vida.

2. Necesidad de beber y comer.

El modelo explica los patrones del individuo de consumo de alimentos y bebida, en relación con las necesidades metabólicas y los indicadores de patrón de los aportes locales de nutrientes y complementos vitamínicos. Debe comprender informe de lesiones en la piel y los problemas de cicatrización. Condiciones y alteraciones de la piel, uñas, pelo, membranas mucosas, dentadura y datos objetivos de temperatura corporal, altura y peso. Valoración de índice de masa corporal, número de comidas, lugar, horarios, consumo de alimentos por grupos, alergias, así como el consumo de líquidos. Problemas digestivos como náuseas, vómito, pirosis, dependencias, inapetencias, intolerancias alimenticias.

Esta necesidad se enfoca a valorar:

- Talla y peso, así como oscilaciones de este.
- Costumbres alimentarias: desayuno, comida, merienda y cena.
- Dieta y grado de cumplimiento de esta.
- Circunstancias que influyen en su alimentación/hidratación: estado de dientes y mucosa bucal, náuseas, vómitos y anorexia.
- Recursos que utiliza para realizar esta.

3. Necesidad de eliminar.

La necesidad de eliminación es la característica que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, pero también a través de la transpiración, respiración pulmonar y la menstruación.

Tiene una gran importancia para la vida, ya que con ella se manifiesta el equilibrio de los líquidos y sustancias del medio interno y al eliminar las sustancias de desecho se mantiene un funcionamiento adecuado de los diferentes órganos.

La espiración elimina productos como el dióxido de carbono y el vapor de agua sobrante (300-400 ml/día), La piel además de su papel de termorregulación elimina agua, electrolitos como sodio, potasio y cloro; así como otros productos de excreción⁶³. Además, cierta cantidad de agua que se elimina por difusión (pérdidas insensibles), las cuales se calculan de la siguiente manera:

- Temperatura corporal hasta 37.5 °C x peso (kg) x 0.5 x horas.
- Temperatura corporal de 37.6° a 38 °C x peso (kg) x 1 x horas.
- Temperatura corporal de 38.1°C o más peso (kg) x 1.5 x horas.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

La Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas, valora las actividades de la vida diaria, ya que de estas depende el bienestar mental y la eficacia del funcionamiento corporal guardando relación en gran medida con el estado de movilidad, todos los sistemas del cuerpo funcionan mejor cuando están activos, el desuso del sistema neuromuscular causa rápidamente degeneración y pérdida funcional.

La movilidad favorece la salud física y psicológica, estimula todos los sistemas, la función cardiopulmonar, la forma musculo-esquelética, el control y el mantenimiento del peso corporal y el bienestar psicológico.

El movimiento corporal, la alineación y la coordinación, implican el funcionamiento integrado de los sistemas esquelético, muscular y nervioso, debido a que estos tres

sistemas cooperan tan íntimamente, que con frecuencia se consideran una unidad funcional única.

5. Necesidad de dormir y descansar.

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, el sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del sistema nervioso central, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.

El descanso es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas y no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada.

El significado y la necesidad de descanso varían según los individuos. Cada persona tiene hábitos personales para descansar tales como leer, realizar ejercicios de relajación o dar un paseo, etc., se contemplan 6 características que se asocian al descanso.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse.

La necesidad de vestirse y desvestirse ha acompañado al hombre desde su propia existencia cumpliendo diferentes funciones en relación con las diferentes épocas o etapas de la historia de la humanidad. El ser humano, a diferencia de los animales, no tiene ni plumas, ni escamas, ni pelaje para proteger su cuerpo. Por esto si quiere sobrevivir, debe llevar ropas para protegerse del rigor del clima, En ciertas sociedades, el individuo viste por pudor, además de asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, la ropa también indica la pertenencia a un grupo, una ideología o a un status social.

La necesidad contempla:

- Aspecto que presenta en cuanto a adecuación, comodidad, limpieza de ropas, calzado y complementos.
- Facilidad/dificultad para el vestido y arreglo.

- Circunstancias que influyen en su forma de vestirse.
- Recursos que utiliza para mantener un aspecto cuidado.²¹

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

La temperatura normal del organismo es la resultante de un equilibrio entre la producción de calor y su eliminación, el ser humano es homeotermo, es decir, un organismo de temperatura constante, cualquiera que sea el ambiente, pero en mucho menos grado en la primera infancia y en la extrema vejez, por no haberse desarrollado en la primera y haberse perdido en la segunda, el complejo mecanismo regulador.

La regulación de la temperatura corporal incluye tanto la producción de calor; como la eliminación del mismo. La producción de calor resulta de las transformaciones químicas que sufren las sustancias alimenticias (metabolismo), que liberan energía por oxidación. Esta energía se elimina como calor en el individuo en reposo y como calor y trabajo en el individuo en actividad.

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

Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo y microbios.

Es una actividad que consiste en un mantenimiento, o cuidado que la gente toma sobre sí misma para conservar su salud. Es práctica personal influida por muchos factores.²²

²¹ Masson, N. G. (2014). De La Teoría A La Práctica El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo XXI. En Masson. España: 2da.

²² Mercedes Núñez del Castillo, J. S. (2004). Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. *Revista de enfermería y humanidades*, 30. Obtenido de <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2004-n15-evolucion-de-los-cuidados-enfermeros-analisis-iconografico-desde-la-perspectiva-de-virginia-henderson>

9. Necesidad de evitar los peligros.

La seguridad se puede definir como permanecer libre de lesiones psicológicas, fisiológicas y sociológicas. Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano, debe de protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física, psicológica y social.

El medio ambiente contiene muchos peligros tanto visibles como no visibles. La necesidad de un ambiente seguro es un interés nacional, comunitario e individual. El ser humano al verse amenazado utilizará mecanismos de defensa para mantener su integridad, se habla de seguridad física, psicológica y social.

Entre los aspectos que se valoran se encuentran:

- Medidas de salud que lleva a cabo: vacunaciones, chequeos, auto exploraciones, controles.
- Signos de: disminución de la alerta, disminución de la consciencia, desorientación, disminución de la memoria, errores de percepción, depresión, ansiedad, delirios o coma.
- Si ha habido cambios recientes en su vida: pérdidas, cambios de residencia, enfermedades asociadas, complicaciones.
- Circunstancias que influyen en su protección: botiquín, riesgos ambientales, déficits de movilidad y/o sensoriales, dolor, uso de cierta medicación.

10. Necesidad de comunicarse.

Para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interactuando con el resto de persona y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. En este sentido se debe valorar el equilibrio entre la soledad-interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigo y pareja. En esta

necesidad de identificar la efectividad de la interacción social de la persona. Si expresa sus deseos y opiniones.

Entre los aspectos que se valoran se encuentran:

- Déficit sensoriales.
- Núcleo de convivencia.
- Capacidad para expresar y vivir su sexualidad.
- Circunstancias que influyen en su comunicación: estatus cultural, pertenencia a grupo social, presencia / ausencia de grupo de apoyo, soledad, dificultades para pedir ayuda.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.²³

11. Necesidad según sus creencias y sus valores.

Es la necesidad de rendir culto de acuerdo con la propia fe y valores de la persona. Las personas adoptan actitudes o realizan actos y gestos de acuerdo al ideal de justicia, del bien y del mal o para seguir una ideología.

Tradicionalmente se ha producido una cierta ambigüedad y confusión en la utilización de los términos creencia y valor, a los que también se podrían añadir palabras como convicción e idea.

La importancia de esta necesidad radica en que toda persona necesita de una serie de valores y creencias para poder desarrollarse como tal. Por esta razón, a lo largo de la historia se han creado numerosas doctrinas filosóficas y religiosas. Es importante definir una serie de conceptos como son:

- Religión: Conjunto de creencias y normas o valores que utiliza una determinada comunidad en relación con un ser absoluto y en particular con sus prácticas de salud.
- Cultura: Conjunto de conocimientos acumulados por un pueblo.

²³ Navarro G. De La Teoría A La Práctica El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo XXI. 1st ed. España: Masson. 2014.

- Valores: Conjunto de normas adquiridas por la comunidad que regulan el comportamiento humano en sociedad.
- Creencia: Firme asentimiento y conformidad con alguna cosa.
- Fe: Creencia en algo sin necesidad de que esté probado.
- Ideología: Conjunto de ideas que caracterizan a una persona.

Algunos de los aspectos que se exploran durante la valoración son:

- Percepción actual de su situación de salud y bienestar.
- Facilidad /dificultad para vivir según sus creencias y valores.
- Actitud ante la muerte.
- Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

12. Necesidad de ocuparse para realizarse.

Esta necesidad es el deseo que alienta al individuo a desarrollar todo su potencial, es decir, llegar a ser todo aquello de lo que es capaz. Maslow menciona: “El hombre debe ser realmente todo lo que en potencia puede ser. La autorrealización es un ideal al que todo hombre desea llegar, se satisface mediante oportunidades para desarrollar el talento y su potencial al máximo, expresar ideas y conocimientos, crecer y desarrollarse como una gran persona.

Algunos de los aspectos a valorar:

- Actividad/trabajo.
- Repercusión de su actual situación de salud en las diferentes áreas de su vida y en las de su núcleo familiar. Participación en decisiones que le afectan.
- Circunstancias que influyen en su realización personal: autoconcepto/autoimagen, actitud familiar, el cansancio del cuidador habitual si es que lo hubiera.
- Valoración del índice de Barthel, para las actividades de la vida diaria.
- Escala de ideación suicida.

- Valoración de índice de esfuerzo del cuidador.
- Recursos que utiliza para satisfacer y mantener esta necesidad.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

13. Necesidad de recrearse.

Los factores que influyen en la satisfacción de la necesidad de actividades recreativas son los biofisiológicos como la edad y la constitución y capacidades físicas. Los factores psicológicos, permiten al individuo exteriorizar sus emociones y liberarse de sus tensiones, la personalidad y motivación: los gustos de la persona ante la elección de su forma de recreo y su interés y entusiasmo.

14. Necesidad de aprender.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

La postura frente al proceso de enseñanza-aprendizaje, tiene una base humanista donde cada individuo elige y construye su propio conocimiento, los factores que influyen en la satisfacción de aprender son los biofisiológicos como la edad, las condiciones físicas, ya que cualquier condición física que altera la capacidad para concentrarse interfiere con el aprendizaje como dolor, fatiga, ansiedad o hambre, y los psicológicos que influyen en el aprendizaje, ya que va a depender en gran medida de la motivación, si una persona no quiere aprender es improbable que aprenda, las emociones en un nivel adecuado de ansiedad puede acelerar el proceso de aprendizaje pero un nivel de ansiedad y de estrés muy elevado impide la concentración y disminuye la habilidad de aprender.²⁴

²⁴ Mercedes Núñez del Castillo, J. S. (2004). Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. *Revista de enfermería y humanidades*, 30. Obtenido de <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2004-n15-evolucion-de-los-cuidados-enfermeros-analisis-iconografico-desde-la-perspectiva-de-virginia-henderson>

4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidado a la persona.

El proceso de enfermería es una herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional, siendo idóneo por sus características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico. Muestra de ello lo confirma su utilización en el área asistencial, por ejemplo, en algunas instituciones de salud del país, donde se ha implementado el Proceso de Enfermería en cada uno de los servicios asistenciales incluyendo el recibo y entrega de turno, organizando el cuidado de los pacientes con la ayuda de un software que permite registrar los diagnósticos de Enfermería que se digitan en la historia electrónica y se documentan en el plan de cuidados de Enfermería.

Es una herramienta que permite enseñar el cuidado de Enfermería en las prácticas con los estudiantes tanto comunitarias como asistenciales, y que éste proceso ha sido aceptado y aprobado por la academia de Enfermería a nivel mundial, por los efectos positivos que produce el hecho de que se hable en el mismo lenguaje de Enfermería en la mayoría de los países. Por estas razones, se podría decir que el Proceso de Enfermería es un instrumento válido y metodológico, ya que es producto de la ciencia, la academia y la investigación, que se caracteriza por ser sistemático, metódico, dinámico, medible y oportuno; y porque a través de la implementación y evaluación de sus resultados tanto en el campo asistencial comunitario y con la investigación, se aporta a revisar, priorizar y fortalecer la práctica del cuidado y el estatus del profesional de Enfermería.²⁵

²⁵ Reina G. NC. Redalyc. [Online].; 2010. Acceso 21 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>.

4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados.

a) Objetivos

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

Los criterios de resultados son los objetivos a alcanzar por el cliente. Cada problema es seguido de unos criterios de resultados específicos, definidos como las respuestas ideales esperadas del paciente - cliente a las actuaciones. Estos enunciados están basados en la experiencia clínica de las enfermeras, se centran en respuestas concretas mensurables del cliente, y dirigen las acciones de enfermería. Además, proporcionan una guía para evaluar los resultados de los cuidados prestados.

La formulación ha de ser completa (técnicamente), pero ya se ha mencionado que esta parte del plan de cuidados es la que requiere mayor ajuste, necesaria

individualización. En la planificación de los cuidados del cliente, el ideal sería que la enfermera estableciera los objetivos con él y su familia. Los objetivos serán realistas, medibles y basados en la valoración de enfermería. Los criterios de resultado se agrupan de acuerdo con los periodos de tiempo recomendados para su logro.

b) Ventajas

- Asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad.
- Asegura la atención individualizada, continua y de calidad, de acuerdo a la priorización de los problemas.
- Permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.
- Al usuario le permite participar en su propio cuidado.
- Garantiza las respuestas a sus problemas reales y potenciales.
- Facilita la comunicación.
- Concede flexibilidad en el cuidado.
- Al personal de enfermería genera satisfacción en el trabajo.
- Permite conocer objetivos importantes para el usuario.
- Propicia el crecimiento profesional.
- Proporciona información para la investigación.

4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

➤ **Valoración:**

La primera etapa, es la valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalo-caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud-enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera-sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.

• **Diagnóstico:**

La segunda etapa, es el diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

En 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e

internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.

- **Planeación**

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

- **Ejecución**

La cuarta etapa, la ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

- **Evaluación**

La quinta y última etapa es la evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.²⁶

²⁶ M. Gordon. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10 edición. Elsevier Mosby. p.2. [on line]. Disponible en <http://books.google.com.co/books>

4.5 La persona

El uso del proceso enfermero permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas de la persona. Trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de Enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad.

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso enfermero le da a la profesión la categoría de ciencia.²⁷

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales

La capacidad de reproducirse es una de las características humanas fundamentales y tema central para la sociedad, con implicaciones políticas, éticas e incluso religiosas.

Según la Organización Mundial de la Salud, la etapa reproductiva de la mujer se define entre los 15 a los 49 años de edad. Las mujeres en edad fértil presentan una serie de características que definen no solo su salud y bienestar, sino que también se convierten en factores positivos o negativos predictores de la salud de las futuras generaciones. De ahí la relevancia del estudio de las condiciones en las cuales transcurre la vida de las mujeres durante la etapa biológica de fertilidad en la cual, potencialmente podrían convertirse en madres.²⁸

²⁷ Mercedes Núñez del Castillo, José Siles González. Evolución de los cuidados enfermeros. Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. *Enf y Hum* [internet]. 2014 [citado 18 octubre 2019]; (1)1-5. Disponible en <<http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php>>

²⁸ Herrera M, Herrera M. Mujeres en edad fértil. [Online].; 2019. Acceso 16 de Agosto de 2021. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1023558/art-5.pdf#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,embarazos%20prducto%20de%20diferentes%20circunstancias>.

Anatomía y fisiología de la pelvis

La pelvis es la parte inferior del tronco. La cavidad pelviana y la abdominal se continúan a través del estrecho superior de la pelvis. La cavidad pelviana es limitada por debajo con el diafragma pelviano que forma el suelo de la pelvis y por arriba, por el perímetro del estrecho superior de la pelvis; se extiende lateralmente desde el borde superior de la sínfisis del pubis por delante, hasta el promontorio del sacro, por detrás.

La pelvis se divide en la pelvis mayor (falsa), que forma parte de la cavidad abdominal propiamente dicha y la pelvis menor (verdadera, obstétrica o pelviana). La pelvis mayor está comprendida entre las fosas iliacas, situadas por encima del estrecho superior de la pelvis. La pelvis menor se localiza por debajo del estrecho superior y tiene importancia ginecológica y obstétrica por ser el canal del parto.²⁹

La pelvis femenina es más ancha y delgada y tiene un estrecho superior e inferior más grande. Sus características distintivas son: huesos iliacos más separados debido a una mayor anchura del sacro, las tuberosidades isquiáticas tienen una mayor separación porque el arco del pubis es más ancho, el sacro es menos curvo y los agujeros obturados son ovales. El contenido de la pelvis femenina incluye: recto, uréteres, vejiga, uretra femenina, ovarios, trompa uterina y útero.³⁰

Órganos Intrapélvicos

El recto se inicia a nivel de la tercera vértebra sacra y se encuentra cubierto de peritoneo en forma parcial. En el tercio superior, lo cubre por delante y en las caras laterales, mientras que en el tercio medio sólo se observa por delante; en el tercio inferior está descubierto. Termina en el conducto anal por delante del cóccix.

El uréter llega a la pelvis por delante de la bifurcación de la arteria iliaca primitiva y se dirige hacia abajo por la pared externa de la pelvis hasta que a nivel de la espina ciática cambia su trayectoria hacia adentro y adelante, pasa por detrás del ovario

²⁹ KS S. Anatomía y fisiología. 2nd ed. España: McGraw-Hill; 2001.

³⁰ RS. S. Anatomía clínica. Sexta Edición ed. España: Mc-Graw Hill; 2000.

(forma parte del lecho ovárico) y de la arteria uterina hasta casi alcanzar el fondo lateral de la vagina. Se dirige hacia delante hasta alcanzar la base de la vejiga en los ángulos externos.

La vejiga, saco muscular dilatado, localizado en la pelvis menor, se encuentra por delante del útero y vagina, y por detrás de la sínfisis del pubis (espacio de Retzius). Es un órgano que tiene forma de una pirámide triangular con la base orientada hacia atrás en el triángulo y un vértice que se continúa con el uraco; se le consideran una cara superior, cubierta de peritoneo, y caras inferolaterales en relación con la cara posterosuperior del cuerpo del pubis. La uretra se localiza en el ángulo inferior del triángulo de la vejiga, mientras los uréteres desembocan de forma oblicua en los ángulos externos. El peritoneo pasa desde la unión del cérvix y el cuerpo del útero, a la cara superior de la vejiga, formando el fondo de saco de Douglas (bolsa útero-vesical).

Su irrigación depende de ramas vesicales superior, media e inferior de la arteria iliaca interna (arteria hipogástrica). La uretra femenina es un tubo corto de 3 a 5 cm de largo. Se inicia en el ángulo inferior del triángulo de la vejiga y su desembocadura se localiza en el vestíbulo vaginal por detrás del clítoris y por delante de la abertura vaginal. Se le pueden considerar una porción pélvica y otra perineal de acuerdo a si se localiza por arriba o por abajo del diafragma urogenital

Ligamentos

Los ligamentos anchos parten de la pared lateral de la pelvis y envuelven al útero, de esta forma dividen a la pelvis en un compartimiento anterior y otro posterior. En su borde libre se encuentran las trompas de Falopio, también contiene al ligamento redondo, a las arterias uterinas, nervios y linfáticos. Del ángulo superoexterno del útero parten los ligamentos redondos que mantienen al útero en su posición y que se dirigen a los labios mayores. El ovario posee ligamentos, el que lo une al útero se conoce como ligamento útero ovárico, existe otro llamado infundibulopélvico por el que entran los vasos ováricos y un mesoovario que lo une al borde libre del ligamento ancho.

El útero es un órgano muscular hueco que se encarga de contener y nutrir al embrión durante el embarazo y expulsar al feto al final de su desarrollo. Tiene la forma de una pera, con un extremo superior conocido como fondo, una porción media llamada cuerpo y otra inferior llamada cuello. Mide aproximadamente 7 cm de longitud y 3-4 cm de ancho en su porción más amplia, aunque estas dimensiones suelen ser mayores en la multípara. La cavidad uterina tiene forma triangular, en sus ángulos externos desembocan las trompas de Falopio y el vértice se continúa con el conducto cervical.

La pared uterina consiste en una capa externa llamada peritoneo (perimetrio), una capa muscular media conocida como miometrio y una capa mucosa interna, el endometrio. El miometrio es la capa más gruesa y está formada por fibras de músculo liso que corren en todas direcciones, cuya contracción produce el trabajo de parto ayudando a la expulsión del feto. El endometrio está formado por glándulas y otras células; se le consideran, una capa funcional que se descama y una capa basal que regenera a la capa funcional. El cérvix tiene una forma cilíndrica, su longitud es de 2.5 cm aproximadamente. Posee un conducto central, el conducto cervical, que presenta un orificio interno que comunica con el útero y otro externo, que se abre en la vagina.

Las trompas de Falopio son conductos musculares que se encargan de transportar al ovocito a la cavidad uterina o a su encuentro con el espermatozoide. Se le consideran cuatro porciones: intramural, istmo, ampolla e infundíbulo. Se localizan en el borde libre del ligamento ancho.

Los ovarios son formaciones que se encargan de la producción de las hormonas sexuales y de los gametos sexuales femeninos. Se encuentran por detrás y por debajo de la trompa de Falopio.

Irrigación de la cavidad pélvica

La mayor parte de la irrigación del contenido de la pelvis proviene de ramas de la arteria iliaca interna o hipogástrica. Otra parte viene de ramas directas de la aorta: genitales y sacra media, y una más, de la mesentérica inferior (hemorroidal superior).

Las arterias ováricas son ramas directas de la aorta descendente abdominal. Para propósitos descriptivos se le considera una porción abdominal y otra pélvica. La porción abdominal desciende de forma oblicua siguiendo el borde externo del músculo psoas y en relación con el uréter. Entran en la pelvis cruzando a la arteria iliaca primitiva (común).

La arteria ovárica alcanza el ovario a través del ligamento infundivulopélvico, y se distribuyen en el mesoovario para irrigarlo. Se anastomosa ampliamente con ramas de la arteria uterina. La arteria hemorroidal superior, continuación de la arteria mesentérica inferior, desciende a la pelvis entre las hojas del mesosigmoide, después se divide en ramas laterales que se anastomosan con los vasos hemorroidales medios e inferiores. La arteria iliaca interna o hipogástrica se origina de la arteria iliaca primitiva a nivel de la articulación lumbosacra. Se dirige hacia abajo, en la pared lateral de la pelvis hasta alcanzar la espina ciática mayor, para posteriormente dividirse en un tronco anterior y otro posterior. El tronco posterior da origen a tres ramas: la arteria iliolumbar, la arteria sacra lateral y la arteria glútea superior. El tronco anterior da origen a ramos que pueden ser aprietales o viscerales. Los ramos aprietales son la arteria obturatriz, glútea inferior, pudenda interna; los ramos viscerales son la arteria umbilical, la arteria vesical superior, la hemorroidal media y la vaginal.

Inervación de la cavidad pélvica

A nivel de la bifurcación de la aorta se forman los plexos hipogástricos superiores o presacros que provienen de fibras procedentes de los ganglios mesentéricos inferiores y lumbares. Además, existen un plexo hipogástrico medio y otro inferior. Se encuentran también plexos pélvicos formados por fibras nerviosas que proceden de ganglios sacros y fibras originadas en los nervios viscerales pélvicos. Estos

nervios hipogástricos y pélvicos se distribuyen en las vísceras pélvicas proporcionándoles su inervación simpática y parasimpática.

Períodos de desarrollo prenatal humano

A partir del momento de la concepción de un nuevo ser se produce una intensa diferenciación celular, que se divide en tres períodos:

1. Período preembrionario (desde fecundación hasta 14 días). Se produce una intensa división.
2. Período embrionario (desde 14 a 55 días). Organogénesis, formación de los órganos y sistemas. Período crítico para sustancias nocivas del exterior (teratógenas) que pueden matar al embrión.
3. Período fetal (desde 8 a 40ª semana). Se caracteriza porque los órganos y sistemas maduran, crecen y se desarrollan totalmente.³¹

Cambios fisiológicos durante el embarazo

Es el estado fisiológico de una mujer que comienza con la concepción del feto y continúa con el desarrollo fetal hasta el momento del parto.

Hay cambios a todos los niveles de forma transitoria, pero estos cambios no son patológicos.

³¹ M. B. Enfermería materno infantil. Sexta Edición ed. México: McGraw-Hill.; 2000.

Signos y síntomas de embarazo.

Diagnóstico de embarazo

Signos y Síntomas de sospecha de embarazo (subjetivos)

1. Amenorrea (falta de menstruación), no obstante, esto también ocurre en ciertas enfermedades, situaciones de estrés, anorexia, etc.
2. Náuseas con o sin vómitos (las náuseas están presentes en el 70 a 85% de las embarazadas, y los vómitos en más del 50%). Obedece al acumulo de hormonas en sangre, tanto estrógenos como HCG (gonadotropina coriónica humana).
3. Cambios en las mamas (aumento del tejido mamario a partir de la octava semana de gestación, más sensibles y dolorosas). También se produce una pigmentación del tejido de la aureola mamaria por acción de los estrógenos.
4. Polaquiuria, aumento de la frecuencia de micción, ya que el útero aumenta su tamaño y presiona la vejiga.
5. Movimientos fetales percibidos por la mujer embarazada; es sospecha ya que se pueden confundir con movimientos aerofágicos. Se notan a partir de la 20^a semana de gestación en primíparas y la 22^a en secundíparas.

Signos y Síntomas probables de embarazo (objetivos)

1. Crecimiento uterino; a veces también ocurre cuando existen fibromas, quistes, ascitis, etc., en la cavidad abdominal. El fondo uterino crece 4 cm por mes. En la mitad de la gestación el fondo uterino está aproximadamente en el ombligo. A las 36 semanas alcanza la altura máxima, a las 40 semanas desciende un poco.
2. Signo de Hegar; el segmento o istmo uterino está reblandecido cuando se hace un tacto bimanual o vagino abdominal.
3. Signo de Goodell; el cuello uterino es plano a la 8^a semana de gestación y ablandado, porque la vascularización cervical está aumentada; en la mujer no embarazada la consistencia del cuello es como la de la nariz.

