



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO
"ATENCIÓN A LA PACIENTE CON DESGARRO GRADO III EN EL PUERPERIO
INMEDIATO"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

NEREIDA LIZETH ACOSTA RODRIGUEZ

SAN LUIS POTOSÍ S.L.P.

NOVIEMBRE DE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO
"ATENCIÓN A LA PACIENTE CON DESGARRO GRADO III EN EL PUERPERIO
INMEDIATO"

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

NEREIDA LIZETH ACOSTA RODRIGUEZ

ASESOR: L.E.O.Luz Esperanza Hernández Terrazas

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM



CLAVE 8715/12

CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO DE CUIDADO ENFERMERO
PARA LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de:
NEREIDA LIZETH ACOSTA RODRÍGUEZ

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“Proceso Cuidado Enfermero atención a la paciente puérpera con desgarro grado III”

En esta vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería.

L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas

Tutor

L.E.O. Agripina García Gutiérrez
Secretaria

ME y AS Clara Elena Infante Granja

Presidenta

ME y AS Rita de Guadalupe
Martínez Rocha
Vocal

ÍNDICE

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS	7
RESUMEN	8
II. INTRODUCCIÓN	9
III. JUSTIFICACIÓN	11
IV. OBJETIVOS	13
4.1 OBJETIVO GENERAL	13
4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	13
V. MARCO TEÓRICO	14
5.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA	14
5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	16
5.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	16
5.4 MODELO TEÓRICO UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	17
5.4. 1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO	20
5.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO	21
5.5.1 VALORACIÓN	21
5.5.2 DIAGNÓSTICO	23
5.5.3 PLANEACIÓN	25
5.5.4 IMPLEMENTACIÓN	25
5.5.5 EVALUACIÓN	26
5.5.6 PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA PERSONA (PATOLOGÍA, CONCEPTO, EPIDEMIOLOGÍA ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS Y TRATAMIENTO)	27
VI. RESUMEN DE CASO CLÍNICO	35
6.1 VALORACIÓN CLÍNICA DE SUJETO DEL CUIDADO (PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON)	36
6.2 DIAGNÓSTICO ENFERMERO	42
VII. PLAN DE ALTA	54
VIII. CONCLUSIONES	61

IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	62
X. GLOSARIO DE TÉRMINOS	69
XI. ANEXOS	

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi tutor L.E.O. Lorenza Martínez Salvador, quien con sus conocimientos y apoyo me guio a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados que buscaba.

Quiero agradecer a todos mis compañeros y a mi familia, por apoyarme aun cuando mis ánimos decaían. En especial, quiero hacer mención a Paulo Julián Trejo Saldaña y mis padres, que han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro, como una meta más conquistada. Gracias por ser quienes son y por creer en mí.

Muchas gracias a todos.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los desgarros de 3er y 4to grado son la causa más frecuente de incontinencia anal después del parto. Afectan a 1 de cada 20 mujeres, un tercio de éstas por lesión no diagnosticada (oculta) y lesión reconocida; con reparación primaria se encuentra entre 15 y 59% (Marín). El Puerperio se puede considerar un periodo donde hay cambios anatomo- fisiológicos de la madre que conllevan una problemática en la morbimortalidad materna. El modelo teórico establecido para la paciente púérpera se enfoca en la teórica Mercer en su rol maternal. **OBJETIVO:** Aplicar el Proceso de Atención de enfermería a la paciente con desgarro grado III en puerperio para identificar problemas de salud mediante la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. **METODOLOGÍA:** Para el proceso cuidado enfermero se realizó una valoración de una paciente púérpera apoyado en el modelo teórico de Mercer para una así realizar una valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon con apoyo de la taxonomía NANDA, NIC, NOC, así como elaborar un plan de alta domiciliario. **RESULTADO:** Se logró aliviar el dolor local, así como prevenir riesgo de infección. **CONCLUSIÓN:** La implementación de técnicas no invasivas como ejercicios físicos y compresas de agua tibia disminuye el riesgo de desgarros perineales en la fase expulsiva del parto, debido a que ayuda a mejorar la elasticidad y resistencia de la región perineal, mejorando y adaptando el periné para la labor de parto y facilita el período expulsivo. **PALABRAS CLAVE:** Puerperio, Proceso de Atención de Enfermería, Desgarro.