4. Signo de Chadwick; coloración púrpura, violáceo de la vagina como consecuencia de la congestión vascular de la zona (hiperemia). Pero esto no es exclusivo de la embarazada ya que un proceso oclusivo en el abdomen podría provocar lo mismo.
5. Signo de Peloteo; golpeteo (al realizar el tacto vaginal y del cuello uterino), de algo que se desplaza hacia dentro y vuelve. En 4º y 5º mes.
6. Contracciones de Braxton Hicks; Obstetra que vio que a lo largo del embarazo se producían contracciones (por aumento de la excitabilidad de las fibras del miometrio), que ayudan a favorecer el flujo sanguíneo útero-placentario. Son irregulares, no intensas y ayudan a modificar el cuello uterino. Sirven también para preparar a la mujer psicológicamente. Suelen aparecer a partir de la semana 16ª.
7. Test de embarazo; Trata de detectar la porción beta de la gonadotropina coriónica humana (β HCG) producida por el trofoblasto en la orina de la embarazada. El test es más fiable en sangre y mediante radioinmunoensayo.

Signos y Síntomas positivos de embarazo

1. Latidos cardiacos fetales; auscultados con ultrasonidos y efecto doppler desde 10-12 semanas de gestación. Cuando se hace con estetoscopio de Pinard se oyen a partir de la 20ª semana.
2. Percepción de movimientos fetales por el explorador.
3. Detección por ultrasonografía, del saco gestacional a la 5ª semana.
4. Antiguamente se hacía radiografía en el último trimestre. Hoy en día sólo se hace a partir de la 35ª semana, para comprobar desproporciones pelvifetales (pelvimetría).

Cambios físicos del embarazo

Todos los cambios en la mujer embarazada obedecen a 2 factores:

1. Hormonal
2. mecánico (aumento de volumen del útero que provoca compromisos de espacio) Además hay también factores psicosociales, estilos de vida, sistemas de apoyo, etc., que influyen en la forma de vivir el embarazo.

Cambios en el aparato reproductor

1. **Útero:** crecimiento debido fundamentalmente a:
 - Feto en crecimiento que conlleva un aumento del tamaño.
 - Estrógenos. Las fibras uterinas se hiperplasian e hipertrofian (formación de tejido nuevo y aumento del número de células).

Al final de la gestación el útero puede pesar aproximadamente un kilogramo y su capacidad aumenta hasta 1000 veces (desde 70 g. que pesa en una mujer adulta no gestante).

2. **Cérvix:** se va adaptando al parto y al puerperio. Gana en vascularización, también en secreción de mucosidad cervical. Además, se va ablandando y suavizando. Poco a poco con las contracciones (no las de Braxton Hicks) se va a ir acortando y borrando preparándose para la dilatación.
3. **Ovarios:** mantienen cierta actividad hasta que la placenta se encarga de la secreción hormonal, o sea, hasta que la placenta adquiere la función completa (aproximadamente 10ª semana). El ovario segrega estrógenos y progesterona hasta que lo hace la placenta de forma suficiente.
4. **Vagina:** se prepara para en el momento del parto poder distenderse sin dificultad. Se torna más hiperémica (se produce vasodilatación) y la mucosa se prepara para ampliarse.
5. **Mamas:** desde la 8ª semana experimentan cambios. Los estrógenos perfilan el sistema conductual mamario. La progesterona también prepara las

glándulas mamarias. Secreción de calostros desde la 10ª semana de gestación hasta tercer día después del parto. Después se instaure la secreción láctea transitoria y finalmente la definitiva.

Cambios Endocrinos

1. **HCG (gonadotropina coriónica humana):** A partir del día 14 después de la fecundación se detecta en sangre hasta la semana 14ª.
2. **Lactógeno placentario humano (o somatotropina coriónica humana):** se segrega en el sinciotrofoblasto. Ayuda a la formación y eyección de la leche. También es importante porque provoca un estado diabetógeno ya que libera sustancias para la madre de forma rápida (proteínas y grasas) dejando para el feto y la placenta todos los hidratos de carbono (glucosa) que necesita, (o sea, moviliza las grasas para que sean fuente de energía para la madre). El efecto diabetógeno se produce porque hiperestimula al páncreas haciendo que haya una secreción mayor de insulina, de manera que puede llegar un momento en que se agoten las células pancreáticas y entonces se llega a un estado de diabetes.
3. **MSH (hormona estimulante de melanocitos):** esta hormona produce una estimulación de los melanocitos de la piel y a su vez la MSH se produce por inducción de los estrógenos. Provoca la aparición de manchas oscuras o aumento de la pigmentación de la piel de la cara o cloasma gravídico. También se le llama paño en la cara, y se produce alrededor de los ojos, mejillas, nariz y cuello. Además, aumenta la pigmentación de la aureola mamaria, y provoca la aparición de una línea más oscura de ombligo a pubis que se llama línea nigra. Por último, también provoca el oscurecimiento de la cara interna de los muslos y del área genital externa de la embarazada (vulva).
4. **Aldosterona:** aumenta su secreción a partir de la 15ª semana de gestación y así aumenta la retención de sodio y agua. Para contrarrestar esta retención la progesterona hace que se elimine más agua. Cuando no se guarda

equilibrio entre estas dos hormonas pueden aparecer problemas hipertensivos.

Cambios músculo-esqueléticos

1. **Articulaciones:** La hormona relaxina es la causa de que articulaciones y ligamentos estén laxos, y de que la embarazada tenga cierta tendencia a la inestabilidad. Luego es importante la gimnasia prenatal para fortalecer las articulaciones y así evitar esa inestabilidad.
2. **Postura:** El embarazo induce cambios posturales por aumento del tamaño y peso del útero, se modifica la postura de la espalda y también cambia el centro de gravedad. La espalda se incurva hacia atrás y se acentúan la lordosis en vértebras lumbares y la cifosis en las vértebras dorsales. Como consecuencia las embarazadas tienden a echar los pies hacia fuera para mantener el equilibrio. A veces aparecen lumbalgias, ciática, etc.
3. **Peso:** Debe oscilar entre 9 y 11 kg en todo el embarazo de manera que la más delgada debe aumentar más (de 11 a 13 kg), y la más gordita menos (de 7 a 8 kg).
4. **Músculos abdominales:** los rectos abdominales se van estirando y adelgazando, incluso pueden separarse y se produce diastasis de los rectos abdominales. Cuantos más embarazos ha tenido la mujer más elongados están los músculos. El ejercicio físico tras el parto hace que se recupere el tono muscular.
5. **Síndrome del túnel carpiano:** dolor que se produce a nivel de la muñeca por compresión del nervio radial, por edema o acumulo de líquido en el espacio intersticial.

Cambios Cardiovasculares

Son los más importantes que se producen en el embarazo, no tienen relevancia si la mujer está sana.

1. Corazón: su posición varía, rota hacia la izquierda, y hacia delante y arriba.
2. Anatómicos: cambian los ejes anatómicos de conducción eléctrica lo cual se refleja en el electrocardiograma que se encuentra modificado.
3. Gasto cardiaco (es la frecuencia cardiaca por el volumen de eyección): aumenta porque el volumen sanguíneo aumenta y por tanto también el volumen sistólico.
4. Frecuencia cardiaca: aumenta a razón de 10-15 lat/min (80 a 85 lat/min) para garantizar la oxigenación en el tejido placentario.
5. Aumenta el volumen sanguíneo (30-40% sobre el volumen normal).
6. Aumenta el volumen plasmático más que el volumen de eritrocitos (anemia falsa de la embarazada por hemodilución).
7. Aumento de leucocitos (hasta 20.000/mm³ durante el parto y el puerperio) a expensas de los polimorfonucleares, sobre todo encontramos neutrófilos.
8. Factores de coagulación: aumento de la mayoría de factores de coagulación, sobre todo de fibrinógeno, para evitar hemorragias en el parto por ejemplo si hay desprendimiento de la placenta.
9. Aumento de la presión venosa femoral debido a la presión mecánica del útero en crecimiento que pone en compromiso la circulación de los miembros inferiores.
10. Síndrome de hipotensión supina: cuando el útero crece puede oprimir la vena cava inferior y disminuir la circulación a ese nivel, con lo que disminuye la presión sanguínea y aumenta el ritmo cardiaco. Se puede producir mareo, sudor y palpitaciones. Debemos recomendar el decúbito lateral izquierdo (descansar sobre el lado izquierdo).
11. Presión arterial: en la primera mitad de la gestación se produce un discreto descenso para después volver a la normalidad.

Cambios respiratorios

1. La disposición respiratoria de intercambio se favorece durante el embarazo debido a que la progesterona que actúa a nivel alveolar (induce broncodilatación que disminuye las resistencias y facilita el intercambio de gases en el alveolo).
2. Disminuyen los volúmenes residuales, la capacidad vital no se altera. La progesterona actúa sobre el centro respiratorio del cerebro aumentando la frecuencia respiratoria con lo que aumenta de un 30 a un 45% el volumen de aire circulante, disminuye el aire de reserva y el aire residual. Se mantiene así la capacidad vital.
3. El diafragma se desplaza hacia arriba debido al útero en crecimiento hasta 4 centímetros, y ensanchamiento compensador de las costillas para que el volumen intratorácico no varíe.
4. La caja torácica se expande debido al efecto de las hormonas. Se produce una sensación de disnea.
5. Epistaxis frecuente debido a hiperemia de la mucosa nasal. Esta epistaxis se ve favorecida por la acción de los estrógenos y debido a la fragilidad del epitelio de esta mucosa. Esto no es importante si no existen problemas de hipertensión.

Cambios digestivos

1. El pH de la saliva disminuye (puede llegar a valores de 6.0 en hiperemesis).
2. Gingivorragia y gingivitis: por tumefacción e hiperemia de las encías.
3. El cierre entre el esófago y el estómago no se produce adecuadamente ya que la progesterona relaja la musculatura lisa. Además, la compresión del útero en crecimiento, hacen que el contenido gástrico pueda refluir (se produce ardor y pirosis).
4. El estómago pierde su peristaltismo. Vaciamiento más lento, digestiones pesadas debido a la disminución de HCl.

5. Absorción aumentada de agua debido al escaso peristaltismo intestinal y estreñimiento. Tendencia a que se formen varices, plexos varicosos y hemorroides en el recto.
6. Aumento del apetito y la sed; la embarazada necesita comer y beber más, aumentando el metabolismo.
7. Aumento de eritrocitos para aportar nutrientes a la unidad placentaria.

Cambios urinarios

1. Polaquiuria: en el primer trimestre acentuado, en el segundo trimestre el útero sale de la pelvis y deja de comprimir la vejiga, con lo cual no se produce. En el tercer trimestre por el encajamiento del feto se vuelve a comprimir la vejiga y aparece de nuevo.
2. El riego sanguíneo renal y filtrado glomerular aumentan para expulsar los desechos del feto.
3. Compresión de riñones y uréteres (más el derecho). La progesterona seda y disminuye la fuerza con que el riñón inyecta orina en el uréter. Recomendaremos tomar 8 vasos de líquido al día, debido al remanso de orina en cólicos renales. Con esto disminuiríamos el riesgo de infecciones.

Cambios psicológicos del embarazo.

Para algunas mujeres es una crisis, para otras simplemente supone un cambio de rol. Depende de:

- Edad - Deseo del hijo.
- La imagen corporal (autopercepción), también hace que el embarazo se viva de una manera u otra.

Factores que influyen en la autopercepción:

1. Aspecto
2. Funciones de su organismo: incontinencia, estreñimiento, digestiones pesadas.
3. Sensaciones: suelen ser más placenteras. Las caricias pueden ser más placenteras debido a la hiperemia que aumenta la sensibilidad.
4. Movilidad: pueden ser ágiles o patosillas.

Etapas de desarrollo; las sensaciones cambian,

1. **Primer trimestre;** etapa de validación (aceptación del embarazo). Se caracteriza por:
 - a. Introversión, influye en ello el clima hormonal.
 - b. Cuestiona su identidad.
 - c. Incorporación fetal (primer-segundo trimestre).
 - d. Aumenta la fuerza interior, momento de resolver problemas, conflictos familiares.
2. **Segundo trimestre;** distinción fetal
 - a. Concepto de madre distinto del de mujer y bebé.
 - b. Ideas surrealistas e ilusiones sobre el hijo.
 - c. Nota los cambios y movimientos fetales (20ª semana).
 - d. Incorpora al feto a su esquema corporal.
3. **Papel de transmisión;**
 - a. Separación psicológica: percibe al feto como un ser distinto e independiente de ella misma.
 - b. Mayor irritabilidad y ansiedad. La mujer necesita cariño y comprensión porque se acerca el momento difícil del parto. Está extremadamente sensible.
 - c. Necesidad de mayor apoyo.

Valoración del estado de salud

Cuanto antes acuda la mujer a las revisiones menor es el riesgo, pero el cuidado prenatal debe comenzar desde la infancia; la niña que será madre alguna vez debe ser educada sexualmente, y acerca de la planificación familiar, alimentación, etc. La valoración del estado de salud se hace en la primera visita mediante entrevista, exploración y pruebas complementarias. También se cumplimenta y entrega el documento de salud o la cartilla de la embarazada que sirve para la comunicación entre los distintos niveles asistenciales (ya que en ella se anotan todos los resultados y hallazgos de las distintas visitas y pruebas que a la mujer se le van realizando a lo largo del embarazo). La mujer embarazada debe llevar este documento siempre consigo.

El parto normal: Proceso y etapas.

El parto es el proceso por el que se expulsa al exterior el producto de la gestación. El feto en el momento que nace pasa a llamarse recién nacido o neonato. Para que esto ocurra intervienen varios factores:

- Contracción
- Feto
- Canal del parto
- Psique: materna, estado de ánimo.

Contracciones

1. **Valoración de la actividad uterina;** las contracciones producen modificaciones para ayudar a la salida del feto. Además, la mujer empuja con lo que habría una fuerza secundaria (pujos).
 - a. **Duración,** la contracción gráficamente tiene una fase de inicio, fase de subida, acmé de la contracción y fase decreciente. La duración es el tiempo en que se produce, o sea, desde que se inicia hasta que termina. Tendrá diferente duración dependiendo de la etapa del parto.

- b. **Frecuencia**, número de contracciones por unidad de tiempo.
- c. **Intensidad**, se mide en unidades de presión; mm Hg, rango de 0 a 100, o en KPa (kilopascal), rango de 1 a 12. Es la diferencia entre el tono basal de la musculatura uterina y el tono en el acmé de la contracción.
- d. **Intervalo**, es el espacio de tiempo entre el término de una contracción y el inicio de la siguiente.
- e. **Tono** basal de la musculatura uterina, presión que mantiene el útero cuando está en estado de reposo (sobre 10 mm Hg). Este período de relajación es necesario para que los vasos sanguíneos se llenen de sangre ya que casi se han vaciado en la contracción anterior.

Métodos para valorar las contracciones:

- Palpación abdominal; se coloca la yema de los dedos en el fondo uterino (ya que hay más fibras uterinas). Se nota duro y contraído.
- Registro cardiotocográfico externo; el transductor del tocodinómetro se coloca en el fondo uterino para detectar la actividad de la musculatura uterina, y también se ausculta la FCF.
- Registro tocográfico interno; se introduce un electrodo a través de la vagina y cérvix para medir la presión de líquido amniótico cuando se produce la contracción. El electrodo con una cubierta plástica se coloca sobre el cuero cabelludo del feto.

Se distinguen en función de la intensidad:

- Contracciones leves, no pasan de 40 mm Hg
- Contracciones moderadas, intensidad de 60-70 mm Hg
- Contracciones fuertes, mayores de 70 mm Hg.

Se sabe que una contracción a partir de 25-30 mm Hg se percibe como dolorosa. Este es el umbral general, no obstante, unas mujeres lo tienen más alto y otras más bajo.

Si por alguna circunstancia se eleva el tono basal por encima de 10 mm de Hg puede haber un problema para el recambio de sangre entre madre e hijo. Las contracciones del parto sirven para provocar la expulsión del feto al exterior. Antes debe ocurrir el borramiento y dilatación del cuello uterino.

Borramiento del cuello uterino

La contracción se inicia en una zona determinada del fondo uterino ya que hay más fibras musculares y se propaga como una onda en sentido descendente, de manera que las fibras del fondo uterino tiran hacia arriba y hacia fuera del cuello uterino, que está formado por tejido conjuntivo (80%) y tejido muscular liso (15%). Luego el cuello uterino no se contrae, sino que se modifica y se abre. Por otro lado, el segmento uterino se alarga.

El cuello se ablanda, la longitud se acorta y una vez borrado se inicia la dilatación. Por tanto, el borramiento consiste en que el cuello uterino pasa a tener cada vez menos longitud, y el orificio cervical interno (OCI) y el orificio cervical externo (OCE) llegan a coincidir. A veces cuando se inicia el trabajo de parto el cuello ya está borrado debido a agentes bioquímicos (hormonas, moco cervical, etc.), y a las contracciones. En multíparas el borramiento normalmente es simultáneo a la dilatación.

Feto

En un parto normal el punto guía es la parte que se presenta en la pelvis ósea que normalmente es el occipucio, sirviéndonos de referencia la fontanela lambdaoidea. En el sincipucio se presenta la fontanela bregmática. El diámetro suboccipitobregmático (9,5 cm) es el normal que se presenta en un parto ya que el feto tiene normalmente la cabeza flexionada hacia delante.

Si no es así puede haber:

- Presentación de frente, diámetro occipitomentoniano (13,5 cm). La cabeza fetal muestra una extensión parcial (intermedia).

- Presentación militar: diámetro occipitofrontal (11,75 cm). La cabeza no está flexionada ni deflexionada. - presentación de vértice, diámetro suboccipitobregmático (9,5 cm). La cabeza está flexionada.
- Presentación de cara, diámetro submentobregmático (9,5 cm). La cabeza está completamente reflexionada.

Para que se produzca el parto normal el feto presenta los diámetros menores de su cabeza en los mayores diámetros de la pelvis materna. Además, debemos tener en cuenta la estática fetal, que es la disposición del feto dentro del vientre materno. Los componentes de la estática fetal son:

- Situación:** disposición del feto con relación al eje longitudinal de la madre. La situación normal es aquella en la del eje de la madre y del feto coinciden o son paralelos. Si los ejes son perpendiculares la situación es transversa y se practica cesárea. También puede ser oblicua, cuando los dos ejes se cruzan, y esta puede evolucionar a vertical.
- Presentación:** es la parte del feto que está en contacto con la pelvis materna en el proceso del parto. En el 95% de los casos es cefálica pudiendo estar la cara, mentón, la frente o el occipucio. El 3% de las presentaciones es de nalgas que puede ser nalgas puras, nalgas incompleta, rodillas, etc. Existen también presentaciones transversas que está mal denominado ya que la presentación sería de hombro.
- Actitud:** relación de las partes del feto entre sí, la normal es la de flexión de los brazos sobre el tronco, piernas sobre abdomen y cabeza sobre tórax.
- Posición:** Es la relación entre el dorso fetal y la pared abdominal de la madre. Por extensión también es la relación que guarda el punto guía de la presentación, que es la fontanela lambda en la presentación cefálica, con los cuadrantes de la pelvis (derecho anterior, derecho posterior, izquierdo anterior, izquierdo posterior).
- Grado de descenso:** es la relación que existe entre la presentación y la pelvis materna. Puede ser encajado o grado 0, cuando la cabeza está a nivel de las

espinas ciáticas. Por encima se denomina cabeza flotante o flotando, siendo hacia arriba grado -1 , -2 , -3 , -4 y -5 , y una vez flanqueada la espina ciática se denomina cabeza abombando, y los grados son $+1$, $+2$, $+3$, $+4$ y $+5$ hacia abajo, de manera que $+5$ es cuando la cabeza está en el estrecho inferior. Coronando es cuando la cabeza se visualiza por el periné.

Se describe la estática fetal mediante siglas que nos indican los componentes descritos. Así las siglas OIP es occipito izquierda posterior, SDA es sacro derecha anterior, MDT es mentoniana derecha transversa, etc.

Canal del parto

- Canal duro: óseo (pelvis materna).
- Canal blando: cuello uterino, vagina y vulva (músculos del perineo).

Psique

Estado de ánimo materno.

En función de las vivencias durante el embarazo, vivencias anteriores, predisposición, etc. de la mujer.

Mecanismos del parto

Son la serie de movimientos pasivos que realiza el feto para salir al exterior, acomodando sus menores diámetros a los mayores diámetros de la pelvis menor. Ésta por su carácter curvo, y el obstáculo que suponen las espinas ciáticas obligan al feto a hacer esta serie de movimientos llamados también cardinales.

Estos movimientos son:

1. Descenso
2. Flexión
3. Rotación interna
4. Extensión
5. Rotación externa

El descenso ocurre conjuntamente a la flexión. Conforme atraviesa los estrechos se va flexionando para presentar sus menores diámetros, y también porque encuentra resistencia en las estructuras de la pelvis (suelo pélvico). Al atravesar la espina ciática rota internamente y termina acometiendo el estrecho inferior por el arco púbico deslizando la nuca con un movimiento de extensión. En el momento de la extensión los hombros están encajados en el estrecho superior. Para que salgan los hombros tendrá que rotar externamente hacia izquierda o derecha en función de la posición previamente determinada con las maniobras de Leopold. Sale primero el hombro que se desliza por debajo de la sínfisis del pubis, y tras esto se “descalza” el posterior (abajo). Si el dorso estaba a la derecha el occipucio se gira a la derecha, si estaba a la izquierda se rota externamente hacia la izquierda. El feto hace un movimiento de restitución insinuando hacia donde rotar.

Inicio del parto

Por qué se inicia el parto todavía no se sabe bien. La etiología es multifactorial y se cree que están involucrados factores mecánicos y hormonales. Se sabe que se producen cambios en:

- a. Cuello uterino: en el cérvix se produce ablandamiento, suavidad, borramiento y dilatación. El cérvix no es elástico, se estira, pero no se contrae. Su estimulación (por el feto descendiendo o artificialmente mediante la maniobra de Hamilton que es la separación de membranas del polo inferior para estimular el comienzo del parto), provoca una descarga de prostaglandinas que producen la dinámica uterina.
- b. Miometrio: si es elástico. Tiene dos características:
 - elasticidad
 - contractilidad

Las contracciones que durante el embarazo son leves y no coordinadas (contracciones de Braxton-Hicks), en el trabajo de parto son fuertes, rítmicas y progresivamente más intensas y coordinadas. Esto se ve favorecido por las

estrechas uniones entre las fibras musculares del miometrio. Cuando llega el parto en estas fibras musculares hay liberación de iones Ca^{++} que producen lisis de ATP junto con un aumento de mitocondrias celulares que hacen que se produzca una actividad contráctil de la actomiosina.

Existen varias hipótesis para explicar el comienzo del trabajo de parto:

- Factores genéticos de la madre.
- La estimulación del cérvix y vagina debido a la presión que ejerce la presentación fetal una vez que se ha producido el descenso en la pelvis.
- Un aumento de la producción de ACTH materna (u hormona adrenocorticotropa, que se produce en el lóbulo anterior de la hipófisis), aumenta el cortisol de las cápsulas suprarrenales fetales, el cual actúa sobre la placenta produciendo un desequilibrio entre los niveles de progesterona y estrógenos a favor de estrógenos que tienen un efecto contráctil. La progesterona no produce su efecto sedante.
- Además, el aumento de estrógenos induce la secreción de prostaglandinas vasoconstrictoras segregadas por el útero, la placenta y el líquido amniótico, y por otro lado se produce un aumento de la secreción de oxitocina por la hipófisis posterior.
- Además, colateralmente se produce un aumento (de 100 a 200 veces) del número de receptores de oxitocina en las células del miometrio. La oxitocina es una hormona que produce la contractilidad del músculo uterino. Cuando el parto se induce con oxitocina, antes de la finalización del embarazo, puede ocurrir que la inducción fracase ya que hay menos receptores de los necesarios.
- La relaxina también juega un papel importante ya que relaja las articulaciones (por ello se facilita la retropulsión del cóccix), y también se cree que produce cambios cervicales.

- La distensión o elongación de las fibras uterinas llega a ser tan grande al final de la gestación, que las fibras son más excitables y se contraen con más frecuencia ante estímulos menores.

Lo que sí se sabe es: que hay una mayor unión de las células musculares para contraerse mejor, que se producen desequilibrios hormonales, aumento de prostaglandinas, aumento de receptores de oxitocina, distensión uterina, etc. Podría ser que el conjunto de todo ello diera lugar al inicio del parto.

Etapas del parto

Primera, etapa de **dilatación**: comprende desde que la mujer empieza con contracciones regulares, rítmicas y se produce cierto grado de dilatación (2 o 3 contracciones cada 10 min. y 2 cm de dilatación), hasta que la dilatación es total, de 10 cm. Esta etapa es diferente en primigestas que en multíparas. Por término medio dura 14 horas en primíparas y de 7 a 8 horas en multíparas. Consta de tres fases:

- a. Fase latente, es lenta en cuanto a dilatación, es el inicio del parto. Va desde el inicio hasta 3 cm de dilatación (las contracciones pasan de producirse cada 10 min. a producirse cada 5-6 min.). La intensidad de las contracciones va de leve a moderada. Se estrechan las uniones entre células musculares del miometrio y aumenta el número de receptores de oxitocina.
- b. Fase activa, la dilatación progresa rápido (desde 3 a 8 cm). La intensidad de las contracciones es de moderada a intensa, y son cada vez más frecuentes (cada 3-4 min.), y regulares.
- c. Fase de transición, se produce una desaceleración. Dura más que la fase activa. La dilatación va desde 8 a 10 cm. Las contracciones se producen cada 3 min. Y son más intensas (fuertes de más de 70 mmHg).