II. INTRODUCCIÓN

“Los desgarros vaginales durante el parto, también llamados laceraciones o desgarros perineales, suceden cuando la cabeza del bebé que sale de la abertura vaginal es demasiado grande y la vagina no se estira con facilidad.” (Clinic, 2019)

Después del parto, suelen aparecer habitualmente algunos síntomas, pero por lo general son leves y temporales. Las complicaciones que se dan con mayor frecuencia son las siguientes: sangrado excesivo (hemorragia puerperal o hemorragia posparto), infecciones uterinas, Infecciones de la vejiga y los riñones, mastitis, problemas relacionados con la lactancia, desgarros y depresión.

“Los desgarros de 3er y 4to grado son la causa más frecuente de incontinencia anal después del parto. Afectan a 1 de cada 20 mujeres, un tercio de éstas por lesión no diagnosticada (oculta) y lesión reconocida; con reparación primaria se encuentra entre 15 y 59%” (Marin, 2020)

“Alrededor del 65% de las mujeres que son sometidas a partos vaginales, presentan desgarros perineales. En México la tasa de desgarros de segundo y tercer grado representa el 0.8% de todos los partos vaginales. Como factores de riesgo de desgarros perineales tenemos la primiparidad, presentando el 73% de desgarros perineales moderados y del 1 al 19% de partos vaginales con laceración esfinteriana con desgarros de 3er y 4to grado; además constituyen como riesgos: el índice de masa corporal elevado, la posición fetal y la diabetes gestacional” (Echeverría Rengiffo, 2020)

“Estudios realizados han demostrado una incidencia, de hasta el 60% de incontinencia anal, dolor perineal o dispareunia después de una lesión obstétrica perineal grave, estas lesiones 5 pueden estar ocultas, diagnosticadas mediante imágenes endosonográficas después de un parto o un desgarro clínicamente evidente” (Echeverría Rengiffo, 2020)

“La episiotomía es una técnica quirúrgica que se practica a nivel de la región perineal con el fin de facilitar la expulsión del feto ocasionado una abertura más grande para la salida del mismo” (Echeverría Rengiffo, 2020)

“Esta práctica trae muchos beneficios ya que reduce la hipoxia fetal, previene los desgarros perineales de tercer y cuarto grado, pero la mala práctica de esta trae desventajas ya que lesiona al esfínter anal, debido a que si estas no son atendidas de manera oportuna repercuten en la salud y calidad de vida de la mujer ocasionando problemas como dolor crónico en la región perineal, dolor durante las relaciones sexuales, disfunción del suelo pélvico y entre los más comunes que mayor repercusión tiene en la salud de las embarazadas es la incontinencia urinaria y fecal”. (Echeverría Rengiffo, 2020)

Tal morbilidad interfiere con las actividades normales de la mujer: dificulta la alimentación al seno materno, por la incapacidad para mantenerse sentada, afecta la función intestinal y la actividad sexual.

En este contexto, las secuelas inmediatas de la lesión del esfínter anal incluyen dolor, infección, dispareunia, disfunción sexual, mientras que el principal efecto a largo plazo es la incontinencia anal sin dejar de mencionar a las fístulas recto-vaginales y las infecciones genito-urinarias de repetición asociadas a ellas. Así, los desgarros perineales graves afectan a las mujeres durante o inmediatamente después del evento obstétrico, y pueden deteriorar en forma importante la calidad de vida relacionada a la salud de las mujeres en el largo plazo.

Por lo tanto, el proceso de atención de enfermería se enfoca en una paciente con desgarro grado III en el puerperio de estado inmediato, incluye la recolección de datos mediante la anamnesis basado en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, así como las etapas del proceso de atención de enfermería las cuales son: valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación.

Se realiza un análisis para elaborar diagnósticos de enfermería en base a la taxonomía NANDA, NOC, NIC, dándole prioridad a los principales patrones alterados y así identificar problemas reales y/o potenciales para poder llevar a cabo las intervenciones de enfermería y diseñar un plan de alta individualizado para la prevención y restablecimiento de la salud e incorporándolo a su entorno familiar

III. JUSTIFICACIÓN

“Los desgarros de 3er y 4to grado son la causa más frecuente de incontinencia anal después del parto. Afectan a 1 de cada 20 mujeres, un tercio de éstas por lesión no diagnosticada (oculta) y lesión reconocida; con reparación primaria se encuentra entre 15 y 59%” (Marin, 2020)

“Entre las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención del parto se encuentran los desgarros perineales. “Cerca del 73% de las nulíparas presentan un desgarro perineal moderado y del 2.2% al 19% de los partos vaginales cursan con una laceración del esfínter anal. Por otra parte, la prevalencia de incontinencia anal después de la reparación primaria de un desgarro del esfínter va del 15% al 59%”. (CONAMED, 2019)

La probabilidad de un desgarro aumenta considerablemente cuando se trata de un primer embarazo, debido a que los distintos tejidos no están tan flexibles, por lo que les suele costar más estirarse hasta el punto de permitir que el bebé pueda salir sin riesgo a que se produzca un estiramiento excesivo, y con ello, una laceración o desgarro.