El promedio de la duración de la dilatación en primípara es de 1.2 cm/hora y en multípara 1.5 cm/hora.

Segunda, etapa de **expulsivo**: va desde 10 cm de dilatación hasta que el feto sale al exterior. En nulíparas el expulsivo puede durar hasta 1 hora, en múltiparas 10-15 minutos.

- a) Fase temprana; de reorganización de fuerzas, tras haber completado la dilatación. Se separan en el tiempo las contracciones para que el útero y el organismo recobren fuerzas.
- b) Fase de descenso; a través de la vagina. La mujer imprime con cada contracción una fuerza de 18 Kg al abdomen. Además, la mujer empuja simultáneamente a la contracción, de manera que ésta imprime una mayor fuerza cuando está en posición de litotomía con un ángulo de la espalda de 45°. A los empujes que realiza la mujer se les llama pujos.
- c) Fase perineal; presentación del feto en el periné de la mujer que se abomba, se adelgaza y el ano se abre, protruyen hacia delante la vulva y el ano y los labios mayores se afinan.
- d) Coronamiento de la presentación; tras varios pujos, la cabeza abre una circunferencia vulvar y ya no retrocede hacia atrás. Se puede ver la cabeza del niño/a.

Tercera, etapa de **alumbramiento**: comprende desde la salida del feto a expulsión de la placenta. Esta etapa dura 5 minutos si está dirigida e inducida, y de 15 a 30 minutos si es espontánea.

- a. El útero disminuye su tamaño y aumenta su grosor. Como se reduce la zona de inserción, y la placenta no es elástica se dobla y se desprende, ya que está inserta en el fondo uterino. Se produce por tanto un descenso de la placenta.
- b. Expulsión, por contracciones menos intensas y esfuerzos de la mujer. Si lo primero que sale es la cara fetal de la placenta, porque lo primero que se ha desprendido de la placenta es la parte central se le llama alumbramiento tipo Schultze, si lo primero que sale es la cara materna se llama alumbramiento tipo Duncan, y el desprendimiento ha comenzado por la periferia.

- c. Formación del globo de seguridad, que consiste en que el útero se contrae firmemente para evitar la hemorragia, o sea, para ahogar las boquillas vasculares que han quedado abiertas. Son las ligaduras vivientes de Pinard que aseguran una buena hemostasia. Consiste en que se produce un miotaponamiento mediante contracciones tónicas que colapsan las bocas vasculares, y posteriormente un trombotaponamiento de esas bocas vasculares.

Los signos de desprendimiento son:

1. Fondo uterino con aspecto más esférico-globular.
2. El útero se desplaza ligeramente hacia arriba cuando la placenta cae al segmento uterino (fondo uterino más arriba).
3. Sangre oscura procedente del interior y abundante.
4. Cordón umbilical que va descendiendo.
5. Visualización de la placenta en el canal vaginal.

Loquios.

El término loquios hace referencia a la secreción vaginal postparto que se origina en la cavidad uterina. Están compuestos de sangre, tejido necrótico, restos de tejido de granulación y exudado de la superficie desnuda de la cavidad uterina. Se estima que el peso total de loquios expulsados durante el puerperio es de 500 grs.

En la 1ª semana se eliminan 3/4 partes del total y su composición se modifica a lo largo del tiempo. Atendiendo a su aspecto y color se clasifican:

Loquios rojos: Duran 2 o 3 días, contienen casi exclusivamente sangre con pequeños fragmentos de membranas y restos fetales como vérmix caseoso y meconio.

Los loquios serosos: se mantienen hasta el 10º día aproximadamente, se vuelven más pálidos, rosados y su composición principal es de exudado, leucocitos y decidua en estado de degeneración grasa, contienen menos sangre.

A medida que aumenta el número de leucocitos, junto con el moco y microorganismos, los loquios se convierten en cremosos y se denominan

Loquios blancos: de tal forma que alrededor de la 5ª semana después del parto cesa la expulsión de los loquios.

Los loquios tienen un olor característico y depende del tipo de flora bacteriana de cada mujer, aun así, no deben ser fétidos, esto puede ser indicativo de infección.

Aunque este exudado es un excelente caldo de cultivo para el crecimiento de microorganismos, la amplia vascularización uterina y las propiedades bactericidas del tejido de granulación uterino garantizan un medio estéril, siempre que exista un buen drenaje.³²

Instrumentación obstétrica

Fórceps, espátulas de Thierry y el vacuo extractor.

Fórceps

Pinzas de dos ramas cruzadas que sirven para abrazar, rotar y traccionar la cabeza fetal hasta su extracción.

Condiciones de aplicación de fórceps:

1. Dilatación completa
2. Cabeza fetal encajada
3. Conocer la posición de la cabeza fetal
4. Bolsa de aguas rota
5. Mujer bajo anestesia Indicaciones:
 - Maternas: cardiopatía, miopía o ceguera y parto prolongado.
 - Fetales: sufrimiento fetal agudo, distocias.
 - Maternas: desde desgarros leves a traumatismos de la vejiga urinaria.

³² Colomer D. Enfermería maternal y ginecológica. 6th ed. masson , editor. Barcelona; 2011.

- Fetales: desde tumefacción hasta lesiones craneales.

Cesárea

Terminación del parto por vía abdominal. Hay distintos tipos de incisión:

1. Laparotomía media infraumbilical (en dirección vertical).
2. Incisión de Pfannestiel a nivel suprapúbico (en dirección horizontal).

En este caso a los cuidados del posparto se añaden los propios de la cirugía.

Indicaciones

- Cesárea electiva
 - Situaciones fetales transversas
 - Cardiopatías maternas
 - Desproporciones pelvifetales
 - Placenta previa oclusiva
 - Enfermedades maternas graves
 - Cesárea iterativa
- Cesárea urgente
 - Sufrimiento fetal
 - Abruption placentae
 - Hemorragias
 - Fracaso del parto vaginal
 - Prolapso de cordón umbilical

Complicaciones

Son las propias de cualquier intervención quirúrgica:

- Hemorragia.
- Infección.
- Shock séptico.³³

4.5.2 Padecimientos más frecuentes de la Cesárea

- **Daño de órganos vecinos** (vejiga urinaria, vasos sanguíneos, intestino). Se producen aproximadamente en el 1 % de todas las cesáreas.
- **Infecciones** (útero, tracto urinario, heridas). La infección del útero (endometritis) depende en gran parte del mecanismo mediante el que se desencadene el parto y de la rotura de la bolsa de las aguas. Se trata con antibióticos. Las infecciones de las heridas suelen aparecer entre 4 y 7 días después de la cirugía. Además de con antibióticos, las infecciones de las heridas a veces precisan que haya que volver a abrirlas para permitir que salga la infección y limpiar los tejidos.
- **Hemorragia**. El 1-2 % de las cesáreas precisan una transfusión de sangre debido al sangrado. En las raras ocasiones puede ser necesario extirpar el útero (histerectomía).
- **Formación de trombos** que pueden obstruir los vasos sanguíneos. El embarazo y el postparto inmediato son momentos en los que se eleva el riesgo de sufrir trombosis en las piernas (trombosis venosa profunda) o en los pulmones (tromboembolismo pulmonar). Las mujeres con un riesgo muy alto pueden necesitar tratamiento anticoagulante para disminuirlo.
- El periodo de recuperación es más largo que el de un parto vaginal.
- Puede favorecer la localización anómala de la placenta en el útero en embarazos posteriores (placenta previa).

³³ Peregrina FJR. Apuntes y notas de enfermería: Materno-Infantil. Sexta ed. México: McGraw-Hill; 2008.

- **Cicatrices en el útero** aumentan el riesgo de rotura uterina en futuros embarazos.
- Puede producir cierta dificultad respiratoria en el recién nacido por los efectos de la anestesia y por la forma de nacimiento, aunque suelen durar muy poco tiempo (1 o 2 días). En las cesáreas suele estar presente un pediatra especializado en recién nacidos para asistir inmediatamente al bebé si fuera necesario.³⁴

4.5.3 Descripción del procedimiento

CESÁREA

Definición

Operación mediante la cual se extrae el feto del útero por una incisión que se hace en la pared abdominal y uterina.³⁵

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.³⁶

Tipos de cesárea

Según antecedentes obstétricos de la paciente.

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

³⁴ OMS. Organización mundial de la salud. [Online]; 2019. Acceso 21 de Juniode 2021. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14916:ten-threats-to-global-health-in-2019&Itemid=135&lang=es.

³⁵ Gary C. Williams Obstetria y ginecología. 25th ed. Mexico : McGraw Hill; 2010.

³⁶ Cerda H.J. BAL. Estudio colaborativo Latinoamericano de Cesáreas. Fundamentos y Guías para la Segunda Opinión. Mexico: Benavides, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.

- Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

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 ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

Según técnica quirúrgica.

- Corporal o clásica.
- Segmento corporal (Tipo Beck).
- Segmento arciforme (Tipo Kerr).³⁷

Indicaciones

En las mujeres para quienes se selecciona una cesárea programada el riesgo de trastornos respiratorios neonatales aumenta cuando la intervención quirúrgica se lleva a cabo antes de las 39 semanas, se recomienda confirmar la madurez pulmonar fetal antes de la cesárea programada y previo a las 39 semanas de la gestación, a menos que sea posible establecer madurez fetal por medio de datos clínico.

- Distocia

Constituye la indicación más frecuente de la cesárea la OMS cree aplicables a las cesáreas por anomalías del trabajo de parto, ya que la distocia crea

³⁷ Salud Sd. Guía de práctica clínica de Cesárea segura. [Online].; 2009. Acceso 22 de Junio de 2021. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>.

detención secundaria de la dilatación, interrupción del descenso, desproporción cefalopélvica y falta de avance de trabajo de parto.

- Sufrimiento fetal

Con respecto al diagnóstico del sufrimiento fetal, son recomendaciones de la American Academy of Pediatrics y del American College of Obstetricians and Gynecologists (2007) que los servicios de atención de obstetricia tengan la posibilidad para iniciar una cesárea en los 30 min siguientes a la decisión de efectuarla. Las interpretaciones erróneas de este criterio son frecuentes. De modo específico, dicha recomendación se refiere a los servicios y no tiene nada que ver con la toma de decisiones clínicas. No hay un estándar de atención reconocido a escala nacional. En casi todos los casos, el nacimiento quirúrgico no necesariamente ocurre en ese intervalo de 30 min. El hecho de que el tiempo transcurrido entre la decisión de realizar una cesárea y la incisión fuera menor de 30 min, carece de efectos negativos sobre el resultado en el recién nacido. Por otro lado, cuando se enfrenta un deterioro agudo y catastrófico del estado fetal, suele indicarse la cesárea tan rápido como sea posible y los retrasos voluntarios de cualquier duración serían inapropiados.

- Presentación pélvica

Las preocupaciones por lesiones fetales, así como la infrecuencia con que la presentación pélvica cumple los criterios para una prueba de trabajo de parto hacen probable que su contribución a la tasa global de cesáreas se mantenga relativamente estática.

- Cesárea previa

Epidemiología

Casi 1.5 millones de embarazos, encontraron una mortalidad materna de 2.2 por 100 000 cesáreas. Una cesárea urgente conllevaba un riesgo casi nueve veces mayor de fallecimiento materno en relación con el parto vaginal, incluso la cesárea electiva se vinculaba con un riesgo casi del triple. La tasa de complicaciones obstétricas graves se incrementó entre 1998 y 1999 así como entre 2004 y 2005. Gran parte de este aumento fue consecutivo a la mayor frecuencia de cesáreas (Kuklina et al., 2009).

La morbilidad materna es dos veces mayor con la cesárea en comparación con el parto vaginal (Villar et al., 2007). Las principales causas abarcan infección puerperal, hemorragia y tromboembolias (Burrows et al., 2004) y no toda la morbilidad es inmediata. Declerq et al. (2007) observaron que la hospitalización reiterada en los primeros 30 días después de una cesárea, es más de dos veces más frecuente que luego de un parto vaginal. Rajasekar y Hall (1997) publicaron que la incidencia de laceraciones vesicales con la cesárea era de 1.4 por 1 000 intervenciones quirúrgicas y la de las lesiones ureterales correspondió a 0.3 por 1 000. Aunque la lesión vesical se identificaba de inmediato, el diagnóstico de lesión ureteral solía ser tardío. La infección uterina es relativamente frecuente después de la cesárea. En las mujeres con una cesárea previa, la frecuencia de rotura uterina en un embarazo ulterior es más frecuente que en las que sólo han tenido partos vaginales. Sin embargo, afortunadamente el riesgo de rotura es reducido y Spong et al. (2007) encontraron que el riesgo global es cercano a 0.3%.

La morbilidad vinculada con la cesárea aumenta de manera notoria en mujeres con obesidad. Todas esas alteraciones patológicas, así como el mayor tiempo de recuperación generan una duplicación de los costos de la cesárea con respecto al parto vaginal (Henderson et al., 2001).

Tipos de cesárea según técnica quirúrgica

- **Corporal o clásica:** La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando 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: (Beck)** La incisión es vertical y 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 no difieren de la anterior.
- **Segmento arciforme o transversal: (Kerr)** Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y 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 y así como pocas adherencias postoperatorias.

Con variaciones menores, la realización quirúrgica de la cesárea es comparable en todo el mundo. La mayoría de los pasos a seguir se fundamenta en información basada en evidencia, que ha sido revisada por Berghella et al. (2005).

- Incisión abdominal

Por lo general, se utiliza una incisión vertical media o una transversa suprapúbica. Sólo en circunstancias especiales, se recurriría a una incisión paramedia o media transversa.

- Incisión vertical

Una incisión vertical media infraumbilical es la más rápida de hacer. Debe ser de suficiente longitud para permitir el nacimiento del lactante sin dificultades. Por tanto, su longitud debe corresponder al peso calculado del feto. Se lleva a cabo una incisión cortante hasta alcanzar la vaina anterior de los músculos rectos mayores del abdomen, que se libera de grasa subcutánea para exponer una banda de aponeurosis en la línea media de 2 cm de ancho. Algunos cirujanos prefieren cortar la vaina de los rectos con el bisturí a toda lo largo de la incisión aponeurótica. Otros prefieren llevar a cabo una pequeña abertura y después cortar la capa aponeurótica con tijeras. Se separan los músculos rectos mayores del abdomen y el piramidal en la línea media mediante disección cortante y roma para exponer la aponeurosis transversal y su peritoneo. Se disecan la aponeurosis transversa y la grasa preperitoneal de manera cuidadosa hasta alcanzar el peritoneo subyacente. Se abre con cuidado el peritoneo cerca del extremo superior de la incisión, sea de manera roma o mediante elevación con dos pinzas hemostáticas colocadas unos 2 cm aparte. Se examina y palpa el pliegue entoldado del peritoneo entre las grapas para asegurarse de que el epiplón, el intestino o la vejiga no se encuentran adyacentes. En mujeres que han tenido una intervención quirúrgica intraabdominal previa, que incluye la cesárea, el epiplón o el intestino pueden estar adheridos a la superficie del peritoneo. En las mujeres con trabajo de parto obstaculizado, la vejiga se puede empujar en sentido cefálico casi hasta el nivel del ombligo. Se incide el peritoneo en la parte superior del polo correspondiente de la incisión en dirección descendente hasta apenas arriba de la reflexión peritoneal sobre la vejiga.

- Incisiones transversas

En la incisión modificada de Pfannenstiel, se corta la piel y el tejido subcutáneo con la utilización de una línea transversa baja ligeramente curva. La incisión se lleva a cabo a la altura de la línea del vello púbico y se extiende algo por afuera de los bordes laterales de los músculos rectos mayores del abdomen. La disección cortante se continúa a través de la capa subcutánea hasta nivel de la fascia. Casi siempre es posible identificar los vasos epigástricos superficiales a la mitad del camino entre la piel y la fascia, a varios centímetros de la línea media. Si aquéllos se laceran, se pueden suturar o electrocoagular. Después de separar el tejido subcutáneo de la aponeurosis subyacente 1 cm a cada lado, se incide la aponeurosis. A este nivel, la fascia abdominal anterior está formada por dos capas visibles, la aponeurosis del músculo oblicuo externo y una capa fusionada que contiene la aponeurosis del oblicuo interno y el transverso del abdomen. Lo mejor es seccionar cada capa de manera individual durante la extensión lateral de la incisión de la fascia. Los vasos epigástricos inferiores yacen por fuera del borde lateral del recto abdominal y por debajo de las aponeurosis fusionadas del oblicuo interno y el transverso del abdomen. Por tanto, estos vasos se pueden seccionar si la incisión de la fascia se extiende en sentido más lateral. Sin embargo, si es necesario extenderla, los vasos se deben identificar y cauterizar o ligar para evitar una hemorragia y retracción vascular en caso de laceración. De manera secuencial, se sujeta primero el borde superior y después el inferior con pinzas adecuadas y un ayudante los eleva conforme el médico separa la vaina aponeurótica de los músculos rectos mayores del abdomen subyacentes, de manera roma o cortante. Se pinzan, cortan y ligan los vasos sanguíneos que transcurren entre los músculos y la aponeurosis o se fulguran con el electrocauterio. Es imperativa una hemostasia meticulosa para reducir la incidencia de infección y hemorragia. La disección aponeurótica se prolonga lo suficiente hacia el ombligo para permitir una incisión longitudinal adecuada del peritoneo sobre la línea media. Después se separan los músculos rectos mayores del abdomen en la línea media, con el propósito de exponer el

peritoneo subyacente, el cual se abre como se comentó antes. La incisión de Pfannenstiel se guía por las líneas de Langer de tensión cutánea y, por consiguiente, es posible obtener resultados estéticos excelentes. Además, ofrece una menor frecuencia de dolor posoperatorio, de dehiscencia de la herida de la fascia y de hernia incisional. No se sabe con seguridad si es más fuerte y si tiene menos probabilidades de sufrir dehiscencia (Hendrix et al., 2000). La incisión de Pfannenstiel no se aconseja en los casos en que se necesita un gran espacio quirúrgico o cuando se requiere entrar en la parte superior del abdomen. En la cesárea de repetición, el reingreso a través de una incisión de Pfannenstiel suele ser más prolongado y difícil por la cicatrización. Cuando se desea una incisión transversa y se necesita más espacio, la incisión de Maylard constituye una opción segura (Ayers y Morley, 1987; Giacalone et al., 2002). En esa incisión, los músculos rectos se dividen de manera cortante o por medio de electrocauterización. Asimismo, la incisión puede ser especialmente útil en mujeres con cicatrización importante resultante de las previas, elaboradas de manera transversa.

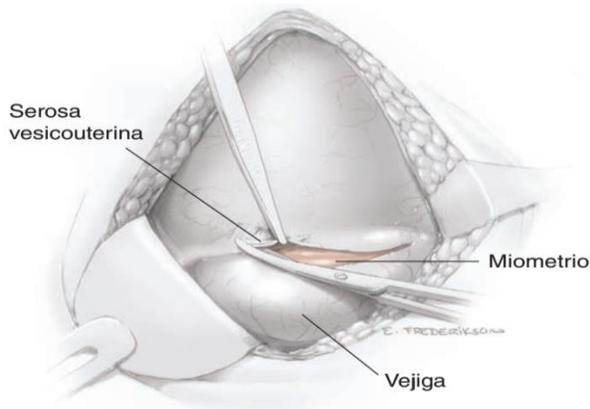
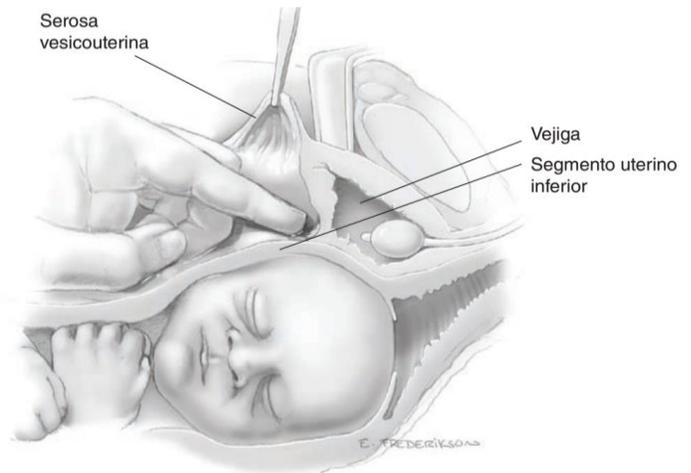
- Incisiones uterinas

Por lo general, la incisión del segmento uterino inferior es transversa. En ocasiones, se puede usar una incisión vertical en el segmento inferior. La llamada incisión clásica es una vertical en el cuerpo del útero por arriba del segmento uterino inferior y que alcanza el fondo. Esta incisión casi nunca se utiliza hoy en día. Para casi todas las cesáreas, la incisión transversa del útero es la que se prefiere.

En comparación con la incisión clásica, aquella facilita más la reparación, así como la localización en un sitio con menor probabilidad de rotura del órgano en un embarazo subsiguiente y sin favorecer adherencias en los intestinos o el epiplón sobre la línea incisional.

- Técnica para la incisión transversa para cesárea

Por lo general, el útero se encuentra en dextrorrotación, de manera que el ligamento redondo izquierdo se halla en una ubicación más anterior y cerca de la línea media si se le compara con el derecho. En presencia de meconio espeso o infección del líquido amniótico, algunos incautos prefieren usar una compresa húmeda de laparotomía en cada corredera parietocólica para absorber los líquidos y la sangre que escapan del útero abierto. La reflexión del peritoneo por arriba del borde superior de la vejiga y que cubre el segmento uterino inferior, el colgajo vesical, se sujeta en la línea media con pinzas y se incide de manera transversa con bisturí o tijeras. Se introducen las tijeras entre la serosa vesicouterina y el miometrio del segmento uterino inferior y se separan a los lados con respecto a la línea media para después retirarse mientras se abren de manera parcial sus ramas de modo intermitente. Esto disecciona un área de 2 cm de ancho de serosa, que después se incide. Conforme se alcanza el borde lateral a cada lado, las tijeras se dirigen un poco hacia arriba (fig. 1)

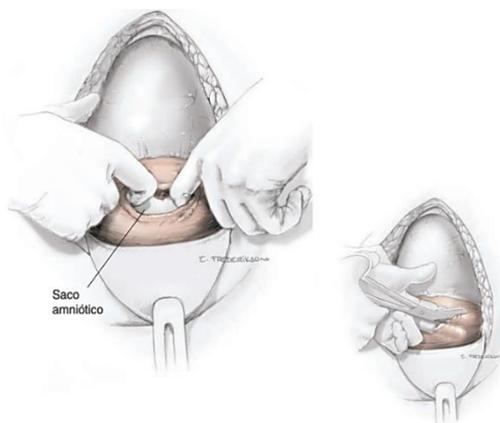


Se levanta el colgajo inferior del peritoneo y se separa con delicadeza la vejiga del miometrio subyacente mediante disección roma o cortante (fig. 2).

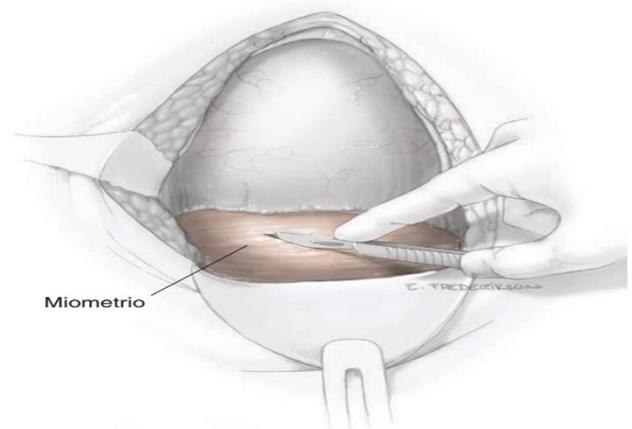
En general, la separación de la vejiga no debe rebasar 5 cm de extensión. Sobre todo, en presencia de un cuello borrado y dilatado, es posible que se disèque tanto de manera descendente que se exponga de manera inadvertida la vagina subyacente e incluso se ingrese a ella, más que al segmento uterino inferior.

Se entra en el útero a través de su segmento inferior 1 cm por debajo del borde superior del reflejo peritoneal. Es importante hacer la incisión uterina relativamente alta en mujeres con dilatación avanzada o completa del cuello uterino para llevar a cabo una mínima extensión lateral de la incisión hacia las arterias uterinas y evitar el ingreso no intencional a la vagina. Esto se hace mediante la utilización de la

reflexión de la serosa vesicouterina como guía. El útero puede incidirse mediante técnicas diversas, cada una iniciada con un bisturí para cortar de manera transversal el segmento uterino inferior expuesto entre 1 y 2 cm en la línea media, lo cual ha de efectuarse con cuidado con el propósito de no lesionar al feto (fig. 3).