Debido a la presión ejercida por la cabeza del bebé cuando se empuja, experimenta laceraciones o desgarros en el perineo, por lo cual la realización de episiotomía “apoya en prevenir el riesgo de desgarro perineal y es de polémica sobre los trastornos de la estática pélvica, facilitando abreviar la expulsión fetal y maniobras obstétrica el cuál se describen dos tipos: necesaria y profiláctica; depende fundamentalmente de la textura, de la conformación del periné, de las características fetales, posición fetal y variedades, presentación y presencia o no de partos precipitados o abruptos” (IMSS, 2017)

De modo que la necesidad de elaborar el Proceso Cuidado Enfermero es para detectar la sintomatología y los factores de riesgo existentes en el paciente, fomentar el autocuidado, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, mejorar la calidad de vida.

El desarrollo de este proceso de atención de enfermería está basado en una paciente con desgarro grados III en puerperio inmediato, del cual se valora para obtener una serie de información en la anamnesis del paciente

El proceso de atención de enfermería (PAE) "se basa en la recopilación de información del paciente determinado, permitiendo identificar problemas de salud, objetivos reales e intervenciones individualizadas para la atención de calidad y holística del paciente, familia y comunidad, así mismo permite estar informado de cualquier antecedente que pueda ayudar a la mejora de la salud del paciente" (G R. & Nadia, 2010)

La elaboración de dicho proceso incluye varias etapas que son la valoración el cual se enfoca principalmente en la recolección de datos, el diagnóstico se fundamenta en la identificación de problemas que pueda llegar a presentar la paciente, la planeación determina los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, implementación es la fase de las acciones de enfermería y evaluación que es la comparación de los datos recogidos con los resultados esperados.

Conviene subrayar que se ha utilizado como herramienta la valoración a través de los Patrones Funcionales, propuesta por Marjory Gordon, enfocando su atención en 11 patrones que se centran en la salud de las personas tomando en cuenta el modelo teórico del rol maternal de Ramona T. Mercer incluye tres sistemas: microsistema, mesosistema y macrosistema.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son activos en promover la prevención de la morbilidad materno-fetal secundaria a hemorragias postparto. Para ello se han elaborado guías de acción, protocolos de estudio de factores de riesgo y consentimientos informados, todos basados en medicina basada en la evidencia y considerando las opiniones de expertos.

"Se recomienda la realización de ejercicios del piso pelviano como prevención. Existe consenso en cuanto a que las lesiones no visibles clínicamente y asintomáticas no deben recibir reparación primaria ya que se pueden prevenir antes en el proceso del trabajo de parto con ejercicios para apoyar en la elasticidad del piso pélvico". (Ucles Villalobos, 2015) así como lo son los masajes perineales antes y durante el parto, ejercicios de elasticidad, el colocar calor mediante compresas tibias, el cambio de posición para la atención del parto ayudan y apoyan a disminuir los desgarros postparto.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un caso clínico individualizado de una paciente con desgarro grado III en el puerperio inmediato mediante el Proceso Cuidado Enfermero apoyándose en el modelo teórico del rol maternal de Ramona T. Mercer para el restablecimiento de la salud

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar las necesidades reales y potenciales de la paciente con desgarro perineal en el puerperio inmediato
- Realizar una valoración de enfermería mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon
- Proporcionar un servicio de atención integral que ayude a mejorar el proceso de adaptación de la paciente puérpera.
- Fomentar el autocuidado en la paciente puérpera.
- Diseñar un plan de alta individualizado que permita favorecer actividades promotoras de salud.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA

Cabal menciona en su artículo que “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” (Cabal, 2011).

Por lo tanto, el cuidado que se puede llegar a brindar a un paciente se enfoca en el entorno directo con él, así mismo se podría llegar a conocer más al paciente para darle una mejor atención y satisfacer las necesidades del paciente casi al cien por ciento dándole una prioridad a los valores, creencias, y a nivel científico brindar los conocimientos al paciente para llevar una mejor calidad de vida.