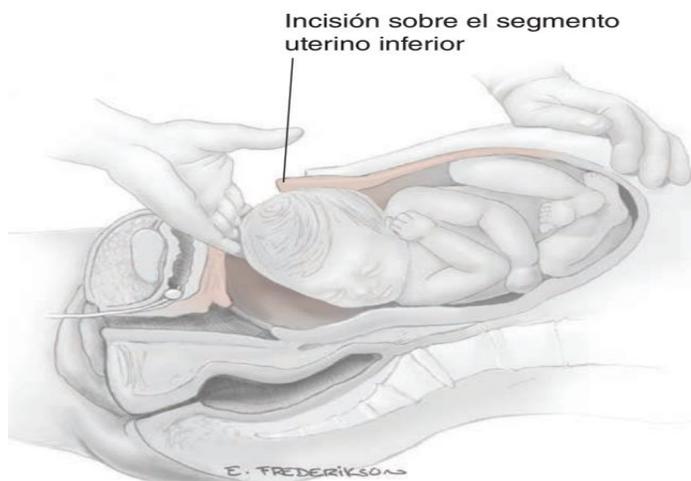
Una vez que se abre el útero, la incisión se puede ampliar por corte lateral y luego ligeramente ascendente con tijeras. De manera alternativa, cuando el segmento uterino inferior es delgado, la incisión se puede ampliar simplemente de manera digital mediante tracción lateral y ascendente con los dedos índices (fig. 4)



Si bien Rodríguez et al. (1994) informaron que las extensiones roma y cortante de la incisión uterina inicial son equivalentes desde los puntos de vista de la seguridad y las complicaciones posoperatorias, Magann et al. (2002) informaron que la disección cortante aumentaba la pérdida sanguínea y la necesidad de transfusiones. La incisión uterina debe efectuarse con amplitud suficiente para permitir el nacimiento de la cabeza y el tronco del feto sin desgarros o necesidad de cortar hacia los vasos uterinos que tienen una trayectoria lateral en el borde del órgano. Si se encuentra la placenta en la línea de incisión, aquélla debe desprenderse o incidirse. Cuando se realiza esto último, la hemorragia fetal quizá sea grave, por lo cual debe procederse al pinzamiento del cordón y la extracción fetal tan pronto como sea posible en tales casos:

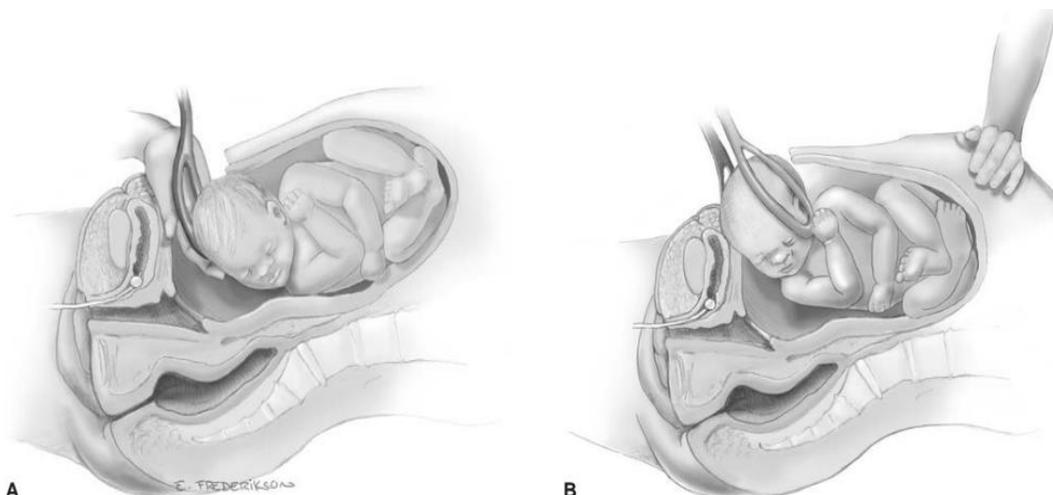
- Extracción del feto

En una presentación cefálica, se desliza una mano al interior de la cavidad uterina entre la sínfisis y la cabeza fetal y se eleva ésta suavemente con la cara palmar de los dedos hacia la incisión, con ayuda de una compresión transabdominal leve sobre el fondo uterino (fig. 5).

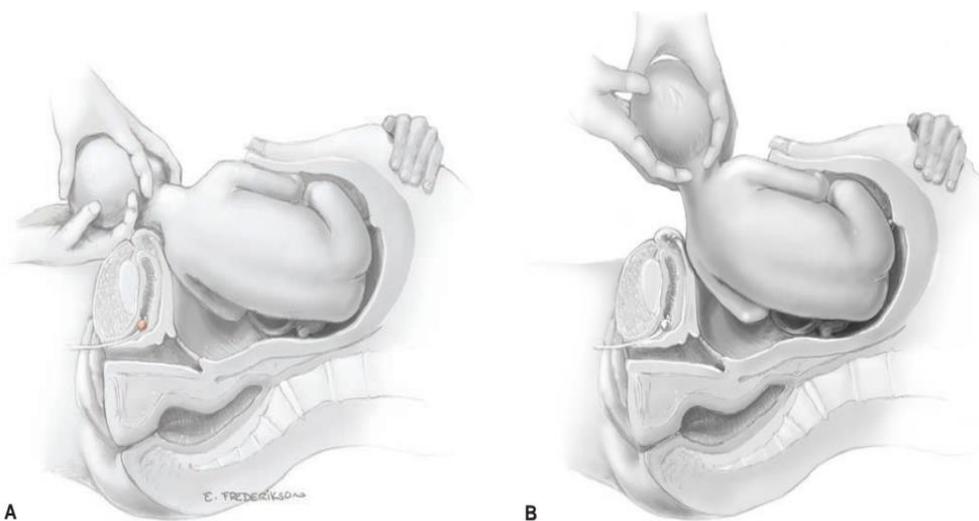


Después de un trabajo de parto prolongado en presencia de desproporción cefalopélvica, la cabeza puede estar incrustada de manera importante en el conducto del parto. La presión ascendente ejercida por la mano de un ayudante introducido en la vagina ayudará a desalojar la cabeza y hará posible su nacimiento por arriba de la sínfisis del pubis. Por el contrario, en las mujeres sin trabajo de parto, la cabeza fetal no se moldea y, sin un punto cefálico guía, es difícil levantar la cabeza redonda a través de la incisión uterina.

En estos casos, se utiliza un fórceps o un aparato de succión por vacío para extraer la cabeza fetal (fig. 6).

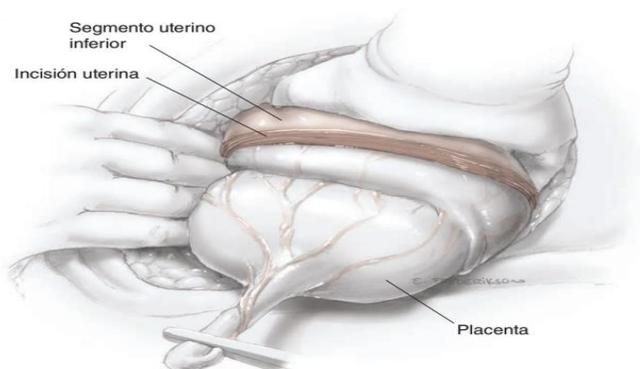


Se hacen nacer los hombros por medio de tracción suave más compresión fúndica (fig.7).



El resto del cuerpo sale con facilidad a continuación. Para llevar al mínimo la aspiración fetal de líquido amniótico, se hace aspiración de los orificios nasales y la boca expuesta con una perilla para aspiración. Después de extraer los hombros, se administra una solución cristaloide intravenosa con dos ampollas de oxitocina, o 20 U/L, a razón de 10 ml/min, hasta que el útero se contrae de manera satisfactoria. Hecho esto, es posible reducir la velocidad de la infusión. Se evitan las dosis rápidas de 5 a 10 U por la hipotensión vinculada.

Se pinza el cordón umbilical y se entrega el lactante al miembro del equipo que realizará su reanimación, según se requiera. Se observa la incisión uterina en busca de sitios de hemorragia cuantiosa, que se deben sujetar con rapidez mediante pinzas de anillos, Pennington o instrumentos similares. A continuación, se extrae la placenta, a menos que esto ya haya ocurrido de manera espontánea. Muchos cirujanos prefieren su extracción manual, pero su desprendimiento espontáneo, como se muestra en la figura 8, además de generar alguna tracción del cordón, reduce el riesgo de hemorragia e infección quirúrgica (Anorlu, 2008; Atkinson, 1996; Baksu, 2005 et al.). El masaje del fondo uterino que se inicia tan pronto como nace el feto, aminora la hemorragia y acelera el alumbramiento.



La American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists (2007) recomendaron que “hubiese una persona calificada diestra en la reanimación neonatal en el quirófano, con todo el equipo necesario para su intervención a fin de atender al recién nacido”. Con analgesia regional rara vez se requiere una reanimación vigorosa del lactante luego de la cesárea de repetición electiva o la efectuada por distocias en ausencia de anomalías de la frecuencia cardíaca fetal y que, en tales casos, tal vez no se requiera un pediatra.

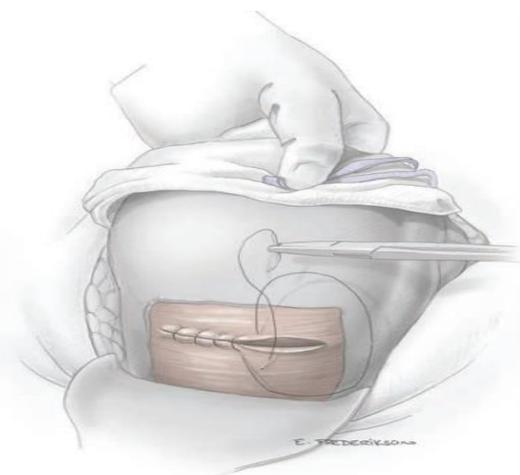
- Reparación uterina

Después del alumbramiento de la placenta, es factible elevar el útero a través de la incisión hacia la pared abdominal cubierta por campos estériles y cubrir el fondo con una compresa húmeda de laparotomía. Aunque algunos clínicos prefieren evitarlo, la exteriorización uterina a menudo tiene ventajas que superan cualquier desventaja. Por ejemplo, se puede reconocer de inmediato un útero atónico relajado y aplicarle masaje. Se visualizan la incisión y los puntos sangrantes con más facilidad y se reparan, en especial si ha habido extensiones laterales. La exposición

de los anexos es mejor y ello facilita la esterilización tubaria. La desventaja principal la constituyen las molestias y el vómito causados por la tracción en las cesáreas con analgesia regional. No parece aumentar la movilidad febril o la hemorragia con la exteriorización uterina antes de la reparación (Coutinho et al., 2008; Walsh y Walsh, 2009).

Inmediatamente después del nacimiento y la inspección de la placenta, se revisa la cavidad uterina y se aspira o limpia con una gasa para retirar restos de membranas, vermix caseosa, coágulos y otros detritos. Se revisan con cuidado los bordes cortados superior e inferior y cada ángulo lateral de la incisión uterina en busca de vasos sangrantes. Los vasos grandes pinzados de manera individual se ligan con material de sutura. Algunos clínicos han expresado preocupación en el sentido de que la aplicación de suturas a través de la decidua pudiese causar endometriosis en el sitio de la cicatriz de histerotomía, pero se trata de un acontecimiento inusual. Se cierra la incisión uterina mediante uno o dos planos de sutura con material absorbible de calibre 0 o 1. Muchos cirujanos utilizan catgut crómico, pero algunos prefieren suturas sintéticas no absorbibles.

Es recomendable que la hemostacia, con cada punto penetre el espesor total del miometrio (fig. 9).



Es importante seleccionar con cuidado el sitio de cada punto para no retirar la aguja una vez que penetra el miometrio. Esto disminuye lo más posible la perforación de vasos no ligados y la hemorragia subsiguiente. Se continúa la sutura anclada hasta apenas rebasar el ángulo opuesto de la incisión. En especial cuando el segmento inferior es delgado, se puede conseguir la aproximación correcta de los bordes cortados con un plano de sutura. Si ésta no es la adecuada luego de su colocación o si persiste la hemorragia, se necesitan más suturas. Se pueden aplicar también, sea en otro plano o por puntos separados en los sitios sangrantes, para lograr la aproximación y la homeostasia, o estos últimos se aseguran con puntos de sutura en ocho o de colchonero. De manera tradicional, los bordes de la serosa que cubre al útero y la vejiga se aproximan con una sutura continua de catgut crómico 2-0.

- Cierre abdominal

Se retiran todas las compresas y se limpian las correderas parietocólicas y el fondo del saco posterior de sangre y líquido amniótico mediante aspiración suave. Algunos cirujanos irrigan las correderas parietocólicas y el fondo de saco, sobre todo en presencia de infección o meconio. En mujeres de bajo riesgo sometidas a cesárea se salta este paso si no hay amnionitis. Después de hacer el recuento de compresas e instrumentos y éste resulta correcto, se cierra la incisión abdominal por planos. Como ya se comentó, muchos cirujanos omiten el cierre del peritoneo parietal porque aseguran que tiene poca utilidad. Si hay intestino distendido en el sitio de la incisión, los autores consideran que el cierre del peritoneo ayudará a proteger al intestino cuando se colocan los puntos en la aponeurosis. Conforme se cierra cada plano, los vasos sangrantes se localizan, pinzan y ligan o coagulan con el electrocauterio. Se permite a los músculos rectos mayores del abdomen yacer en su lugar y se revisa de manera meticulosa el espacio subaponeurótico en cuanto a hemostasia. En presencia de diastasis de importancia, es posible unir los músculos rectos con uno o dos puntos de sutura en ocho con catgut crómico del 0 o 1. La aponeurosis suprayacente a los rectos anteriores mayores del abdomen se cierra con puntos separados de sutura de absorción lenta del 0 que se colocan por fuera

de los bordes aponeuróticos y con no más de 1 cm de intervalo, o mediante sutura continúa no anclada con un tipo de material de absorción lenta. Por lo regular, el plano subcutáneo no se cierra si tiene menos de 2 cm de espesor y la piel se cierra con puntos verticales de colchonero con seda de 3-0 o 4-0 o sutura equivalente, mediante una sutura de absorción lenta subcuticular de 4-0 continua, o por medio de grapas cutáneas. Si el tejido subcutáneo tiene al menos 2 cm de espesor, debe cerrarse.

- Técnica para la cesárea clásica

En ocasiones es necesario utilizar una incisión clásica para el nacimiento del feto. Algunas de sus indicaciones derivan de la dificultad para la exposición o la seguridad de ingreso al segmento uterino inferior. Por ejemplo, cuando se encuentra una vejiga muy adherida por una intervención quirúrgica previa; se detecta un leiomioma que ocupa el segmento uterino inferior; el cuello del útero ha sido invadido por cáncer; la obesidad masiva de la madre impide un acceso seguro al segmento uterino inferior, y en algunos casos de placenta previa con implantación anterior, sobre todo cuando la placenta ha crecido a través de una incisión uterina previa (placenta íncrета o percrета). En otros casos, las indicaciones son dictadas por las necesidades fetales. La posición transversa de un feto grande, en especial si las membranas están rotas y el hombro se impacta en el conducto del parto, suele requerir una incisión clásica. Un feto en situación transversa con dorso posterior tal vez sea particularmente difícil de extraer a través de una incisión uterina transversa. En ocasiones, cuando el feto es muy pequeño, en especial si no se ha adelgazado el segmento uterino inferior, una incisión clásica es la mejor opción. Por último, en caso de fetos múltiples, se prefiere la incisión clásica.

Incisión uterina Se inicia una incisión uterina vertical con el bisturí, tan baja como sea posible, dependiendo de qué tan bien se haya adelgazado el segmento inferior. Si las adherencias, una exposición insuficiente, un tumor o la placenta percrета impiden elaborar un colgajo vesical, la incisión se efectúa por arriba de la vejiga. Una vez que se ingresa al útero con el bisturí, se emplea la incisión en dirección cefálica con tijeras hasta que es lo

suficiente grande para hacer posible el nacimiento del feto. Es frecuente encontrar en el miometrio numerosos vasos grandes que sangran de manera profusa. Reparación uterina Se utiliza un plano de sutura continua con catgut crómico 0 o 1 para unir las mitades profundas de la incisión uterina. A continuación, se cierra la mitad externa de la incisión con material de sutura similar por medio de una sutura continua o puntos en ocho. No deben llevarse a cabo punciones innecesarias con la aguja, pues se perforan vasos miometriales, con hemorragia o hematomas subsiguientes. Con el propósito de lograr una buena aproximación e impedir que la sutura se desgarre a través del miometrio, es útil que un ayudante comprima el órgano a cada lado de la herida hacia la línea de sutura, conforme se coloca y anuda cada punto. Si no se han aproximado aun los bordes de la serosa uterina, se unen con catgut crómico 2-0 en sutura continua. La intervención quirúrgica concluye como se describió antes.

- Cesárea post mortem

En ocasiones, se efectúa cesárea en una mujer que apenas murió o de quien se espera su deceso de un momento a otro (Capobianco et al., 2008). El tema de la cesárea para ayudar a la reanimación cardiopulmonar de la madre.³⁸

Cuidados posteriores al procedimiento

- Medición horaria de signos vitales durante las primeras cuatro horas 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 8 hrs; una vez iniciado el peristaltismo intestinal se indicará dieta blanda.
- Deambulación paulatina a partir de las 12 hrs de postoperatorio.

³⁸ Freeman R KGTJNM. Fetal heart rate monitoring. 2nd ed. Mexico: Mc Grill; 1991.

- Estrecha vigilancia de la hemorragia transvaginal.
- Reforzamiento de la orientación-consejería en salud reproductiva a través de comunicación interpersonal.
- Vigilar sangrado de herida quirúrgica.
- Retiro de puntos de sutura totales a los 7 días.³⁹

Complicaciones

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

- Transoperatorias
- Postoperatorias

Transoperatorias: estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos

- **Complicaciones Maternas:** hipotonia o atonía uterina hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, así como tromboembolismo del líquido amniótico y prolongación de la histerorraxia que pueda desgarrar o lacerar las arterias uterinas. 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 cardíaca y paro cardíaco.
- **Complicaciones Fetales:** traumatismos, broncoaspiración, depresión respiratoria.⁴⁰

³⁹ Cerda H.J MDE. Cuidado del parto poscesárea. En A. B.. Mexico: Gineco Obstetricia; 2009.

⁴⁰ Ortega H RG. Procedimientos en Obstetricia. Revista del Hospta. 1994; 6(2).

Postoperatorias:

- Complicaciones Maternas:

Inmediatas: hipotonía uterina, hemorragias, hematomas, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleon paralítico.

Mediatas: infecciones: puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, hemorragia por retención de restos placentarios, dehiscencia de la histerorrafia entre otras.

Tardías: ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos adherencias.

- Complicaciones Neonatales: Taquipnea transitoria del recién nacido y síndrome de adaptación pulmonar.

Antibiótico profiláctico en la cesárea.

Los antibióticos profilácticos en la operación cesarea disminuyen la morbilidad infecciosa tanto en pacientes de alto riesgo (en pacientes en trabajo de parto, ruptura prematura de membranas) como en bajo riesgo.

Existe una reducción del 60-70% de endometritis y 30-65% de infección de herida quirúrgica en pacientes con cesárea electiva y de urgencia.

Se recomienda un antibiótico de espectro limitado como una cefalosporina de primera generación como la azitromicina para la profilaxis en esta operación.⁴¹

⁴¹ Dunn LJ. Cesárea y otras operaciones obstétricas. En: Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth. 6th ed. Danforth: Interamericana; 2006.

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

Ficha de identificación

Nombre: JEB

Edad: 28 años

Fecha de ingreso: 24/06/21

Estado civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Lugar de nacimiento: Estado de México

Residencial actual: Ciudad de México

Religión: católica

Antecedentes heredofamiliares: Hermano con diabetes mellitus (finado)

Antecedentes personales no patológicos: Niega toxicomanías

Antecedentes personales patológicos: Enfermedades crónico-degenerativas, hospitalizaciones, transfusiones, alergias, cirugías y fracturas, negadas.

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarca 13 años, menstruación regular, citología vaginal cada año, G:1, A:0, P:0, C:0, Primigesta, no refiere más datos

Antecedentes terapéuticos: Negados

Padecimiento actual: Embarazo de término en trabajo de parto en fase activa, producto macrosómico.

Laboratorios

Glucosa 93.0 mg/dl

Leucocitos 10.32 mm³

Neutrofilos 74.50 mm³

Linfocitos 18.50 mm³

Monocitos 4.70 mm³

Eosinofilos 1.00 mm³

Basofilos 1.30 mm³

Eritrocitos 4.29 mm³

Hemoglobina 12.91 g/dL

Hematocrito 38.39 g/dL

Plaquetas 195.00 mm³

Urea 19.3 mg/dl

Creatinina 0.8 mg/dl

Grupo sanguíneo: O positivo

PESO: 70 kg Talla: 1.62

FRECUENCIA CARDIACA: 97^{X1}

FRECUENCIA RESPIRATORIA 20 ^{X1}

T/A: 122/84

PAM: 80

TEM: 36.3

SAT: 94%

Paciente femenino de 28 años de edad, en etapa de puerperio fisiológico inmediato, se encuentra consiente, orientada en sus tres esferas, Glasgow 15pts, con palidez generalizada de tegumentos, pupilas isocóricas, normorreflexicas, nariz con presencia de mucosa, orejas simétricas con presencia de cerumen, mucosas orales deshidratadas, cuello sin alteraciones, miembros superiores sin compromiso cuenta con acceso venoso periférico en brazo derecho #20, permeable y funcional.

Monitoreo cardiaco continuo, campos pulmonares ventilados, mamas con presencia de lactopoyesis, sensibles a la palpación y con salida de leche, abdomen con dolor a la palpación, con presencia de herida quirúrgica post cesárea tipo Kerr, de características con bordes eritematosos, presencia de exudado escaso, con dolor de tipo punzante, EVA de 8, cubierta con vendaje compresivo, limpia, adecuada involución uterina, genitales íntegros de acuerdo a edad y sexo, con presencia de loquios sero-hemáticos moderados, uresis color ámbar, sin forzar, peristalsis con movimientos hipoactivos, presenta dolor al defecar, heces duras en forma de bolitas, miembros pélvicos sin compromiso, pies íntegros.

La paciente menciona sentir dificultad para moverse e intolerancia a la actividad debido al dolor que presenta, también expresa dificultad para poder conciliar el sueño y solo duerme entre 5-4 hrs en el hospital, así como también comenta que ha disminuido su apetito.

Refiere haber llevado un control prenatal con 9 consultas y 5 ultrasonidos, Se logró explicar los cuidados que debe de llevar, se le hace la invitación a utilizar un método anticonceptivo y accede, se coloca implante subdermico, se le aclara todo tipo de dudas y se le deja más tranquila.

Se le proporciona recomendaciones para el cuidado y la alimentación del bebé.

Medicamentos

Oxitocina 20 ui

Carbetocina 100mcg

Ondansetrón 6mg

Paracetamol 1gr

Ketorolaco 10mg

Soluciones

Sol. Cloruro de sodio 0.9% 1000ml + 20 UI de oxitocina

Medidas generales

Dieta: Blanda

Signos vitales por turno y cuidados generales de enfermería

Posición semifowler

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: <u>JEB</u>	EDAD: <u>28 AÑOS</u>	SEXO: <u>FEMENINO</u>
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>EMBARAZO DE TÉRMINO EN TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA, PRODUCTO MACROSOMICO, SUFRIMIENTO FETAL</u>		SERVICIO: <u>CIRUGÍA GENERAL</u>
DIRECCIÓN: <u>CALLE ORENDAIN #116 COLONIA ALVARO OBREGÓN, DELEGACION IZTAPALAPA, CDMX</u>		
TELÉFONO: _____	NOMBRE DEL / INFORMANTE: <u>GBH</u>	
OCUPACION DEL PACIENTE: <u>AMA DE CASA</u>		

II. VALORACIÓN POR NECESIDADES:

1. OXIGENACIÓN

RESPIRATORIO						
FRECUENCIA RESPIRATORIA: <u>20</u>						
RITMO	PROFUNDIDAD	TIPO	RUIDOS ANORMALES		OBSERVACIONES	
Normal	X	Superficial	Kusmaull	Crepitantes	PATRON RESPIRATORIO NORMAL	
Taquipnea		Profunda	Ortopnea	Broncoespasmo		
Bradipnea			Disnea	Sibilancias		
			Cheyne Stokes	Estertores		

CARDIACO			
FRECUENCIA CARIACA: <u>97</u> PULSO: <u>92</u> TENSION ARTERIAL: <u>122/ 84</u>			
RITMO	PULSO	OBSERVACIONES	
Taquicardia	Rebotante	RITMO SINUSAL POR ECG, MONITOREO CARDIACO CONTINUÓ, PAM >80 MMHG	
Bradycardia	Taquisfignia		
Arritmia	Bradisfignia		
Normal	x		

COLORACION TEGUMENTARIA			
Cianosis Distal:	Cianosis peribucal:	Palidez: <u>X GENERALIZA</u>	Llenado Capilar: <u>2 SEG</u>

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: <u>70 KG</u>	Peso ideal: <u>63kg</u>	Talla: <u>1.62</u>	Perímetro abdominal: <u>79 CM</u>	Perímetro Cefálico: _____
A perdido o ganado peso (cuanto) : <u>HA GANADO 7 KG</u>				
Complexión: <u>NORMAL</u>	Obesidad : <u>NO</u>	Caquéxico:	Otro:	
ALIMENTO				
TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES				OBSERVACIONES
Blanda: <u>X</u>	Normal:	Papilla:	Astringente:	SE OBSERVA PALIDEZ GENERALIZADA DE TEGUMENTOS, MUCOSAS ORALES DESHIDRATADAS, REFIERE SENTIR PERDIDA DEL APETITO.
Laxante:	Suplementos:			
LIQUIDOS				
CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:		TIPO DE LIQUIDOS INGERIDOS		OBSERVACIONES
<u>< de 500ml</u>	X	Agua natural: <u>X</u>	Agua de sabor natural:	Té: <u>X</u>
				INGIERE ESCAZOS LIQUIDOS

500 a 1000ml	Jugos:	Refrescos:	Café:
>de 1000ml	Cerveza:	Otros:	

DATOS DIGESTIVOS						
Anorexia:	Náuseas:	Vómito:	Indigestión:	Hematemesis:	Pirosis:	OBSERVACIONES: SE UTILIZA ONDANSETRON COMO MEDICAMENTO DE PREVENCIÓN PARA EVITAR NÁUSEAS Y VÓMITO
Distensión abdominal:	Masticación dolorosa:	Disfagia:	Polidipsia:	Polifagia:		
Polifagia:	Odinofagia:	Sialorrea:	Regurgitación:	Otro:		

3. ELIMINACIÓN

ELIMINACION INTESTINAL						
TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES: PERISTALSIS DISMINUIDA, REFIERE DEFECAR EN FORMA DE BOLITAS, ASI COMO DOLOR AL DEFECAR.
Fisiológica: <input checked="" type="checkbox"/>	2 VECES POR DIA	50 GR	CAFE		DURA	
Forzada:						

DATOS DE ELIMINACION INTESTINAL

Estreñimiento: <input checked="" type="checkbox"/>	Flatulencia:	Rectorragia:	Incontinencia:	Melena:
Pujo:	Tenesmo:	Otros:		

ELIMINACIÓN VAGINAL

TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD:	COLOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES
FISIOLOGICA	MODERADA POR TURNO	50 ML	SEROSANGUINOLENTO	LIQUIDA-SOLIDO	PRESENTA SANGRADO UTERINO POSTPARTO (LOQUIOS), SEROSANGUINOLENTO MODERADOS.

ELIMINACIÓN URINARIA

Tipo	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	OBSERVACIONES: URESIS SIN FORZAR, COLOR AMBAR VOL. URINARIO 0.8 ML/KG/HR
Fisiológica: <input checked="" type="checkbox"/>	3 VECES AL DÍA	30 ML MAÑANA 65 ML TARDE 50L NOCHE	AMBAR		
Forzada:					

DATOS DE ELIMINACION URINARIA

Nicturia:	Anuria:	Disuria:	Enuresis:	Incontinencia:	Poliuria:
Iscuria:	Oliguria:	Opsiuria:	Polaquiuria:	Tenesmo:	Urgencia:
Otros:					

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): <u>1 VEZ AL DÍA, 3 VECES A LA SEMANA</u>	OBSERVACIONES: REALIZABA EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA, APROXIMADAMENTE 40MIN POR DÍA. EN ESTOS MOMENTOS MENCIONA SENTIR DIFICULTAD PARA MOVERSE E INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD DEBIDO AL DOLOR QUE PRESENTA
Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>CON AYUDA</u>	
Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>CON AYUDA</u>	

5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: <u>7-8</u> HRS		¿Siente descanso cuando duerme?: <u>SI</u>		OBSERVACIONES: REFIERE DORMIR BASTANTE BIEN EN SU CASA, EN EL HOSPITAL REFIERE TENER DIFICULTAD PARA DORMIR Y PERMANECER DORMIDAD, CONCILIA EL SUEÑO ENTRE 5-4HRS DEBIDO AL DOLOR, INCOMODIDAD Y AL RUIDO QUE SE PRESENTA.
¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?: <u>30 MIN</u>		¿Toma algún medicamento para dormir? <u>NO</u>		
¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: <u>NINGUNO</u>				
CARACTERÍSTICAS				
Insomnio: <u>X</u>	Bostezos frecuentes: <u>SI</u>	Se observa cansado: <u>X</u>	Presenta ojeras:	
Ronquidos:	Somnoliento:	Irritabilidad:	Otros:	

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Cada cuando hace el cambio de ropa interior y exterior? <u>DIARIAMENTE</u>		OBSERVACIONES: SUELE ASEARSE DIARIAMENTE, PONERSE ROPA COMODA PARA ESTAR EN CASA. EN EL HOSPITAL USA BATA Y SABANAS DE CAMA.
Necesita ayuda para vestirse: <u>NO</u>		
Tipo de ropa preferida: <u>ROPA COMODA (PANTS)</u>		

7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: <u>36.3</u>	Axilar: <u>X</u>	Frontal: <u>X</u>	Otica:	Oral:	Rectal:	OBSERVACIONES: SE OBSERVA EUTERMICA, SIN EMBARGO REFIERE TENER EFECTOS SECUNDARIOS A LA ANESTESIA, PRESENTA ESCALORFRÍOS Y DIAFORESIS, CON TENDENCIA A LA HIPOTERMIA.
Escalofríos:	Piloereccion:	Diaforesis:	Hipotermia:	Hipertermia:		
Distermias:	Fiebre:	Rubicundez facial:	Otros:			
PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS			HABITACIÓN			
Matutino: <u>36.3</u>	Fria:	Húmeda:	Templada: <u>X</u>			
Vespertino: <u>36.1</u>	Ventilada: <u>X</u>	Poco ventilada:				
Nocturno: <u>36.5</u>	Otros:					

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE PERSONAL							OBSERVACIONES
BAÑO. Regadera: <u>X</u>	Tina:	España:	Aseos parciales:	Aseos de cavidades:			
FRECUENCIA DEL BAÑO: Diario: <u>X</u>		Tres veces a la semana:	1 vez a la semana:	Otro:			
MUCOSA ORAL							OBSERVACIONES: SE OBSERVAN MUCOSAS ORALES DESHIDRATADAS, REFIERE TENER LA LENGUA AGRIETADA DEBIDO A QUE EN SU NIÑEZ TOMABA MUCHOS MEDICAMENTOS PORQUE ERA ENFERMIZA. PIEZAS DENTALES COMPLETAS, CEPILLADO 3 VECES POR DÍA. BAÑO EN REGADERA 1 VEZ AL DÍA..
Seca: <u>X</u>	Deshidratada: <u>X</u>	Estomatitis:	Caries:	Gingivitis:	Ulceras:	Aftas:	
Sialorrea:	Xerostomía:	Flictenas:	Halitosis:				
Características de la lengua: <u>ROSADA, AGRIETADA</u>			Otros:				
DIENTES							
Frecuencia del lavado:	1 vez al día:	2 veces al día:	3 veces al día: <u>X</u>				
Cantidad de dientes: <u>PIEZAS DENTALES COMPLETAS</u>							
Características de los dientes:		Amarillos: <u>X</u>	Blancos:	Picados:	Sarro:	Caries:	

PIEL

COLORACION:	Palidez: <u>X</u>	Cianosis:	Ictericia:	Rubicundez:	Cloasma:	OBSERVACIONES PIEL LUBRICADA. PALIDEZ DE TEGUMENTOS GENERALIZADA, SE OBSERVA INSICIÓN A NIVEL DEL ABDOMEN POR CESÁREA TIPO KERR, DE CARACTERÍSTICAS:	
Melasma:	Angiomas:	Manchas:	Rosado:	Grisácea:	Apiñonada:		
Morena clara:	Morena intensa:	Morena media: <u>X</u>	Hiperpigmentación:				
TEMPERATURA.	Fria:	Caliente:	Tibia:	Otras: <u>NORMAL</u>			
TEXTURA.	Edema:	Celulitis:	Aspera:	Turgente:	Escamosa:		Lisa:
Seca:	Agrietada:	Otras: <u>NORMAL. LUBRICADA</u>					

ASPECTO Y LESIONES.						DOLOR DE TIPO PUNZANTE, EVA 8, BORDES ERITEMATOSOS, OLOR INEXISTENTE, ESCAZO EXUDADO, CON VENDAJE COMPRESIVO, NO SE OBSERVAN DATOS DE SANGRADO.
Maculas:	Pápulas:	Vesículas:	Pústulas:	Nódulos:		
Ulceras:	Erosiones:	Fisuras:	Costras:	Red venosa:	Escaras:	
Tubérculos:	Escaras:	Callosidades:	Isquemias:	Nevos:	Tatuajes: <u>X</u>	
Prurito:	Petequias:	Equimosis:	Hematomas:	Masas:	Verrugas:	
Signos de maltrato:	Quemaduras:	Infiltración:	Ronchas o habones:			
Otros: <u>INCISIÓN A NIVEL DEL ABDOMEN POR CESÁREA TIPO KERR</u>						

UÑAS					
<i>Coloración y características</i>					
Quebradizas:	Micosis:	Onicofagia:	Bandas Blancas:	Amarillentas:	
Cianóticas:	Estriadas:	Convexas:	Coiloniquia:	Leuconiquia:	Grisáceas:
Hemorragias subungueales:	Deformadas:	Rosadas: <u>X</u>	Otras:		
OBSERVACIONES NO SE OBSERVAN ALTERACIONES					

CABELLO					
Largo:	Corto: <u>X</u>	Lacio: <u>X</u>	Quebrado o chino:	Limpio: <u>X</u>	Sucio:
Desalineado:	Seborreico:	Fácil desprendimiento:	Alopecia:	Distribución: <u>BUENA</u>	
Implantación: <u>ADECUADA</u>	Zooriasis:	Pediculosis:	Quebradizo:	Caspa:	Otro:
OBSERVACIONES SE OBSERVA CABELLO CORTO, LACIO CON DECUADA IMPLANTACIÓN Y BUENA DISTRIBUCIÓN.					

OJOS					
Simetría: <u>X</u>	Asimetría:	Tumores:	Hemorragias:	Separación ocular:	
Edema palpebral:	Secreción:	Ojeras: <u>X</u>	Tics:	Dolor:	Estrabismo:
Pestañas integrales o lesionadas:	Exoftalmos:	Enoftalmos:	Fosfenos:	Uso de lentes:	
OBSERVACIONES NO SE DETECTAN ALTERACIONES					

OÍDOS					
Dolor:	Cerumen: <u>X</u>	Otorrea:	Edema:	Auxiliares auditivos:	
Deformidades:	Hipoacusia:	Acusia:	Acufenos:		
OBSERVACIONES SE OBSERVA ESCAZO CERUMEN EN AMBOS OÍDOS.					

9. EVITAR PELIGROS

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS					
Esquema de vacunación. Completo: <u>X</u>		Incompleto: _____			
Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): <u>NINGUNA</u>					
Cuando existe algún malestar usted hace:		Ir al médico: <u>X</u>	Tomar un medicamento que este en casa: <u>X</u>		
Número de personas con las que vive y parentesco: <u>5 EN TOTAL (PADRE, MADRE, ESPOSO Y HERMANA)</u>					
Convive con animales (cuales y cuantos): <u>3 PERROS Y 1 HAMSTER</u>					
En casa hay fauna nociva o domestica: <u>DOMESTICA</u>					
En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): <u>PADRE</u>					
En casa hay farmacodependientes y alcoholismo: <u>NO</u>					
¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura): <u>CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS BÁSICOS</u>					
OBSERVACIONES CONVIVE CON SU PADRE QUE ES FUMADOR, SIN EMBARGO NIEGA ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.					

ESTADO NEUROLÓGICO					
Alerta: <u>X</u>	Orientado (tiempo, espacio, lugar): <u>X</u>	Confusión:	Parálisis:	Hemiplejia	
Movimientos anormales:	Hipervigilia:	Hemiparesia:	Parestesia:	Dislalia:	
Dislalia:	Hiperactividad:	Déficit de atención:	Agresividad:	Letárgico:	
Excitabilidad motriz:	Alucinaciones:	Fobias:	Otros:		
OBSERVACIONES GLASGOW 15 PTS EVA 8					

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA	
Riesgos físicos / materiales: <u>NINGUNO</u>	OBSERVACIONES
Riesgos ambientales: <u>CONTAMINACIÓN</u>	
Riesgos familiares: <u>NINGUNO</u>	

10. COMUNICACIÓN

Pertenece a un grupo social: <u>YOGA</u>
Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.): <u>TODOS LOS MENCIONADOS (TV, RADIO, CELULAR, COMPUTADORA)</u>

HABLA

TIPO DE COMUNICACIÓN		Oral: <u>X</u>	Escrita:	Señas:	Visual:	OBSERVACIONES NO SE OBSERVAN ALTERACIONES EN EL HABLA.
TIPO DE HABLA:	Entendida: <u>X</u>	Poco clara:	Incompleta:	Incoherente:	Pausado:	
Tartamudeo:	Balbuceo:	Dislexia:	Afasia:	Dislalia:	Dialecto:	

PERSONALIDAD

Alegre: <u>X</u>	Tímido:	Violento:	Sarcástico:	Noble: <u>X</u>	Pasivo:	OBSERVACIONES
Hiperactivo:	Enojo:	Impulsivo:	Retador:	Superioridad:	Inferioridad:	

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que practica y frecuencia de asistencia: <u>CATOLICA, VA A LA IGLESIA 2 VECES POR MES</u>	OBSERVACIONES
Valores que se consideran importantes: <u>RESPECTO, TOLERANCIA, RESPONSABILIDAD</u>	
¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?: <u>CREE EN DIOS</u>	
¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?: <u>PIDE A DIOS POR SUS PROBLEMAS</u>	

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc)	
Ingreso económico mensual: <u>4,000- 5,000 PESOS</u>	OBSERVACIONES
¿La enfermedad causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? <u>NINGUNO</u>	
¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles? : <u>SI</u>	

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?: <u>YOGA, AEROBICS</u>	OBSERVACIONES
¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: <u>VER TV, LEER</u>	
¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: <u>2-3 HRS</u>	
¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: <u>1 HR AL REALIZAR EJERCICIO</u>	

14. APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD

Escolaridad del paciente: <u>PREPARATORIA</u>	OBSERVACIONES
Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente): <u>PADRE (CARRERA TECNICA), MADRE (PREPARATORIA)</u>	
¿Qué le gustaría estudiar?: <u>POR EL MOMENTO NADA</u>	
¿Qué le gustaría aprender?: <u>TEJER</u>	

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

¿Sabe cuál es su estado de salud actual?:	Malo:	Regular :	Bueno: <u>X</u>	OBSERVACIONES SE LE BRINDA INFORMACIÓN ACERCA DE LOS CUIDADOS DE LA HERIDA, LA ALIMENTACION Y LAS RECOMENDACIONES A SEGUIR.
Se ha tomado estudios de laboratorio: Si: <u>X</u> No:	Cuales: <u>QUIMICA SANGUINEA</u>			
¿Cuántas veces al año acude al médico general?: <u>3 VECES AL AÑO</u>				
¿Cuántas veces al año acude al dentista?: <u>1 VEZ AL AÑO</u>				
¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente? : <u>SI, CLARA</u>				

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

MUJER			
Edad de la menarca: <u>15 AÑOS</u>	Ritmo, flujo, de menstruación: <u>CADA 28 DÍAS, FLUJO ABUNDANTE</u>		
Dismenorrea: <u>NO</u>	Fecha de última menstruación: <u>14 SEPTIEMBRE 2020</u>		
Higiene de zona íntima (frecuencia, uso de sustancias etc.): <u>DIARIAMENTE</u>			
¿Se ha realizado Papanicolaou y cuando fue la última vez?: <u>HACE 1 AÑO</u>			
¿Cuáles han sido sus resultados y tratamientos?: <u>SIN ALTERACIONES</u>			
¿Se ha realizado mastografía y cuando fue la última vez?: <u>NO</u>			
¿Sabe realizarse la exploración de mama?: <u>SI</u>			
¿Cuál es su método de planificación familiar?: <u>CONDON</u>			
¿Cuándo inicio la menopausia?: _____			
Numero de gestaciones: <u>1</u>	Número de partos:	Número de cesáreas: <u>1</u>	Número de abortos:
Todos sus hijos viven: <u>SI</u>			
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: <u>NO</u>			

OBSERVACIONES
SE LE BRINDA
INFORMACIÓN ACERCA DE
LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS, LA
IMPORTANCIA DE
REALIZARSE EL
PAPANICOLAOU Y
EXPLORACION DE MAMAS.

HOMBRE	
Higiene de zona genital (frecuencia, uso de sustancias etc.):	OBSERVACIONES
¿Se ha realizado el antígeno prostático?:	
¿Le han realizado exploración médica genital?:	
¿Cuál es su método de planificación familiar?:	
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?:	

ESTUDIOS PARACLÍNICOS
Exámenes de Laboratorio Generales: si
Exámenes de Laboratorio Especiales si
Estudios de Gabinete. si

TRATAMIENTO MÉDICO
Oxitocina 20 ui
Carbetocina 100mcg
Ondasetrón 6mg
Ketorolaco 10mg
Paracetamol 1gr

FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	HERIDA QUIRURGICA (CESAREA) TIPO KERR DOLOR DE TIPO PUNZANTE EVA 8 BORDES ERITEMATOSOS	REFIERE TENER DOLOR EN EL AREA DE LA HERIDA.	<u>Etiqueta diagnóstica:</u> DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00004) Patrón: 01 PERCEPCION-MANEJO DE LA SALUD Dominio: 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN Clase: 2 LESIÓN FISICA <u>Etiqueta diagnóstica:</u> DOLOR AGUDO (00132) Patrón: 06 COGNITIVO-PERCEPTIVO Dominio: 12 CONFORT Clase: 01 CONFORT FISICO	Fuerza: X	Sustituta
				Conocimiento: X	Ayudante: X
				Voluntad: X	Compañera: X
ELIMINACION	-50GR MATERIA FECAL -145 ML ORINA COLOR AMBAR -Vol. urinario 0.08 -MATERIA FECAL, HECES DURAS -DISMINUCIÓN DE LA PERISTALSIS	-REFIERE HACER HECES EN FORMA DE BOLITAS -DOLOR AL DEFECAR -ORINA COLOR AMARILLA	<u>Etiqueta diagnóstica:</u> ESTREÑIMIENTO (00011) Patrón: 03 ELIMINACIÓN Dominio: 03 ELIMINACION E INTERCAMBIO Clase: 02 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL	Fuerza: X	Sustituta
				Conocimiento: X	Ayudante: X
				Voluntad: X	Compañera
				Fuerza: X	Sustituta:

ELIMINACION VAGINAL	- 50ML POR TURNO -SANGRADO TIPO FISIOLÓGICO -COLOR: SANGRADO UTERINO POST- PARTO -LOQUIOS SEROSANGUINOLENTOS, MODERADOS	REFIERE TENER SANGRADO MODERADO ROJO.	Etiqueta diagnóstica: RIESGO DE SANGRADO 00206 Patrón: 04 ACTIVIDAD-EJERCICIO Dominio: 11 SEGURIDAD/ PROTECCIÓN Clase: 02 LESION FÍSICA	Conocimiento: X	Ayudante: X
				Voluntad: X	Compañera:
NUTRICION E HIDRATACIÓN	-DIETA BLANDA -<500ML DE LIQUIDOS INGERIDOS - IMC 26.7	-PALIDEZ GENERALIZADA -MUCOSAS ORALES DESHIDRATADAS -INGESTA ESCAZA DE LIQUIDOS	Etiqueta diagnóstica: DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS (00028) Patrón: 02 NUTRICIONAL-METABOLICO Dominio: 02 NUTRICIÓN Clase: 05 HIDRATACIÓN Etiqueta diagnóstica: SOBREPESO 00233 Patrón: 02 NUTRICIONAL-METABOLICO Dominio: 02 NUTRICIÓN Clase: 01 INGESTIÓN	Fuerza: X	Sustituta
				Conocimiento: X	Ayudante: X
				Voluntad: X	Compañera: X
DESCANSO Y SUEÑO	INSOMNIO -HORAS DE SUEÑO 5-4HRS	-REFIERE DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, ASI COMO PARA PERMANECER DORMIDA	Etiqueta diagnóstica: (00198) PATRÓN DEL SUEÑO ALTERADO Patrón: 05 SUEÑO-REPOSO Dominio: 04 ACTIVIDAD/ REPOSO Clase: 01 SUEÑO/ REPOSO	Fuerza: X	Sustituta
				Conocimiento: X	Ayudante:
				Voluntad: X	Compañera: X

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	-SE OBSERVA DOLOR AL MOVIMIENTO/ MARCHA EVA 8	-REFIERE TENER DIFICULTAD PARA MOVERSE E INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (IR AL BAÑO, LEVANTARSE) DEBIDO AL DOLOR QUE PRESENTA.	Etiqueta diagnóstica: (00085) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA Patrón: 04 ACTIVIDAD-EJERCICIO Dominio: 04 ACTIVIDAD/ REPOSO Clase: 02 ACTIVIDAD/ EJERCICIO	Fuerza: X	Sustituta:
				Conocimiento: X	Ayudante: X
				Voluntad: X	Compañera:
TEMPERATURA	36.3 CON TENDENCIA A LA HIPOTERMIA, ANESTESIA EPIDURAL, ESCAZA DIAFORESIS	LA PACIENTE REFIERE TENER EFECTOS SECUNDARIOS A LA ANESTESIA EPIDURAL, REFIERE TENER FRÍO, ESCALOFRÍOS Y SUDORACIÓN.	Etiqueta diagnóstica: (00254) RIESGO DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA Patrón: 02 NUTRICIONAL-METABOLICO Dominio: 11 SEGURIDAD/ PROTECCIÓN Clase: 06 TERMORREGULACIÓN	Fuerza: X	Sustituta:
				Conocimiento: X	Ayudante: X
				Voluntad: X	Compañera:
SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	FUM: 14/SEP/2020 EVA 8	PROCESO DE MATERNIDAD EN RELACIÓN A LA SENSACIÓN DE DOLOR	Etiqueta diagnóstica: RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA DÍADA MATERNO/FETAL 00209 Patrón: 09 SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN Dominio: 08 SEXUALIDAD Clase: 03 REPRODUCCIÓN	Fuerza:	Sustituta:
				Conocimiento: X	Ayudante: X
				Voluntad: X	Compañera: X

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 11 SEGURIDAD Y PROTECCION CLASE: 02 LESIÓN FÍSICA		DOMINIO: II SALUD FISIOLÓGICA CLASE: L INTEGRIDAD TISULAR		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: (00044) DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR FACTOR RELACIONADO: RELACIONADO CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO (CESÁREA) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: EVIDENCIADO POR LESIÓN TISULAR (BORDES ERITEMATOSOS)	RESULTADO ESPERADO: (1102) CURACION DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN ESCALA LIKERT 1. NINGUNO 2. ESCASO 3. MODERADO 4. SUSTANCIAL 5. EXTENSO			
	INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA	
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La paciente evoluciono favorablemente en cuanto a los cuidados de la herida y vigilancia de la piel, se trató de mejorar el estado de la herida, brindándole cuidados, se le oriento de qué forma puede realizarlos ella, se aclaró todo tipo de dudas, se hizo retroalimentación y se le noto satisfecha en cuanto a la información proporcionada.		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	• (110201) APROXIMACIÓN CUTANEA	3	1	2
	• (110213) APROXIMACION DE LOS BORDES ERITEMATOSOS	3	1	2
	• (110214) FORMACIÓN DE CICATRIZ	3	1	2
	• (110208) ERITEMA CUTANEO	3	1	2
	• (110210) AUMENTO DE LA TEMPERATURA CUTANEA	3	1	2
	• (110211) OLORES DE LA HERIDA	3	1	2

CAMPO: 02 FISIOLÓGICO: COMPLEJO **CLASE:** L CONTROL DE PIEL/HERIDAS
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: VIGILANCIA DE LA PIEL (3590)

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje de la piel. • Valorar el estado de la zona de incisión. • Vigilar el color y temperatura de la piel. • Vigilar la hidratación, sequedad y abrasiones de la piel. • Documentar los cambios en la piel.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Las lesiones de piel se definen según su etiología y los daños que cada una de ellas generan. Las definiciones se han perfeccionado a través de los años. Un cuidado adecuado de la piel, la vigilancia de la misma y una dieta específica ayudan a prevenir situaciones de riesgo que puedan perjudicar al individuo. • Es importante vigilar el estado de la piel, verificar que la paciente este bien hidratada nos ayudara a que el proceso de cicatrización sea más rápido. También nos estamos asegurando que la presión sostenida sobre la piel no comprima los pequeños vasos sanguíneos que le suministran nutrientes y oxígeno. Cuando la piel carece de sangre demasiado tiempo, el tejido muere.²

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

² Salud. SAd. Guía de práctica clínica para el cuidado de la piel y mucosas en las personas. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0504.pdf>.

CAMPO: 02 FISIOLÓGICO: COMPLEJO **CLASE:** L CONTROL DE PIEL/HERIDAS
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: CUIDADOS DE LA HERIDA (3660)

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, temperatura y olor. • Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico. • Administrar cuidados del sitio de incisión. • Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. • Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. • Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión • Enseñar al paciente y a la familia los procedimientos del cuidado de la herida. • Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • La curación de heridas es también un tema muy complejo ya que tiene en cuenta diferentes aspectos tratando de tomar al paciente como un ser integral. Previo a la curación se debe procurar el máximo de alivio del dolor provocado por ésta. • Calcular las dimensiones de una lesión con exactitud le permite evaluar objetivamente la cicatrización de la lesión, y compartir la información con el resto del equipo es la función de todo enfermero que realice una curación. Por este motivo, la buena formación y el conocimiento de los profesionales de enfermería serán factores imprescindibles en la aplicación de los cuidados de las heridas, tanto para la detección precoz de las complicaciones como para una evolución favorable.³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

³ J. FR. Enfermería en curación de heridas. [Online].; 2012. Acceso 26 de Julio de 2020. Disponible en: <https://www.roemmers.com.ar/sites/default/files/Cuidados%20de%20Enfermeria%20en%20las%20Heridas.pdf>

**CAMPO: 02 FISIOLÓGICO: COMPLEJO CLASE: L CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN (3440)**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar el sitio de incisión para valorar eritema, inflamación o signos de dehiscencia. • Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión. • Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión • Cambiar el vendaje en los intervalos adecuados. • Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha. • Enseñar al paciente y/o la familia a cuidar la incisión, incluido los signos y síntomas de infección.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Los cuidados del sitio de incisión son el conjunto de técnicas que se realizan sobre una herida, considerando la misma desde la valoración y seguimiento, limpieza y aplicación de antisépticos hasta la colocación del apósito y el posterior registro de las actividades. • En todos los pacientes se toman medidas universales con el objeto de prevenir esta importante complicación, pero el riesgo de aparición de infecciones del sitio quirúrgico es mayor en ciertos casos, de modo que es importante valorar en forma apropiada este riesgo y extremar los cuidados cuando sea necesario.⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

⁴ Loyola AÁS, Nelía Soto Ruiz DA. CURA DE HERIDAS QUIRÚRGICAS. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN. Unavarr.es. [accessed 16 Jul 2021] Available from: <http://academica-e.unavarr.es/bitstream/handle/2454/11280/AguedaSanMartinLoyola.pdf?sequence=1>

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: <u>12 CONFORT</u> CLASE: <u>01 CONFORT FISICO</u>	DOMINIO: <u>12 CONFORT</u> CLASE: <u>01 CONFORT FISICO</u>																			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: (00132) DOLOR AGUDO</p> <p>FACTOR RELACIONADO: RELACIONADO CON AGENTES LESIVOS (PROCEDIMIENTO QUIRURGICO CESÁREA)</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: EVIDENCIADO POR EXPRESAR DOLOR Y TRASTORNOS DEL SUEÑO</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: (1605) CONTROL DEL DOLOR</p> <p>ESCALA LIKERT 1. NUNCA DEMOSTRADO 2. RARAMENTE DEMOSTRADO 3. A VECES DEMOSTRADO 4. FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO 5. SIEMPRE DEMOSTRADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORES</th> <th colspan="3">PUNTUACIÓN DIANA</th> </tr> <tr> <th>MANTENER EN</th> <th>AUMENTAR A</th> <th>LOGRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• (160501) RECONOCE EL COMIENZO DEL DOLOR</td> <td align="center">2</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>• (160505) UTILIZA ANALGÉSICOS</td> <td align="center">2</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>• (150507) REFIERE SÍNTOMAS ASOCIADOS AL DOLOR</td> <td align="center">2</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA			MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	• (160501) RECONOCE EL COMIENZO DEL DOLOR	2	2	3	• (160505) UTILIZA ANALGÉSICOS	2	2	3	• (150507) REFIERE SÍNTOMAS ASOCIADOS AL DOLOR	2	2	3
INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA																			
	MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO																	
• (160501) RECONOCE EL COMIENZO DEL DOLOR	2	2	3																	
• (160505) UTILIZA ANALGÉSICOS	2	2	3																	
• (150507) REFIERE SÍNTOMAS ASOCIADOS AL DOLOR	2	2	3																	
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</p> <p>La paciente evoluciono favorablemente en cuanto al control y manejo del dolor, se monitorizo constantemente cada uno de los síntomas del dolor, se le ministraron los analgésicos necesarios, se le brindo recomendaciones para controlarlo y se le aclaro todo tipo de dudas en cuanto a su proceso de recuperación, se le pudo notar más tranquila.</p>																				

**CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BASICO CLASE: E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (1400) MANEJO DEL DOLOR**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Realizar una valoración de la comodidad física. • Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. • Asegurarse de que la paciente reciba analgésicos correspondientes • Fomentar periodos de descanso/ sueño adecuados¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • La valoración y el manejo del dolor se enfocará en función del estado clínico del paciente, se validarán las intervenciones correspondientes registrando intensidad, localización, alivio o no del dolor, efectos adversos de la medicación. • Debemos anticiparnos al dolor que pueda aparecer durante ciertos procedimientos y combinar las estrategias farmacológicas y no farmacológicas como medida preventiva, se registraran las medidas empleadas en las actividades realizadas, se debe de proporcionar más información a la paciente, especialmente por escrito ya que a su vez esta reduce el miedo y la ansiedad, facilita su colaboración.⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

⁵ 2021. Disponible en:
https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf.

CAMPO: 02 FISIOLÓGICO; COMPLEJO CLASE: H CONTROL DE FARMACOS
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (2210) ADMINISTRACION DE ANALGÉSICOS (KETOROLACO 10MG, IV C/8HRS PARACETAMOL 1GR C/8HRS)

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Determinar la selección de analgésicos según el tipo y la intensidad del dolor. • Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden a la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. • Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Las administraciones de medicamentos en el manejo del dolor se encuentran los analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, opioides. • El paracetamol pertenece al grupo de medicamentos llamados analgésicos y antipiréticos, está indicado para el tratamiento de los síntomas del dolor leve a moderado aumenta el umbral del dolor inhibiendo la síntesis de prostaglandinas, mediante el bloqueo de ciclooxigenasas a nivel del Sistema Nervioso Central, por otro lado el Ketorolaco es un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), su mecanismo de acción es la inhibición de la actividad de la ciclooxigenasa y por tanto de la síntesis de las prostaglandina, estos medicamentos administrar en diferentes formas farmacéuticas, que se adaptan a las condiciones de cada uno de los pacientes. • El dolor como experiencia subjetiva es de alta incidencia en el paciente hospitalizado, por tal motivo el uso de analgésicos en estos pacientes tiene gran impacto en la evolución clínica y en la calidad de la estancia hospitalaria. Entre las opciones terapéuticas para el manejo del dolor.⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

⁶ Narváez ÁV, Ruano C, Ávila MP, Latorre S, Delgadillo J, Manosalva G, et al. Analgésicos en el paciente hospitalizado: Revisión de tema. Org.co. [consultado 4 ago 2021] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v44n1/v44n1a08.pdf>

**CAMPO: 02 FISIOLÓGICO: BASICO CLASE: E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (1410) MANEJO DEL DOLOR: AGUDO**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. • Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (tos, deambulaci3n) • Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. • Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. • Incorporar las intervenciones no farmacol3gicas a la etiologí3 del dolor y a las preferencias del paciente. • Administrar analgésicos las 24hrs del dí3 durante las primeras 24 a 48hrs después de la cirugí3.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • El control del dolor es el uso cuidadoso de tratamientos para reducir el sufrimiento. Toda persona tiene derecho a que se le alivie el dolor. El objetivo principal del control del dolor en los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida. Además, el control del dolor puede mejorar las funciones físicas y mentales de una persona. • Controlar cualquier tipo de dolor es esencial para mejorar la calidad de vida. El dolor impide que las personas hagan actividades que disfrutan. Puede impedir que hablen y pasen tiempo con los demás. Puede afectar el estado de ánimo y la capacidad para pensar. Además, el dolor puede causar dificultades para comer y dormir, lo que puede empeorar otros síntomas.⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificaci3n de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edici3n ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

⁷ Narváez ÁV, Ruano C, Ávila MP, Latorre S, Delgadillo J, Manosalva G, et al. Analgésicos en el paciente hospitalizado: Revisi3n de tema. Org.co. [consultado 4 ago 2021] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v44n1/v44n1a08.pdf>

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 03 ELIMINACION E INTERCAMBIO CLASE: 02 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL		DOMINIO: 02 SALUD FISIOLÓGICA CLASE: F ELIMINACIÓN		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: (00011) ESTREÑIMIENTO FACTOR RELACIONADO: RELACIONADO CON DESHIDRATACIÓN, DEBILIDAD DE LOS MUSCULOS ABDOMINALES CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: EVIDENCIADO POR CAMBIOS EN EL PATRON INTESTINAL (HECES DURAS), SONIDOS ABDOMINALES HIPOACTIVOS	RESULTADO ESPERADO: (0501) ELIMINACIÓN INTESTINAL ESCALA LIKERT 1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La paciente fue mejorando satisfactoriamente en cuanto a la eliminación fecal, siguió las sugerencias planteadas, pudo retomar nuevamente su estilo de vida, se le recomendó emplear una dieta rica en fibra, actividad física constante y emplear una lactancia materna adecuada. Se aclaró todo tipo de dudas y se le noto conforme con las recomendaciones dadas.	<ul style="list-style-type: none"> • (050101) PATRÓN DE ELIMINACIÓN • (050103) COLOR DE LAS HECES • (050104) CANTIDAD DE HECES EN RELACIÓN CON LA DIETA • (050110) ESTREÑIMIENTO • (050129) RUIDOS ABDOMINALES • (050128) DOLOR CON EL PASO DE LAS HECES 	3	5	5
	3	5	5	
	3	5	5	
	3	5	5	
	3	5	5	

--

CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (0430) CONTROL INTESTINAL	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.• Monitorizar ruidos intestinales• Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.• Monitorizar signos y síntomas de estreñimiento.• Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.• Administrar líquidos calientes después de las comidas.¹	<ul style="list-style-type: none">• Sin un control adecuado del intestino, puede tener una serie de complicaciones. Estos pueden incluir problemas en la parte inferior del tracto gastrointestinal, tales como las hemorroides, diarrea, estreñimiento e incontinencia fecal, entre otros. Las defecaciones son algo en lo que tiene que pensar, planificar y dar parte de su tiempo.• Un inadecuado control intestinal puede ocasionar problemas en el tracto gastrointestinal superior, incluyendo náuseas, acidez y úlceras estomacales. Estos problemas hospitalizan a una de cada cinco personas.⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

⁸ Amazonaws.com. [consultado 4 ago 2021] Disponible en: <http://s3.amazonaws.com/reeve-assets-production/Bowel-Management-Brochure-Spanish.pdf>

CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (0450) MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/ IMPACTACIÓN FECAL	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento • Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. • Vigilar existencia de peristaltismo • Fomentar la ingesta de líquidos. • Instruir al paciente/ familia acerca de la dieta rica en fibra. • Instruir al paciente/ familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • El estreñimiento puede aparecer con cierta frecuencia durante y después del embarazo, a causa de los cambios hormonales, cambios en el estilo de vida (más sedentarismo, cambio de dieta por las náuseas), ingesta de medicamentos como hierro y alcalinos y, durante el último trimestre, por la compresión del útero aumentado de tamaño sobre el intestino. Un adecuado manejo del estreñimiento consiste en reajustar la dieta y realizar ejercicio, así como emplear buenos hábitos en el estilo de vida. Si no mejora, se debe emplear el uso de laxantes, bajo supervisión médica.⁹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

⁹ Scdigestologia.org. [consultado 4 ago 2021] Disponible en: http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/restrenyiment_es.pdf

**CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (0440) ENTRENAMIENTO INTESTINAL**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Planificar un programa intestinal personal con el paciente y demás personas relacionadas. • Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra. • Proporcionar alimentos ricos en fibra y/o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda. • Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. • Programar un momento sistemático y sin interrupciones para la defecación. • Asegurar la intimidad. • Enseñar al paciente la dilatación rectal digital. • Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares. • Modificar el programa intestinal, cada que sea necesario.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Un programa de entrenamiento intestinal le ayuda a controlar las evacuaciones intestinales y prevenir el estreñimiento o la impactación. • La impactación es cuando las evacuaciones intestinales se atascan en el recto o el colon. Un programa de manejo intestinal incluye la ingesta de alimentos y líquidos, actividad, medicamentos y cuidado intestinal programado. • El cuidado intestinal programado significa planificar un momento para tener una evacuación intestinal todos los días. El cuidado intestinal programado podría ayudar a su cuerpo a acostumbrarse a tener evacuaciones intestinales regulares.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

¹⁰ Scdigestologia.org. [consultado 4 ago 2021] Disponible en: http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/restrenyiment_es.pdf

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN CLASE: 02 LESIÓN FÍSICA		DOMINIO: 02 SALUD FISIOLÓGICA CLASE: E CARDIOPULMONAR			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: (00206) RIESGO DE SANGRADO FACTOR RELACIONADO: EVIDENCIADO POR COMPLICACIONES POST PARTO (DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE LA INVOLUCION UTERINA) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	RESULTADO ESPERADO: (0413) SEVERIDAD DE LA PERDIDA DE SANGRE ESCALA LIKERT 1. GRAVE 2. SUSTANCIAL 3. MODERADA 4. LEVE 5. NINGUNO				
	INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	
	<ul style="list-style-type: none"> (041307) SANGRADO VAGINAL (041313) PALIDEZ DE PIEL Y MUCOSAS 	3	4	5	
		3	4	5	
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La paciente fue evolucionando adecuadamente, se disminuyó favorablemente el riesgo de sangrado uterino (loquios) ya que se estuvo monitorizando, así como se brindaron los medicamentos adecuados para disminuirlo, se instruyó a la paciente y a la familia en cuanto a la prevención y manejo, se aclararon dudas y se les noto satisfechos en cuanto a los cuidados empleados.					

**CAMPO: 02 FISIOLÓGICO: COMPLEJO CLASE: W CUIDADOS DE UN NUEVO BEBÉ
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (4026) DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA: ÚTERO POSTPARTO**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Observar las características de los loquios (color, coágulos y volumen) • Cuantificar el sangrado perdido • Administrar fármacos uterotónicos u oxitócicos por IV o IM según protocolo. • Controlar los signos vitales maternos cada 15 minutos o con mayor frecuencia. • Monitorizar el color, nivel de consciencia, dolor y nivel de ansiedad de la madre. • Proporcionar una vigilancia postparto adecuada del estado de la madre.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermera especialista debe de poseer una profunda base teórica con la finalidad de brindar los cuidados óptimos y específicos que lleven a la disminución de la hemorragia postparto, recuperando el estado de salud o la disminución de complicaciones de la paciente obstétrica, para lograr estas metas el profesional puede apoyarse en la creación de un plan de cuidados focalizado para el manejo y tratamiento, dando la mejor atención obstétrica con la mayor disponibilidad aplicando el uso de fármacos oxitócicos y con ello evitar a pérdidas hemáticas en mujeres de dicha condición.¹¹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

¹¹ Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. An Sist Sanit Navar. 2009;32:159–67.

**CAMPO: 05 FAMILIA CLASE: W CUIDADOS DE UN NUEVO BEBÉ
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (6930) CUIDADOS POSTPARTO**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar signos vitales • Vigilar loquios para determinar el dolor, cantidad, olor, y presencia de coágulos. • Controlar la localización altura y tono del fondo uterino. • Controlar el dolor de la paciente. • Administrar analgésicos a demanda. • Monitorizar/ controlar la incisión quirúrgica (eritema, edema, exudado, bordes de la herida)¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • El puerperio se trata de una etapa compleja por los múltiples cambios que acontecen y sus riesgos potenciales para la salud, motivo por el que se considera un periodo de vulnerabilidad para la mujer, El objetivo de los cuidados postparto y seguimiento se deberá tener en cuenta el estado general de la mujer, controlar las constantes vitales para descartar posibles hemorragias o alertarnos de signos de infección. Se debe valorar la involución uterina y los loquios con el fin de valorar la máxima involución uterina. • Es de suma importancia llevar acabo estos cuidados ya que Enfermería puede potenciar la capacidad de las madres para superar los inconvenientes del puerperio, ayudándolas a la adaptación en esta nueva etapa.¹²

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

¹² Los Cuidados Continuados I. DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO. Uam.es. [accessed 01 Aug 2021] Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676327/martin_blazquez_raqueltfg.pdf?sequence=1

CAMPO: 05 FAMILIA CLASE: W CUIDADOS DE UN NUEVO BEBÉ	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (2300) ADMINISTRACION DE MEDICACIÓN (CARBETOCINA 100 MCG Y OXITOCINA 20UI)	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los signos vitales. • Observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente. (adecuada involución uterina, disminución en el sangrado uterino) • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente. • Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda el uso de uterotónicos para la prevención de la hemorragia postparto durante el tercer periodo del parto, así como lo es la Carbetocina Oxitocina, Ergometrina o Misoprostol. • La oxitocina es el fármaco de primera elección en la atonía uterina, HPP, actúa a nivel del calcio intracelular (estimulando los canales de Ca regulados por receptores, induciendo la liberación de este ion desde el retículo endoplásmico) aumenta la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas en 2-4 min y su vida media es de 5-12 min. Se debe administrar lentamente porque provoca hipotensión brusca por vasodilatación. • La Carbetocina, un agonista de la oxitocina de acción prolongada, parece ser un agente promisorio para la prevención de la HPP. Se une a los receptores de oxitocina en el músculo liso del útero, estimula las contracciones rítmicas del útero, aumenta la frecuencia de contracciones existentes, y aumenta el tono de la musculatura del útero. Posee un inicio de acción rápido y vida media prolongada de 40 minutos. Se administra en dosis única de 100 microgramos iv. Es bien tolerado y parece que tan efectivo como la oxitocina.¹³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.
- ¹³ Resumida V. Guía de práctica clínica para el uso de uterotónicos en la prevención de la hemorragia posparto. Bvsalud.org. [accessed 12 Aug 2021] Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1121036/guia-uterotonicos-version-corta-2_obs_edicion_reglacion_ed_22__amLyHAU.pdf.

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: <u>02 NUTRICIÓN</u> CLASE: <u>05</u> <u>HIDRATACIÓN</u>		DOMINIO: <u>02 SALUD FISIOLÓGICA</u> CLASE: <u>G LIQUIDOS Y ELECTROLITOS</u>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: (00027) DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS FACTOR RELACIONADO: RELACIONADO CON INGESTA INSUFICIENTE DE LIQUIDOS CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS EVIDENCIADO POR SEQUEDAD DE LA PIEL, SEQUEDAD DE MUCOSAS	RESULTADO ESPERADO: (0602) HIDRATACIÓN ESCALA LIKERT 1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO				
	INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La paciente evoluciono adecuadamente a las intervenciones planteadas, mejoro notablemente en cuanto a la ingesta de líquidos, se logró la puntuación diana establecida y se le noto recuperada.	<ul style="list-style-type: none"> • (060201) TURGENCIA CUTANEA • (060202) MEMBRANAS MUCOSAS HUMEDAS • (060215) INGESTA DE LIQUIDOS • (060217) PERFUSIÓN TISULAR 	3 3 3 3	4 4 4 4	5 5 5 5	

**CAMPO: 02 FISIOLÓGICO: COMPLEJO CLASE: N CONTROL DE LA PERFUSIÓN TISULAR
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (4120) MANEJO DE LIQUIDOS**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas). • Controlar la ingesta de alimentos/ líquidos y calcular la ingesta calórica diaria. • Monitorizar el estado nutricional. • Administrar líquidos. • Favorecer la ingesta oral. • Distribuir la ingesta de líquidos en 24hrs. • Animar al familiar a que ayude a la paciente con las comidas. • Ofrecer tentempiés (bebidas, frutas)¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Para que el organismo tenga un buen estado de salud debe mantenerse una homeóstasis fisiológica y una buena ingesta de líquidos, lo cual significa que el medio interno del organismo es relativamente estable y constante. Aproximadamente, entre un 46 y un 60 % del peso medio del adulto es agua. El agua es vital para la salud y funcionamiento celular correcto, sirve como: Medio para reacciones metabólicas dentro de las células, transportador de nutrientes, productos de desecho y otras sustancias, lubricante, aislante y amortiguador, medio para regular y mantener la temperatura corporal.¹⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

¹⁴ Enfermeriacelayane. Unidad didáctica 7: Cuidados de enfermería a la persona para favorecer el equilibrio de líquidos y electrolitos. Upto.mx. 2018. [accessed 12 Aug 2021] Available from: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-7-cuidados-de-enfermeria-a-la-persona-para-favorecer-el-equilibrio-de-liquidos-y-electrolitos/>

**CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: N CONTROL DE LA PERFUSIÓN TISULAR
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (4130) MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación.• Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (palidez de tegumentos)• Monitorizar entradas y salidas.• Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.• Administrar líquidos.• Llevar un registro preciso de entradas y salidas• Monitorizar los estados hemodinámicos de la paciente.¹	<ul style="list-style-type: none">• Los registros exactos de ingestión y excreción de líquidos, ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en el paciente. El resultado de la resta de líquidos que se excretan a los ingeridos, determinan el balance hídrico positivo o negativo. Los signos de deshidratación son lengua seca, sensación de sed, piel escamosa, seca, pálida, es por ellos que se debe de tener una adecuada monitorización de líquidos ya que con esta podremos valorar el estado del balance hídrico del paciente.¹⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

¹⁵ Balance hídrico en el paciente.org. [accessed 12 Aug 2021] Available from: <http://ual.dyndns.org/Biblioteca/Fundamentos%20de%20Enfermeria/Pdf/Unidad%2007.pdf>

PLAN DE CUIDADOS				
DOMINIO: <u>02 NUTRICIÓN</u> CLASE: <u>01</u> <u>INGESTIÓN</u>		DOMINIO: <u>04 CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD</u> CLASE: <u>Q CONDUCTA DE SALUD</u>		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: (00233) SOBREPESO FACTOR RELACIONADO: RELACIONADO CON INDICE DE MASA CORPORAL PROXIMO A 25 KG/m CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS EVIDENCIADO POR INDICE DE MASA CORPORAL >25 KG/m	RESULTADO ESPERADO: (1622) CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO: DIETA PRESCRITA			
	ESCALA LIKERT 1. NUNCA DEMOSTRADO 2. RARAMENTE DEMOSTRADO 3. A VECES DEMOSTRADO 4. FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO 5. SIEMPRE DEMOSTRADO			
	INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA	
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La usuaria fue mejorando su alimentación después de salir del hospital, ella llevo a cabo la implementación de una dieta de acuerdo a sus necesidades, se le proporciono una lista de los alimentos que podría consumir, se cumplieron los indicadores planteados y se le noto conforme de acuerdo a la orientación.		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	<ul style="list-style-type: none"> (162201) ESTABLECER OBJETIVOS DIETETICOS ALCANZABLES 	4	5	5
	<ul style="list-style-type: none"> (162202) SELECCIONA ALIMENTOS Y LIQUIDOS COMPATIBLES CON LA DIETA PRESCRITA 	4	5	5
	<ul style="list-style-type: none"> (162213) SIGUE LAS RECOMENDACIONES PARA ESTABLECER UNA DIETA 	4	5	5

**CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: D APOYO NUTRICIONAL
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (5246) ASESORAMIENTO NUTRICIONAL**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer la duración de la relación de asesoramiento. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. • Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: ganancia de peso. • Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. • Revisar con el paciente la medición de ingesta y pérdida de peso.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • El asesoramiento nutricional es un proceso de apoyo para establecer prioridades y metas y crear planes de acción individualizados que reconocen y fomentan la responsabilidad del auto-cuidado. • Para poder mantener una buena calidad de vida, la alimentación y nutrición adquieren una gran importancia. Gracias a un asesoramiento nutricional y junto a la Dietética, se ofrece la posibilidad de modificar tus hábitos alimentarios y elaborar dietas personalizadas para cada tipo de paciente, ya sean de control de peso como para paliar sintomatología y prevenir complicaciones consecuentes de una malnutrición.¹⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

¹⁶ bliccathemes. Asesoramiento nutricional. Albertoguitian.es. [accessed 24 Aug 2021] Available from: <http://www.albertoguitian.es/especialidades/asesoramiento-nutricional>

CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: S EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (5614) ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.• Informar al paciente acerca de cuánto tiempo se debe seguir la dieta.• Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.• Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas.• Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente.• Reforzar la importancia de la monitorización continua y las necesidades cambiantes que puedan requerir modificaciones adicionales del plan de cuidados.¹	<ul style="list-style-type: none">• Se trata pues de adoptar un correcto patrón alimenticio, hábitos saludables y planificación de menús, adaptado siempre a las necesidades nutricionales, posibles patologías y estilos de vida del paciente. Apostar por una alimentación saludable es mejorar tu calidad de vida a corto, mediano y largo plazo.• A diario y erróneamente introducimos en nuestra dieta combinaciones de alimentos que en muchas ocasiones conlleva a una nutrición incorrecta, y por lo tanto, a que se produzcan condiciones químicas inadecuadas en el cuerpo. Esto hace que la fabricación y acumulación de productos que acaban en ácidos, por la digestión y el metabolismo, aparezcan en cantidades superiores a las que el cuerpo puede eliminar.¹⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

¹⁷ Sld.cu. [accessed 24 Aug 2021] Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500014

CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: D APOYO NUTRICIONAL

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (1100) MANEJO DE LA NUTRICIÓN

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.• Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales• Proporcionar la selección de alimentos mientras se orienta hacia opciones más saludables.• Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias.• Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.• Monitorizar las tendencias de pérdidas y aumento de peso.¹	<ul style="list-style-type: none">• El manejo de la nutrición es un proceso educable que comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos, que son fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y económico y que determinan, al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y los estilos de vida. La estrecha relación entre alimentación, nivel de salud y bienestar de un individuo o población, es una evidencia cada vez más documentada.• El conocimiento de las características, funciones, aspectos metabólicos, fuentes alimentarias, requerimientos, así como los efectos relacionados con la deficiencia y toxicidad de los principales nutrientes que componen los alimentos son de importancia en la confección de dietas equilibradas nutricionalmente y saludables.¹⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

¹⁸ Abete I, Cuervo M, Alves M, Alfredo Martínez J. AUTORES. Sennutricion.org. [accessed 24 Aug 2021] Available from: https://sennutricion.org/media/Docs_Consenso/3-IDR_Poblaci_n_Espa_ola-FESNAD_2010_C1-Fundamentos_de_nutrici_n.pdf

PLAN DE CUIDADOS						
DOMINIO: <u>04 ACTIVIDAD/ REPOSO</u> CLASE: <u>01 SUEÑO/ REPOSO</u>		DOMINIO: <u>01 SALUD FUNCIONAL</u> CLASE: <u>A MANTENIMIENTO DE LA ENERGÍA</u>				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: (00198) PATRÓN DEL SUEÑO ALTERADO FACTOR RELACIONADO: RELACIONADO CON PATRÓN DEL SUEÑO NO REPARADOR CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS EVIDENCIADO POR DIFICULTAD PARA INICIAR EL SUEÑO Y DIFICULTAD PARA PERMANECER DORMIDA		RESULTADO ESPERADO: (0004) SUEÑO ESCALA LIKERT 1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO				
		INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA		
			MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	
		<ul style="list-style-type: none"> (000401) HORAS SUEÑO (000403) PATRÓN DEL SUEÑO (000404) CALIDAD DEL SUEÑO (000406) SUEÑO INTERRUMPIDO (000425) DOLOR 	3	5	5	
			3	5	5	
			3	5	5	
			3	5	5	
			2	5	5	
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La usuaria fue mejorando adecuadamente, después de salir del hospital, ella pudo conciliar adecuadamente el sueño, se le noto más descansada y relajada, tomo las medidas adecuadas para retomar su vida diaria.						

CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: F FACILITACIÓN DEL AUTOCUIDADO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (1850) MEJORAR EL SUEÑO

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente• Registrar el número de horas de sueño del paciente• Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (dolor) y/o psicológicas que interrumpen el sueño.• Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.• Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.• Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.¹	<ul style="list-style-type: none">• Al mejorar el sueño el usuario recuperara la energía perdida en la realización de las actividades diarias, para poder mantener la salud. En el periodo de sueño se produce una alteración del estado de conciencia del que se puede despertar el sujeto en cualquier momento y que tiene lugar de forma periódica.• La mayoría de los pacientes no descansan ni duermen bien durante su estancia en el hospital, unas veces por el proceso patológico que está viviendo la persona, y en otras ocasiones no tiene nada que ver con su enfermedad, sino con causas ambientales como pueden ser el ruido, la iluminación, falta de intimidad, interrupciones por procedimientos terapéuticos, etc.¹⁹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.
- ¹⁹ Medina Cordero A, Feria Lorenzo DJ, Oscoz Muñoa G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enferm glob. 2009;(17):0-0.

CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (6482) MANEJO AMBIENTAL: CONFORT

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad.• Determinar las fuentes de incomodidad como vendaje muy apretado, factores ambientales irritantes.• Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes.• Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.• Proporcionar un ambiente limpio y seguro.• Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.¹	<ul style="list-style-type: none">• La comodidad en salud hace referencia a una sensación de alivio al malestar, a un estado de tranquilidad y satisfacción, o a cualquier sentimiento que haga la vida fácil o agradable. La paciente hospitalizada por su condición médica depende el 100% del personal de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas. Si está consciente y orientado puede manifestar sus necesidades, deseos e incomodidades, lo que facilitaría el cuidado y mejoraría la comodidad.²⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

²⁰ González Gómez A, Montalvo Prieto A, Herrera Lían A. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enferm glob.* 2016;16(1):266.

CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: A CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (0180) MANEJO DE LA ENERGIA

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.• Observar/ registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.• Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/ actividad.• Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con el patrón del sueño.• Limitar los estímulos ambientales para facilitar la relajación.• Favorecer el reposo en cama con periodos de descanso protegidos de elección.• Ofrecer ayuda para favorecer el sueño.• Fomentar las siestas.¹	<ul style="list-style-type: none">• La fatiga se considera el síntoma más duradero, debilitante y con mayor impacto en la calidad de vida del enfermo. Se distingue clínicamente por sensaciones subjetivas y físicas, como pérdida de energía, disminución de las capacidades de concentración, afectiva y de expresión. Esta sensación interfiere con las actividades normales del enfermo, por ello el profesional de enfermería debe de fomentar periodos de descanso en el individuo que mejoren la energía y su pronta recuperación del mismo.²¹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

²¹ Edu.co. [accessed 12 Aug 2021] Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9776/Tesis02.pdf?sequence=3>

PLAN DE CUIDADOS				
DOMINIO: 04 ACTIVIDAD/ REPOSO CLASE: 02 ACTIVIDAD/ EJERCICIO	DOMINIO: 01 SALUD FUNCIONAL CLASE: C MOVILIDAD			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: (00085) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA FACTOR RELACIONADO: RELACIONADO CON DOLOR, INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (CESÁREA)	RESULTADO ESPERADO: (0208) MOVILIDAD			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS EVIDENCIADO POR DISCONFORT Y DIFICULTAD PARA MOVERSE	ESCALA LIKERT 1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	<ul style="list-style-type: none"> (20802) MANTENIMIENTO DE LA POSICION CORPORAL (20806) AMBULACIÓN (20814) SE MUEVE CON FACILIDAD 	3 3 3	4 4 4	5 5 5
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La paciente evoluciono eficazmente, una vez que la herida comenzó el proceso de cicatrización ella volvió a su vida normal, pudo tolerar adecuadamente el movimiento, se le recomendó no realizar esfuerzos durante los próximos meses, se le noto muy atenta en cuanto a las sugerencias establecidas.				

CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: A CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (0221) TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACIÓN

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Vestir al paciente con prendas cómodas.• Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación.• Colocar la cama en una altura baja.• Ayudar al paciente a trasladarse, cuando sea necesario.• Fomentar la deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.• Animar al paciente a que este levantado según le apetezca.¹	<ul style="list-style-type: none">• Los ejercicios son necesarios para mejorar la circulación y fortalecer los músculos. La movilización activa aumenta la masa, el tono y la fuerza de los músculos y mejora las funciones cardíacas y respiratorias. La movilización pasiva mejora la actividad articular y circulación. La actividad, la movilidad y la flexibilidad son parte integrante del estilo de vida de la persona. Fomentando la sensación de control y autodeterminación del paciente se puede mejorar el cumplimiento de los programas de ejecución. Las ayudas para la marcha deben utilizarse de manera correcta y segura, para prevenir lesiones y garantizar su eficacia.²²

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

²² Rojas AJC. TRASTORNO DE LA MOVILIDAD FÍSICA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA E INTERVENCIÓN. Anierte-nic.net. [accessed 12 Aug 2021] Available from: http://www.anierte-nic.net/archivos/trabaj_transtorno_movilidad.pdf

CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: F FACILITACIÓN DEL AUTOCUIDADO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (1800) AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Observar la necesidad por parte del paciente para emplear la higiene personal, vestirse, arreglo personal, aseo y alimentarse.• Proporcionar objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño)• Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.• Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.• Animar al paciente a realizar actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.• Alentar la independencia.• Establecer una rutina de actividades de autocuidado.¹	<ul style="list-style-type: none">• Es muy importante que como profesionales de enfermería fomentemos las prácticas para el autocuidado entre ellas se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para adecuar el consumo de medicamentos, seguimiento de las prescripciones de salud, comportamientos sexuales seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto, búsqueda de información y manejo de diferentes signos y síntomas en las enfermedades.²³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

²³ Muñoz E. La importancia del autocuidado, también en personas con dependencia. Blogspot.com. [accessed 12 Aug 2021] Available from: http://educacionpapps.blogspot.com/2013/05/la-importancia-del-autocuidado-tambien_24.html

CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO CLASE: F FACILITACIÓN DEL AUTOCUIDADO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (1801) AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: BAÑO/ HIGIENE

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Colocar toallas, jabón, desodorante y otros accesorios necesarios a la cabecera del paciente o en el baño.• Facilitar que el paciente se bañe el mismo.• Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente a la hora de irse a la cama.• Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.• Controlar la integridad cutánea del paciente• Mantener rituales higiénicos.¹	<ul style="list-style-type: none">• La educación para el autocuidado debe tener en cuenta las capacidades y conocimientos de la persona, sus creencias y valores, sus preferencias y el entorno y apoyo social del que dispone. La persona que ha vivido autónoma y empieza a tener algún grado de dependencia por la enfermedad, se encuentra en una situación anómala que afecta de forma negativa el modo en que se ve y valora a sí misma, su autonomía y bienestar• Al ayudar con el autocuidado no solo le daremos el control al individuo sobre su salud sino que también le brindaremos empoderamiento, un derecho de todas las personas, que debe fomentarse al máximo hasta el final de la vida.²⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

²⁴ Muñoz E. La importancia del autocuidado, también en personas con dependencia. Blogspot.com. [accessed 12 Aug 2021] Available from: http://educacionpapps.blogspot.com/2013/05/la-importancia-del-autocuidado-tambien_24.html

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN CLASE: 06 TERMOREGULACIÓN		DOMINIO: 02 SALUD FISIOLÓGICA CLASE: I REGULACIÓN METABOLICA			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: (00254) RIESGO DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA FACTOR RELACIONADO: EVIDENCIADO POR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO (ANESTESIA REGIONAL) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	RESULTADO ESPERADO: (0800) TERMOREGULACIÓN ESCALA LIKERT 1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO				
	INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La usuaria disminuyo considerablemente el riesgo, se le observo una adecuada termorregulación durante su estancia en el hospital, se estuvo llevando un control total de las constantes vitales. Se le brindo los signos y síntomas de alerta para que ella también contribuyera en el proceso.	<ul style="list-style-type: none"> • (080010) SUDORACIÓN CON EL CALOR • (080017) FRECUENCIA CARDIACA • (080013) FRECUENCIA RESPIRATORIA • (080001) TEMPERATURA CUTANEA • (080004) DOLOR 	3	5	5	
	3	5	5	5	
	3	5	5	5	
	3	5	5	5	

CAMPO: 02 FISIOLÓGICO COMPLEJO CLASE: M TERMOREGULACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (3900) REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas.• Observar el color y la temperatura de la piel.• Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia/ hipertermia.• Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.• Comentar la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de enfriamiento.• Explicar al paciente los signos de hipotermia.¹	<ul style="list-style-type: none">• El centro regulador de la temperatura se encuentra en el hipotálamo, consta de 2 centros y actúa como termostato: el hipotálamo anterior rige la pérdida de calor a través de la vasodilatación de la piel y sudoración cuando se eleve la temperatura del organismo. El hipotálamo posterior se encarga de la concentración del calor, así, como de producir más calor cuando la temperatura del organismo desciende mediante una vasoconstricción; el paciente nos refiere que siente frío y comienza a tener escalofríos.• La sensación de calor y frío dependen en gran parte de la temperatura cutánea y por lo tanto, del riego sanguíneo de la piel; cuando los vasos sanguíneos se dilatan, se siente calor; cuando se contraen, se siente frío, independientemente de la temperatura central del organismo.²⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

²⁵ Cabrera Montesinos R, Castro Arias M, Tápanes Morejón JL, Durán Arrieta G. Método físico para la regulación de la temperatura corporal. Rev Cubana Enferm. 1997;13(2):80–5.

CAMPO: 02 FISIOLÓGICO: COMPLEJO CLASE: M TERMORREGULACIÓN	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (3800) TRATAMIENTO DE LA HIPOTERMIA	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la temperatura del paciente, usando el dispositivo de medición y la vía más apropiada. • Apartar al paciente del ambiente frío. • Retirar la ropa fría y húmeda del paciente. • Aplicar recalentamiento pasivo (manta) • Monitorizar el color y la temperatura de la piel. • Identificar los factores médicos, ambientales y de otro tipo que puedan precipitar la hipotermia.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando un paciente va a ser intervenido quirúrgicamente, tiene riesgo de presentar diferentes efectos colaterales, entre ellos la hipotermia. Esta patología es frecuente en el periodo intraoperatorio debido a la administración de la anestesia general o de bloqueo central (epidural) y a otras actuaciones sanitarias realizadas durante la cirugía (baja temperatura del quirófano, administración de soluciones intravenosas, etc.). • La hipotermia intraoperatoria, provoca un alto riesgo de morbilidad en quirófano y enfermería tiene como labor fundamental su prevención.²⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

²⁶ Juárez P. Plan de cuidados de enfermería en el paciente con riesgo de hipotermia en el periodo perioperatorio, a propósito de un caso. Revista-portalesmedicos.com. 2019. [accessed 12 Aug 2021] Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-con-riesgo-de-hipotermia-en-el-periodo-perioperatorio-a-proposito-de-un-caso/>

CAMPO: 04 SEGURIDAD CLASE: V CONTROL DE RIESGOS

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (6480) MANEJO AMBIENTAL

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades del paciente.
- Educar al paciente y a las visitas acerca de los cambios y precauciones en el ambiente.¹

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

- El manejo ambiental tiene por objeto mejorar la calidad de la vida humana. Comprende la movilización de recursos y la acción del enfermero para manejar el uso de los bienes y recursos. El manejo ambiental se basa en los principios del bienestar del paciente. La comodidad en salud hace referencia a una sensación de alivio al malestar, a un estado de tranquilidad y satisfacción, o a cualquier sentimiento que haga la vida fácil o agradable. Al definir comodidad le encontró tres sentidos (alivio, tranquilidad y trascendencia), los cuales están desarrollados en cuatro contextos (físico, psicoespiritual, ambiental y social).²⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

²⁷ González Gómez A, Montalvo Prieto A, Herrera Lían A. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enferm glob.* 2016;16(1):266.

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: <u>08 SEXUALIDAD CLASE: 03</u> <u>REPRODUCCIÓN</u>	DOMINIO: <u>04 CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD</u> CLASE: <u>Q CONDUCTA DE SALUD</u>																							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: (00209) RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA DÍADA MATERNO/FETAL FACTOR RELACIONADO EVIDENCIADO POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO (CESÁREA) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	RESULTADO ESPERADO: (1624) CONDUCTA DE LA SALUD MATERNAL POSPARTO ESCALA LIKERT 1. NUNCA DEMOSTRADO 2. RARAMENTE DEMOSTRADO 3. A VECES DEMOSTRADO 4. FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO 5. SIEMPRE DEMOSTRADO																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORES</th> <th colspan="3">PUNTUACIÓN DIANA</th> </tr> <tr> <th>MANTENER EN</th> <th>AUMENTAR A</th> <th>LOGRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• (162401) SE ADAPTA AL PAPEL MATERNO</td> <td align="center">4</td> <td align="center">5</td> <td align="center">5</td> </tr> <tr> <td>• (162402) ESTABLECE UN VINCULO CON EL LACTANTE</td> <td align="center">3</td> <td align="center">5</td> <td align="center">5</td> </tr> <tr> <td>• (162420) CONTROLA EL NIVEL DE COMODIDAD</td> <td align="center">4</td> <td align="center">5</td> <td align="center">5</td> </tr> <tr> <td>• (162425) EQUILIBRA ACTIVIDAD Y REPOSO</td> <td align="center">3</td> <td align="center">5</td> <td align="center">5</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA			MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	• (162401) SE ADAPTA AL PAPEL MATERNO	4	5	5	• (162402) ESTABLECE UN VINCULO CON EL LACTANTE	3	5	5	• (162420) CONTROLA EL NIVEL DE COMODIDAD	4	5	5	• (162425) EQUILIBRA ACTIVIDAD Y REPOSO	3	5	5
INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA																							
	MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO																					
• (162401) SE ADAPTA AL PAPEL MATERNO	4	5	5																					
• (162402) ESTABLECE UN VINCULO CON EL LACTANTE	3	5	5																					
• (162420) CONTROLA EL NIVEL DE COMODIDAD	4	5	5																					
• (162425) EQUILIBRA ACTIVIDAD Y REPOSO	3	5	5																					
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La paciente evoluciono favorablemente, evitando el riesgo, se le noto muy afectiva con el recién nacido, se le brindo información en cuanto a la lactancia materna la cual mantiene en práctica de forma eficaz. Se le noto muy satisfecha en cuanto a la información brindada.																								

CAMPO: 05 FAMILIA CLASE: W CUIDADOS DE UN NUEVO BEBÉ

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (7104) ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR: FAMILIA CON NIÑO (RECIÉN NACIDO)

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Establecer relaciones de confianza con el progenitor.• Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la madre.• Observar la adaptación de la madre con el bebé.• Ayudar a la madre a adquirir las habilidades necesarias para realizar tarea adecuadas a la etapa de desarrollo de la familia.• Ayudar a los progenitores a equilibrar los papeles laboral, personal y conyugal.• Identificar los patrones de interacción madre-hijo• Reforzar los comportamientos parentales positivos.¹	<ul style="list-style-type: none">• La estimulación de la integridad familiar fundamentalmente se enfoca en el cuidado centrado en la familia enfatizan el rol integral que sus miembros desempeñan en la vida y en el bienestar del niño, transformando como meta principal la creación de un ambiente de colaboración entre enfermeras y familias, en el cual ambos lados puedan establecer confianza mutua, comunicación efectiva y cooperación que vayan al encuentro de las demandas de cuidado de salud para la familia.²⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

²⁸ Medicos P. La familia como parte de los cuidados de los pacientes. Revista-portalesmedicos.com. 2013. [accessed 5 Aug 2021] Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/familia-cuidados-pacientes/>

CAMPO: 05 FAMILIA CLASE: Z CUIDADOS DE CRIANZA DE UN NUEVO BEBÉ

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (6710) FOMENTAR EL APEGO

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Informar a los progenitores de los cuidados proporcionados al recién nacido.
- Animar a la lactancia materna.
- Proporcionar una educación y ayuda adecuada para la lactancia materna.
- Instruir a los progenitores sobre los datos del lactante acerca de la necesidad de alimentarse.
- Instruir a los progenitores sobre la alimentación como actividad de crianza.
- Mostrar a los progenitores técnicas para calmar al lactante.
- Fomentar una cercanía física mantenida y frecuente entre el lactante y los progenitores.¹

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

- Las madres y padres tienen un papel fundamental a la hora de establecer un vínculo de apego saludable con sus hijos e hijas. Los padres y las madres tienen la oportunidad de construir una profunda relación de amor con su bebé que le proporcione seguridad y confianza.
- De esta forma el promover el vínculo de apego es fundamental para demostrar cuánto quieren a su hijo o hija. Junto a la disponibilidad y el cariño incondicional, es necesario que los progenitores sean sensibles a las necesidades del bebé y las atiendan adecuadamente.²⁹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

²⁹ Andalucía D. Cómo establecer un buen apego. Easp.es. [accessed 12 Aug 2021] Available from: https://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/07/cuidadores_apego.pdf

CAMPO: 05 FAMILIA CLASE: W CUIDADOS DE UN NUEVO BEBÉ

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: (6824) CUIDADOS DEL LACTANTE: RECIÉN NACIDO

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Instruir a los progenitores acerca de los cuidados del recién nacido.• Determinar si el recién nacido está preparado antes de aplicar los cuidados.• Establecer contacto visual y hablar al recién nacido mientras se aplican los cuidados.• Proporcionar un ambiente tranquilo y relajante.• Responder a las señales del recién nacido que indican la necesidad de cuidados para facilitar el desarrollo de confianza.• Fomentar y facilitar el vínculo y apego familiares con el recién nacido.• Instruir a los progenitores para que identifiquen los signos de dificultad respiratoria.¹	<ul style="list-style-type: none">• Los cuidados de enfermería del recién nacido y el autocuidado que debe aprender y manejar la madre durante los primeros días del posparto, pueden ayudar a solucionar las dificultades y problemas de la madre y el bebé en relación con la lactancia. La preparación para el proceso de la lactancia materna se inicia con la entrega de conocimientos pertinentes a los padres sobre ventajas nutricionales, inmunológicas, psicológicas de la leche materna, que les permitirá adoptar una decisión informada sobre la alimentación para su futuro hijo/a. La consejería ayudará a la sensibilización de la madre-familia-profesionales de la salud, sobre la importancia de la lactancia materna.³⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.

³⁰

Cerda Muñoz L. Lactancia materna y gestión del cuidado. Rev Cubana Enferm. 2011;27(4):327–36.

5.7 PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL USUARIO (A): JEB

SEXO: FEMENINO

EDAD: 28 AÑOS

SERVICIO: CIRUGÍA

GENERAL

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: MEJORÍA

FECHA DE INGRESO: 24/06/2021

FECHA DE

EGRESO: 26/06/2021

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00004)
- ESTREÑIMIENTO (00011)
- RIESGO DE SANGRADO (00206)
- DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS (00028)
- SOBREPESO (00233)
- PATRON DEL SUEÑO ALTERADO (00198)
- DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA (00085)
- RIESGO DE HIPOTERMIA (00254)
- RIESGO DE ALTERACION DE LA DIADA MATERNO/ FETAL (00209)

RESUMEN:

ALIMENTACION:

- -EMPLEAR UNA DIETA -BLANDA: CALDO DE POLLO O PESCADO, ARROZ BLANCO
- EVITAR EL CONSUMO DE CARNE DE PUERCO O EMBUTIDOS
- TOMAR 2LT DE AGUA AL DÍA, EVITAR REFRESCO Y --SI SE TOMA JUGOS QUE SEAN FRESCOS.
- COMER FRUTAS RICAS EN VITAMINA A Y K (EJ: PAPAYA, ZANAHORIA, MELÓN, ETC)
- COMER VERDURAS DE HOJA VERDE
- CONSUMIR ALIMENTOS RICOS EN FIBRA PARA MEJORAR EL ESTREÑIMIENTO

HERIDAS

- REALIZAR LA LIMPIEZA DE LA HERIDA 1 VEZ AL DÍA
- BAÑARSE DIARIO

- CAMBIAR VENDAJE DIARIO
- DEJAR QUE EL AGUA CAIGA SOBRE LA HERIDA DE FORMA ESPONTANEA
- UTILIZAR ANTISEPTICOS ADECUADOS PARA LA HERIDA

HIGIENE:

- REALIZAR CUIDADOS A LA HERIDA
- LAVAR HERIDA CON JABON NEUTRO
- BAÑO DIARIO CON AGUA TIBIA
- LIMPIEZA DE GENITALES
- HIGIENE BUCAL
- LAVADO DE MANOS CORRECTO

EJERCICIO FISICO:

- NO REALIZAR ESFUERZOS
- REALIZAR CAMINATA EN SU CASA POR LO MENOS 20MIN AL DÍA
- NO CARGAR OBJETOS PESADOS
- NO REALIZAR TAREAS PESADAS
- EJERCICIOS PARA MEJORAR LA CIRCULACIÓN PERIFERICA.
- REPOSAR Y DORMIR ADECUADAMENTE
- EJERCICIOS CIRCULATORIOS

ACCIONES ENCAMINADAS CON EL RÉGIMEN DIETÉTICO:

DIETA: NORMAL/ BLANDA

EJERCICIO: CAMINATA DIARIA DE 20MIN

TRATAMIENTO: PARACETAMOL 1GR EN CASO DE DOLOR O MALESTAR

ACCIONES ENCAMINADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD:

EN CASO DE PRESENTAR LOS SIGNOS Y SINTOMAS YA MENCIONADOS ACUDIR INMEDIATAMENTE AL MEDICO O A SU UNIDAD DE ATENCIÓN MÁS CERCANA

NO AUTOMEDICARSE (YA QUE ESTO REPRESENTA UN RIESGO PARA USTED)

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA:

- MANTENERSE ATENTA A LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA
- LLEVAR UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN
- REALIZAR CORRECTAMENTE LOS CUIDADOS PROPORCIONADOS
- ACUDIR CON SU MEDICO PARA REALIZARSE CHEQUEOS CONSTANTES.

SIGNOS DE ALARMA:

- FIEBRE $>38^{\circ}$
- EDEMA DE LA HERIDA
- ERITEMA
- ABCESO
- DOLOR INTENSO
- CEFALEA

RECUERDE:

ACUDIR A SU CITA A LA CONSULTA EXTERNA EN HOSPITAL GENERAL DR. GREGORIO SALAS O BIEN CON UN MÉDICO FAMILIAR PARA CONTINUAR CON SU TRATAMIENTO. ES IMPORTANTE QUE COLABORE CON NOSOTROS PARA ESTABLECER Y/O CONSERVAR SU SALUD.

NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO: GBH

NOMBRE DE LA ENFERMERA: RUBIO GÓMEZ SAYRA

CONCLUSIÓN

En el presente trabajo se aplicó la enfermería basada en evidencia para realizar el proceso atención de enfermería individualizado a la paciente y así brindar una buena atención para su mejoría con intervenciones de enfermería pertinentes. El papel de Enfermería dentro del equipo multidisciplinar es imprescindible en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (prevención primaria y secundaria), así como en el manejo de la paciente. Es necesaria la formación de los profesionales de Enfermería para el manejo correcto y la valoración integral, individualizada y objetiva del mismo para planificar una serie de cuidados que mejoren su calidad de vida y la de su familia.

La cesárea es una de los procedimientos de mayor permanencia en la historia de la medicina. De origen incierto e inicialmente realizada sólo en condiciones extremas, por lo que hoy se realiza como un procedimiento de alta frecuencia, incluso superando los índices considerados como adecuados. Es motivo de preocupación en salud pública para que su indicación sea la correcta, evitando consecuencias en morbilidad y mortalidad que pudiesen resultar de su sobre indicación ya que este procedimiento compromete al feto y a la madre más que el parto; sin embargo, no constituye una herramienta para sobrepasar la voluntad de la madre.

Los profesionales multidisciplinarios deben de ser cautelosos y darse a la tarea de informar claramente a la paciente sobre las posibilidades de la vía de nacimiento, así como de los riesgos y posibles complicaciones de cada una de ellas en el corto, mediano y largo plazo. Es necesario el establecimiento de criterios precisos para la indicación de una cesárea, así como determinar con claridad los beneficios y el riesgo de esta práctica que permitan tener un sustento más amplio que soporte su indicación como primera elección.

Se han descrito múltiples técnicas y variaciones, existiendo controversia respecto de cuál es la mejor. Se realizó un resumen de sus indicaciones y variantes quirúrgicas de uso frecuente en orden para homogenizar el procedimiento.

Su real posicionamiento en la práctica obstétrica se comprenderá una vez se entiendan las ventajas y desventajas de su ejecución, no sólo en lo referente al embarazo en curso sino respecto de la historia reproductiva final de la paciente.

La vinculación de las taxonomías NANDA-NOC-NIC, permite al profesional de enfermería implementar planes de cuidados fomentando el lenguaje común de la disciplina, evidenciando los cuidados proporcionados. El uso de los planes de cuidados estandarizados, aparte de unificar los criterios en la asistencia y asegurar el bienestar y seguridad del paciente, garantiza un aumento de la calidad en los cuidados.

La elaboración del presente proceso atención enfermería a la paciente nos permitió reforzar toda la información y actividades fundamentadas que se deben realizar y que son de suma importancia para su recuperación.

Glosario de términos

- **Abdomen**

Zona del cuerpo, entre la parte inferior de las costillas y la parte superior de los muslos, que encierra, principalmente, al tubo digestivo y sus órganos anexos. Vientre.

- **Anestesia**

Acto médico controlado que, a través de una sustancia anestésica, permite bloquear la sensibilidad de dolor del paciente en aquel lugar en el que el médico trabajará para quitar la dolencia del paciente en cuestión.

- **Cesárea**

Procedimiento quirúrgico usado para parir un bebé cortando a través de la pared abdominal y el útero de la mujer. Las indicaciones para la cirugía incluyen obstrucción de labor y sufrimiento fetal.

- **Estreñimiento**

Se da cuando los bebés o niños pequeños tienen heces muy duras o problemas para defecar. Un niño puede tener dolor mientras defeca o puede ser incapaz de tener una deposición luego de hacer fuerza o pujar.

- **Factor de Riesgo**

Elemento o condición que implica cierto grado de riesgo o peligro. Al hablar del corazón y los vasos sanguíneos, el factor de riesgo se refiere a un aumento de las probabilidades de padecer una enfermedad cardiovascular, un ataque cerebral inclusive.

- **Fatiga**

Es una sensación de falta de energía, de agotamiento o de cansancio.

- **Fiebre**

La fiebre es el aumento temporal en la temperatura del cuerpo en respuesta a alguna enfermedad o padecimiento. Es una parte importante de las defensas del cuerpo contra la infección.

- **Ginecología**

Ginecología es la especialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios).

- **Glucosa**

Es el principal monosacárido en la sangre y una fuente importante de energía para los seres vivos. Abundante en el azúcar, las frutas, la miel y los refrescos.

- **Índice de Masa Corporal (IMC)**

Cifra que los médicos emplean para determinar el riesgo cardiovascular creado por el sobrepeso o la obesidad.

- **Obstetricia**

Es la rama de la medicina que cuida la gestación, el parto y el puerperio (el período que abarca desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado que tenía antes de la gestación).

- **Procedimiento quirúrgico.**

Cualquier operación, intervención quirúrgica o actividad relacionada con la cirugía. Las operaciones pueden ser con fines diagnósticos o terapéuticos.

- **Tratamiento**

Una serie de medios que posibilitan la curación o el alivio de las enfermedades o los síntomas que una dolencia provoca.

- **Útero**

Órgano muscular profundo de la mujer situado en la pelvis entre la vejiga y el recto. Su función consiste en alojar al embrión y al feto hasta el nacimiento. Tiene forma de pera, la pared gruesa y mide aproximadamente 75 mm. de largo.

Referencias bibliográficas

1. Nutrición ENdSy. ENSANUT. [Online].; 2012. Acceso 17 de agosto de 2021. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018. Acceso 21 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>.
3. Aguilera S. Control Prenatal y cesárea. Revista médica Clínica Las Condes. 2014; 25(6).
4. Barboza, V. V. (15 de marzo de 2011). Enfermería: una disciplina. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art6.pdf>
5. M D. space. [Online].; 2016. Acceso 21 de Junio de 2021. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/70159/1/2016_Mena_etal_Cuidados-basicos-de-enfermeria.pdf.
6. Vernet F. Scielo. [Online].; 2007. Acceso 21 de Junio de 2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000200004.
7. Masson, N. G. (2014). De La Teoría A La Práctica El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo XXI. En Masson. España: 2da.
8. Navarro G. De La Teoría A La Práctica El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo XXI. 1st ed. España: Masson. 2014.
9. Navarro G. De La Teoría A La Práctica El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo XXI. 1st ed. España: Masson. 2014.
10. Enfermería, I. a. (10 de Marzo de 2009). Artemisa. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
11. Enfermería MCOd. Modelos y teorías de enfermería. [Online].; 2009. Acceso 12 de agosto de 2021. Disponible en:

- <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050>.
12. G, F. C. (05 de febrero de 2009). Universidad de cuaca. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
 13. Echeverry Loaiza G. Index. [Online]; 2010. Acceso 22 de Juniode 2021. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0025.pdf>.
 14. Mariela Vega LB. La aplicación de la ética y la bioética del personal de enfermería desde los valores. ROCA. Revista científico-educacional de la provincia Granma. 2019; 15(3).
 15. Mercedes Núñez del Castillo, J. S. (2004). Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. Revista de enfermería y humanidades, 30. Obtenido de <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2004-n15-evolucion-de-los-cuidados-enfermeros-analisis-iconografico-desde-la-perspectiva-de-virginia-henderson>
 16. Masson, N. G. (2014). De La Teoría A La Práctica El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo XXI. En Masson. España: 2da.
 17. M. Gordon. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10 edición. Elsevier Mosby. p.2. [on line]. Disponible en <http://books.google.com.co/books>
 18. Herrera M, Herrera M. Mujeres en edad fértil. [Online].; 2019. Acceso 16 de Agosto de 2021. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1023558/art-5.pdf#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,embarazos%20producto%20de%20diferentes%20circunstancias>.
 19. KS S. Anatomía y fisiología. 2nd ed. España: McGraw-Hill; 2001.
 20. RS. S. Anatomía clínica. Sexta Edición ed. España: Mc-Graw Hill; 2000.

21. M. B. Enfermería materno infantil. Sexta Edición ed. México: McGraw-Hill.; 2000.
22. Peregrina FJR. Apuntes y notas de enfermería: Materno-Infantil. Sexta ed. Mexico: McGrill; 2008
23. OMS. Organización mundial de la salud. [Online]; 2019. Acceso 21 de Juniode 2021. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14916:ten-threats-to-global-health-in-2019&Itemid=135&lang=es.
24. Gary C. Williams Obstetria y ginecología. 25th ed. Mexico : McGraw Hill; 2010
25. Cerda H.J. BAL. Estudio colaborativo Latinoamericano de Cesáreas. Fundamentos y Guías para la Segunda Opinión. Mexico: Benavides, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.
26. Salud Sd. Guía de práctica clínica de Cesárea segura. [Online].; 2009. Acceso 22 de Junio de 2021. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>.
27. Freeman R KGTJNM. Fetal heart rate monitoring. 2nd ed. Mexico: Mc Grill; 1991.
28. Cerda H.J MDE. Cuidado del parto poscesárea. En A. B.. Mexico: Gineco Obstetricia; 2009.
29. Ortega H RG. Procedimientos en Obstetricia. Revista del Hospta. 1994; 6(2).
30. Dunn LJ. Cesárea y otras operaciones obstétricas. En: Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth. 6th ed. Danforth: Interamericana; 2006.
31. Howard K GMJMCM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición ed. Butcher BDW, editor. Barcelona España: ELSEVIER; 2018.
32. Salud. SAd. Guía de práctica clínica para el cuidado de la piel y mucosas en las personas. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0504.pdf>.
33. J. FR. Enfermería en curación de heridas. [Online].; 2012. Acceso 26 de Julio de 2020. Disponible en:

- <https://www.roemmers.com.ar/sites/default/files/Cuidados%20de%20Enfermeria%20en%20las%20Heridas.pdf>
34. Loyola AÁS, Nelia Soto Ruiz DA. CURA DE HERIDAS QUIRÚRGICAS. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN. Unavarra.es. [accessed 16 Jul 2021] Available from: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11280/AguedaSanMartinLoyola.pdf?sequence=1>
35. 2021. Disponible en: https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf.
36. Narváez ÁV, Ruano C, Ávila MP, Latorre S, Delgadillo J, Manosalva G, et al. Analgésicos en el paciente hospitalizado: Revisión de tema. Org.co. [consultado 4 ago 2021] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v44n1/v44n1a08.pdf>
37. A mazonaws.com. [consultado 4 ago 2021] Disponible en: <http://s3.amazonaws.com/reeve-assets-production/Bowel-Management-Brochure-Spanish.pdf>
38. Scdigestologia.org. [consultado 4 ago 2021] Disponible en: http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/restrenyiment_es.pdf
39. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. An Sist Sanit Navar. 2009;32:159–67.
40. Los Cuidados Continuados I. DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO. Uam.es. [accessed 01 Aug 2021] Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676327/martin_blazquez_raqueltfg.pdf?sequence=1
41. Resumida V. Guía de práctica clínica para el uso de uterotónicos en la prevención de la hemorragia posparto. Bvsalud.org. [accessed 12 Aug 2021] Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1121036/guia-uterotonicos-version-corta-2_obs_edicion_reglacion_ed_22__amLyHAU.pdf

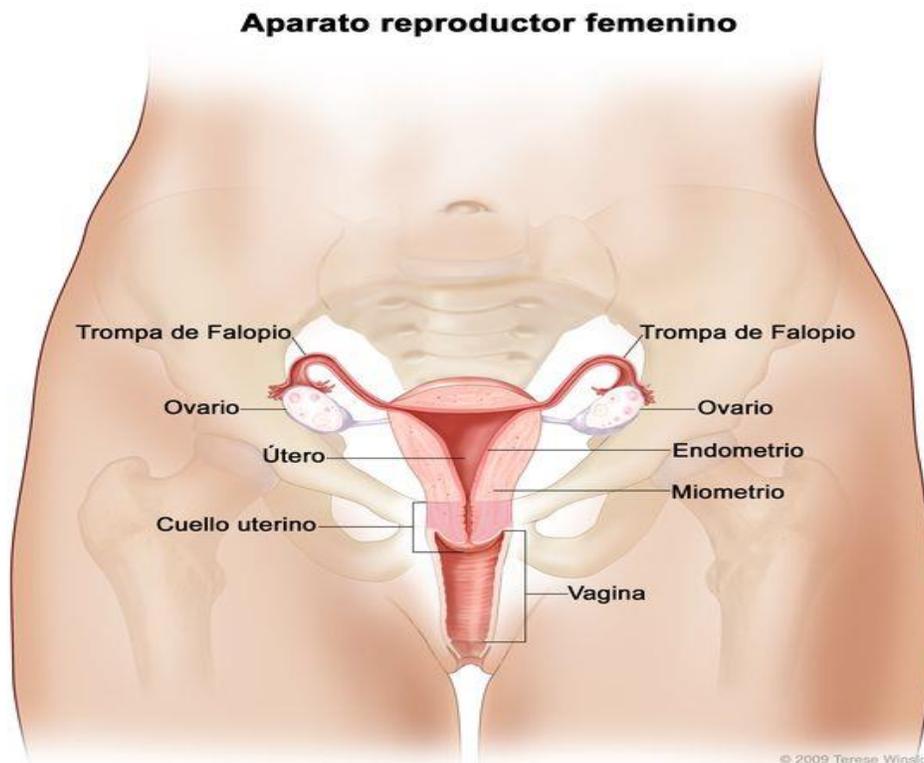
42. Enfermeriacelayane. Unidad didáctica 7: Cuidados de enfermería a la persona para favorecer el equilibrio de líquidos y electrolitos. Ugto.mx. 2018. [accessed 12 Aug 2021] Available from: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-7-cuidados-de-enfermeria-a-la-persona-para-favorecer-el-equilibrio-de-liquidos-y-electrolitos/>
43. Balance hídrico en el paciente.org. [accessed 12 Aug 2021] Available from: <http://ual.dyndns.org/Biblioteca/Fundamentos%20de%20Enfermeria/Pdf/Unidad%2007.pdf>
44. bliccathemes. Asesoramiento nutricional. Albertoguitian.es. [accessed 24 Aug 2021] Available from: <http://www.albertoguitian.es/especialidades/asesoramiento-nutricional>
45. Sld.cu. [accessed 24 Aug 2021] Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500014
46. Abete I, Cuervo M, Alves M, Alfredo Martínez J. AUTORES. Sennutricion.org. [accessed 24 Aug 2021] Available from: https://sennutricion.org/media/Docs_Consenso/3-IDR_Poblaci__n_Espa__ola-FESNAD_2010_C1-Fundamentos_de_nutrici__n.pdf
47. Medina Cordero A, Feria Lorenzo DJ, Oscoz Muñoa G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. *Enferm glob.* 2009;(17):0–0.
48. González Gómez A, Montalvo Prieto A, Herrera Lían A. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enferm glob.* 2016;16(1):266.
49. Edu.co. [accessed 12 Aug 2021] Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9776/Tesis02.pdf?sequence=3>

50. Rojas AJC. TRASTORNO DE LA MOVILIDAD FÍSICA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA E INTERVENCIÓN. Anierte-nic.net. [accessed 12 Aug 2021] Available from: http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_transtorno_movilidad.pdf
51. Muñoz E. La importancia del autocuidado, también en personas con dependencia. Blogspot.com. [accessed 12 Aug 2021] Available from: http://educacionpapps.blogspot.com/2013/05/la-importancia-del-autocuidado-tambien_24.html
52. Cabrera Montesinos R, Castro Arias M, Tápanes Morejón JL, Durán Arrieta G. Método físico para la regulación de la temperatura corporal. Rev Cubana Enferm. 1997;13(2):80–5.
53. Juárez P. Plan de cuidados de enfermería en el paciente con riesgo de hipotermia en el periodo perioperatorio, a propósito de un caso. Revista-portalesmedicos.com. 2019. [accessed 12 Aug 2021] Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-con-riesgo-de-hipotermia-en-el-periodo-perioperatorio-a-proposito-de-un-caso/>
54. González Gómez A, Montalvo Prieto A, Herrera Lían A. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. Enferm glob. 2016;16(1):266.
55. Medicos P. La familia como parte de los cuidados de los pacientes. Revista-portalesmedicos.com. 2013. [accessed 5 Aug 2021] Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/familia-cuidados-pacientes/>
56. Andalucía D. Cómo establecer un buen apego. Easp.es. [accessed 12 Aug 2021] Available from: https://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/07/cuidadores_apego.pdf
57. Cerda Muñoz L. Lactancia materna y gestión del cuidado. Rev Cubana Enferm. 2011;27(4):327–36

ANEXOS



Anexo 1. Representación gráfica que indica que las acciones que realizan las personas están motivadas por una serie de necesidades, desde las más básicas hasta las más avanzadas. De modo que las personas buscar primero cubrir las necesidades más básicas o primarias. Maslow, A. (1943) "Pirámide de Maslow", [Imagen]. Recuperado de: <https://www.lifeder.com/piramide-de-maslow/>



LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):
tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: **la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR

4	3	2	1
ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN
			

VERBAL

5	4	3	2	1
ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA
				

MOTORA

6	5	4	3	2	1
ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
					
			(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____	EDAD: _____	SEXO: _____
DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____	SERVICIO: _____	
DIRECCIÓN: _____		
TELÉFONO: _____	NOMBRE DEL / INFORMANTE: _____	
OCUPACION DEL PACIENTE: _____		

II. VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. OXIGENACIÓN

RESPIRATORIO					
FRECUENCIA RESPIRATORIA : _____					
RITMO	PROFUNDIDAD	TIPO	RUIDOS ANORMALES	OBSERVACIONES	
Normal	Superficial	Kusmaull	Crepitantes		
Taquipnea	Profunda	Ortopnea	Broncoespasmo		
Bradipnea		Disnea	Sibilancias		
		Cheynes Stokes	Estertores		

CARDIACO					
FRECUENCIA CARIACA: _____		PULSO: _____		TENSION ARTERIAL: _____	
RITMO	PULSO	OBSERVACIONES			
Taquicardia	Rebotante				
Bradicardia	Taquisfignia				
Arritmia	Bradisfignia				
	Filiforme				

COLORACION TEGUMENTARIA			
Cianosis Distal: _____	Cianosis peribucal: _____	Palidez: _____	Llenado Capilar: _____

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: _____	Peso ideal: _____	Talla: _____	Perímetro abdominal: _____	Perímetro Cefálico: _____
A perdido o ganado peso (cuanto) : _____				
Complejión: Delgado: _____		Obesidad : _____	Caquéxico: _____	Otro: _____
ALIMENTO				
TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES				OBSERVACIONES
Blanda: _____	Normal: _____	Papilla: _____	Astringente: _____	
Laxante: _____	Suplementos: _____			
LIQUIDOS				

CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:		TIPO DE LIQUIDOS INGERIDOS			OBSERVACIONES
< de 500ml		Agua natural:	Agua de sabor natural:	Tè:	
500 a 1000ml		Jugos:	Refrescos:	Café:	
>de 1000ml		Cerveza:	Otros:		

DATOS DIGESTIVOS							OBSERVACIONES
Anorexia:	Náuseas:	Vómito:	Indigestión:	Hematemesis:	Pirosis:		
Distensión abdominal:	Masticación dolorosa:	Disfagia:	Polidipsia:	Polifagia:			
Polifagia:	Odinofagia:	Sialorrea:	Regurgitación:	Otro:			

3. ELIMINACIÓN

ELIMINACION INTESTINAL							OBSERVACIONES
TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA		
Fisiológica:							
Forzada:							
DATOS DE ELIMINACION INTESTINAL							
Estreñimiento:	Flatulencia:	Rectorragia:	Incontinencia:	Melena:			
Pujo:	Tenesmo:	Otros: _____					

ELIMINACIÓN URINARIA							OBSERVACIONES
Tipo	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR			
Fisiológica:							
Forzada:							
DATOS DE ELIMINACION URINARIA							
Nicturia:	Anuria:	Disuria:	Enuresis:	Incontinencia:	Poliuria:		
Iscuria:	Oliguria:	Opsiuria:	Polaquiuria:	Tenesmo:	Urgencia:		
Otros: _____							

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): _____		OBSERVACIONES
Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): _____		
Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): _____		

5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?:		¿Siente descanso cuando duerme?:		OBSERVACIONES
¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?:		¿Toma algún medicamento para dormir?		
¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?:				
CARACTERÍSTICAS				
Insomnio:	Bostezos frecuentes:	Se observa cansado:	Presenta ojeras: _____	
_____	_____	_____		
Ronquidos:	Somnoliento:	Irritabilidad:	Otros: _____	
_____	_____	_____		

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Cada cuando hace el cambio de ropa interior y exterior? _____	OBSERVACIONES
Necesita ayuda para vestirse: _____	
Tipo de ropa preferida: _____	

7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: _____	Axilar: _____	Frontal: _____	Otica: _____	Oral: _____	Rectal: _____	OBSERVACIONES
Escalofríos: _____	Piloerección: _____	Diaforesis: _____	Hipotermia: _____	Hipertermia: _____		
Distermias: _____	Fiebre: _____	Rubicundez facial: _____	Otros: _____			
PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS			HABITACIÓN			
Matutino: _____	Fría: _____	Húmeda: _____	Templada: _____			
Vespertino: _____	Ventilada: _____	Poco ventilada: _____				
Nocturno: _____	Otros: _____					

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE PERSONAL							OBSERVACIONES
BAÑO. Regadera: _____	Tina: _____	Esponja: _____	Aseos parciales: _____	Aseos de cavidades: _____			
FRECUENCIA DEL BAÑO. Diario: _____	Tres veces a la semana: _____	1 vez a la semana: _____	Otro: _____				
MUCOSA ORAL							
Seca: _____	Hidratada: _____	Estomatitis: _____	Caries: _____	Gingivitis: _____	Úlceras: _____	Aftas: _____	
Sialorrea: _____	Xerostomía: _____	Flictenas: _____	Halitosis: _____				
Características de la lengua: _____				Otros: _____			
DIENTES							
Frecuencia del lavado: _____	1 vez al día: _____	2 veces al día: _____	3 veces al día: _____				
Cantidad de dientes: _____							
Características de los dientes: _____	Amarillos: _____	Blancos: _____	Picados: _____	Sarro: _____	Caries: _____		
Otros: _____							

PIEL							OBSERVACIONES
COLORACION: _____	Palidez: _____	Cianosis: _____	Ictericia: _____	Rubicundez: _____	Cloasma: _____		
Melasma: _____	Angiomas: _____	Manchas: _____	Rosado: _____	Grisácea: _____	Apañonada: _____		

Morena clara: _____	Morena intensa: _____	Morena media: _____	Hiperpigmentación: _____			
TEMPERATUR A.	Fría: _____	Caliente: _____	Tibia: _____	Otras: _____		
TEXTUR A.	Edema: _____	Celulitis: _____	Áspera: _____	Turgente: _____	Escamosa: _____	Lisa: _____
Seca: _____	Agrietada: _____	Otras: _____				
ASPECTO Y LESIONES.	Maculas: _____	Pápulas: _____	Vesículas: _____	Pústulas: _____	Nódulos: _____	
Úlceras: _____	Erosiones: _____	Fisuras: _____	Costras: _____	Red venosa: _____	Escaras: _____	
Tubérculos: _____	Escaras: _____	Callosidades: _____	Isquemias: _____	Nevos: _____	Tatuajes: _____	
Prurito: _____	Petequias: _____	Equimosis: _____	Hematomas: _____	Masas: _____	Verrugas: _____	
Signos de maltrato: _____	Quemaduras: _____	Infiltración: _____	Ronchas o habones: _____			
Otros: _____						

UÑAS							
<i>Coloración y características</i>							
Quebradizas: _____	Micosis: _____	Onicofagia: _____	Bandas Blancas: _____	Amarillentas: _____	OBSERVACIONES		
Cianóticas: _____	Estriadas: _____	Convexas: _____	Coiloniquia: _____	Leuconiquia: _____			Grisáceas: _____
Hemorragias subungueales: _____	Deformadas: _____	Rosadas: _____	Otras: _____				

CABELLO						
Largo: _____	Corto: _____	Lacio: _____	Quebrado o chino: _____	Limpio: _____	Sucio: _____	OBSERVACIONES
Desalineado: _____	Seborreico: _____	Fácil desprendimiento: _____	Alopecia: _____	Distribución: _____		
Implantación: _____	Zooriasis: _____	Pediculosis: _____	Quebradizo: _____	Caspa: _____	Otro: _____	

OJOS					OBSERVACIONES
Simetría: _____	Asimetría: _____	Tumores: _____	Hemorragias: _____	Separación ocular: _____	
Edema palpebral: _____	Secreción: _____	Ojeras: _____	Tics: _____	Dolor: _____	
Pestañas integrales o lesionadas: _____	Exoftalmos: _____	Enoftalmos: _____	Fosfenos: _____	Uso de lentes: _____	

OÍDOS					OBSERVACIONES
Dolor: _____	Cerumen: _____	Otorrea: _____	Edema: _____	Auxiliares auditivos: _____	
Deformidades: _____	Hipoacusia: _____	Acusia: _____	Acufenos: _____		

9. EVITAR PELIGROS

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS			OBSERVACIONES
Esquema de vacunación. Completo: _____	Incompleto: _____		
Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): _____			
Cuando existe algún malestar usted hace. _____	Ir al médico: _____	Tomar un medicamento que este en casa: _____	
Número de personas con las que vive y parentesco: _____ _____ _____			
Convive con animales (cuales y cuantos): _____			
En cada hay fauna nociva o domestica: _____			
En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): _____			
En casa hay farmacodependientes y alcoholismo: _____			
¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura): _____ _____ _____			

ESTADO NEUROLÓGICO						OBSERVACIONES
Alerta: _____	Orientado (tiempo, espacio, lugar): _____	Confusión: _____	Parálisis: _____	Hemiplejia: _____		
Movimientos anormales: _____	Hipervigilia: _____	Hemiparesia: _____	Parestesia: _____	Dislalia: _____		
Dislalia: _____	Hiperactividad: _____	Déficit de atención: _____	Agresividad: _____	Letárgico: _____		
Excitabilidad motriz: _____	Alucinaciones: _____	Fobias: _____	Otros: _____			

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA		OBSERVACIONES
Riesgos físicos / materiales:	_____	
Riesgos ambientales:	_____	
Riesgos familiares:	_____	
Riesgos familiares:	_____	

10. COMUNICACIÓN

Pertenece a un grupo social: _____							
Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.): _____							
HABLA							
TIPO DE COMUNICACIÓN	Oral: _____	Escrita: _____	Señas: _____	Visual: _____	OBSERVACIONES		
TIPO DE HABLA:	Entendida: _____	Poco clara: _____	Incompleta: _____	Incoherente: _____			Pausado: _____
Tartamudeo: _____	Balbuceo: _____	Dislexia: _____	Afasia: _____	Dislalia: _____			Dialecto: _____

PERSONALIDAD						
Alegre: _____	Tímido: _____	Violento: _____	Sarcástico: _____	Noble: _____	Pasivo: _____	OBSERVACIONES
Hiperactivo: _____	Enojo: _____	Impulsivo: _____	Retador: _____	Superioridad: _____	Inferioridad: _____	
Otro: _____						

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que practica y frecuencia de asistencia: _____	OBSERVACIONES
Valores que se consideran importantes: _____	
¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?: _____	
¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?: _____	

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc)		
Ingreso	económico	mensual:

¿La enfermedad causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? _____		
¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles? : _____ _____		
		OBSERVACIONES

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?: _____	OBSERVACIONES
¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: _____	
¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: _____	
¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: _____	

14. APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD	
Escolaridad del paciente: _____	OBSERVACIONES
Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente): _____	
¿Qué le gustaría estudiar?: _____	
¿Qué le gustaría aprender?: _____	

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD				
¿Sabe cuál es su estado de salud actual?: Bueno _____	Malo: _____	Regular: _____	No se: _____	OBSERVACIONES
Se ha tomado estudios de laboratorio: Si: _____	No: _____	Cuales: _____		
¿Cuántas veces al año acude al médico general?: _____				
¿Cuántas veces al año acude al dentista?: _____				
¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente? : _____				

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

MUJER		
Edad de la menarca: _____	Ritmo, flujo, de menstruación: _____	OBSERVACIONES
Dismenorrea: _____	Fecha de última menstruación: _____	
Higiene de zona íntima (frecuencia, uso de sustancias etc.): _____		
¿Se ha realizado Papanicolaou y cuando fue la última vez?: _____		

¿Cuáles han sido sus resultados y tratamientos?: _____			
¿Se ha realizado mastografía y cuando fue la última vez?: _____			
¿Sabe realizarse la exploración de mama?: _____			
¿Cuál es su método de planificación familiar?: _____			
¿Cuándo inicio la menopausia?: _____			
Numero de gestaciones: _____	Número de partos: _____	Número de cesáreas: _____	Número de abortos :_____
Todos sus hijos viven: _____			
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: _____			

HOMBRE	
Higiene de zona genital (frecuencia, uso de sustancias etc.): _____	OBSERVACIONES
¿Se ha realizado el antígeno prostático?: _____	
¿Le han realizado exploración médica genital?: _____	
¿Cuál es su método de planificación familiar?: _____	
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: _____	

ESTUDIOS PARACLÍNICOS
Exámenes de Laboratorio Generales:
Exámenes de Laboratorio Especiales
Estudios de Gabinete

TRATAMIENTO MÉDICO

FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
			Etiqueta diagnóstica: Patrón Dominio Clase	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
			Etiqueta diagnóstica: Patrón: Dominio: Clase:	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
			Etiqueta diagnóstica: Patrón: Dominio: Clase	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
			Etiqueta diagnóstica: Patrón: Dominio: Clase	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
			Etiqueta diagnóstica: Patrón: Dominio: Clase	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: _____ CLASE: _____ DOMINIO: _____ CLASE: _____

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>ETIQUETA:</p> <p>FACTOR RELACIONADO</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p>	<p>RESULTADO ESPERADO:</p> <p>ESCALA LIKERT</p>			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</p>				

CAMPO: CLASE: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: _____
--

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