Para enfatizar la profesión disciplinaria se puede catalogar como etapas las cuales son:

1. Etapa pre-profesional (desde las culturas más antiguas hasta antes del siglo XIX)
 - a. La enfermería era un oficio exclusivamente manual, su cuidado se enfocaba principalmente a personas con escasos recursos por personas con escaso nivel social.
 - b. “a partir del siglo XVIII los cuidados quedan completamente de los médicos y las enfermeras quedan suspendidas” (Belanger Madrid, 2014)
2. Etapa profesional: (desde finales del siglo XIX hasta la actualidad)
 - a. Esta etapa se caracteriza por los conocimientos teóricos y nacimiento de la profesión de enfermería gracias a la teórica Florence Nightingale
 - b. Nightingale mediante la observación detectó grandes deficiencias que la rodeaban y empezó a actuar y aplicar medidas de diferente manera con esto ayudó a disminuir la mortalidad de los soldados en gran porcentaje.
 - c. Nightingale “en su obra “notas sobre enfermería: qué y que no es enfermería (1959)” describió su concepción de la profesión, siendo el primer texto que define a la enfermería y su función” (Belanger Madrid, 2014). Gracias a la innovación que realizó Nightingale a inicios del siglo XIX la enfermería pasó a ser una profesión y esto llevó a que se empezaran a crear nuevas escuelas de enfermería.

- d. A mediados del siglo XX aparecen diferentes teóricas (dando un ejemplo como Pepleau, Henderson entre otros) permitieron desarrollar conocimientos en la profesión de enfermería lo que atribuyó a la evolución independiente de una nueva profesión.
- e. "siglo XX nace el primer título de enfermería (practicante) que posteriormente fue modificado a ATS (Ayudante Técnico Sanitario. Este título supone un periodo oscuro en la evolución de la profesión ya que expresa la actividad de enfermería reconociendo cierta delgada al testamento médico. No es hasta hace aproximadamente 20 años más tarde cuando aparece la primera diplomatura de enfermería reconociendo cierta autonomía profesional en la práctica asistencial" (Belanger Madrid, 2014)
- f. 1999 la creación del espacio Europeo de Educación Superior permite la aprobación del grado de enfermería. (Belanger Madrid, 2014)
- g. 1989 se fundó el primer CIE la cual se considera la primera organización internacional de profesionales de salud a nivel mundial dirigida por enfermeras. (Belanger Madrid, 2014)

Cada teórica ha ofrecido su visión del rol de enfermería y su función por mencionar a algunas por ejemplo Dorothea Orem (1914) formuló su concepto de enfermería en relación con el autocuidado, considerando que este colectivo debía "influir en las personas para que llevaran a cabo el logro del propio autocuidado, evitando la interferencia de otras personas, objetos o circunstancias". (Belanger Madrid, 2014)

Para Callista Roy (1939) los cuidados de enfermería tienen como fin sostener y promover la adaptación de la persona a la que se cuida. "El fin es ayudar a la persona que se cuida a alcanzar el estado de adaptación que le permita responder a los demás estímulos". (Belanger Madrid, 2014).

Virginia Henderson (1966) afirmó que la función de enfermería es "ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad el conocimiento necesario y hacerlo

de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible". (Belanger Madrid, 2014).

Martha Rogers (1914) introdujo la enfermería como ciencia. Para ella la enfermería era una "profesión aprendida en la aplicación de una ciencia y arte. Tiene como meta servir al hombre." (Belanger Madrid, 2014).

Para consolidarse como disciplina científica, enfermería dispone no sólo de un cuerpo de conocimientos propios si no de su método científico para aplicar el conocimiento conocido como "Proceso Cuidado Enfermero (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática" (Belanger Madrid, 2014)". Se trata de un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería.

5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Según la Real Academia Española define el cuidado como: "solicitud y atención para hacer bien algo" (RAE, 2020)

Para Juárez y García la revisión acerca del cuidado de enfermería, lleva a "la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, es la atención y apoyo, para que de esta manera se pueda brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios" (Juarez Rodríguez & García Campos , 2009), la atención de enfermería se debe enfocar en la atención integral y con calidad para dar un mejor servicio para que el paciente pueda recuperar con mayor rapidez su estado de salud.

5.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Díaz Aguilar menciona que "este proceso consiste en la aplicación del método científico, como método sistemático que permite fundamentar la práctica de los cuidados, en pos de mejorar la atención brindada a las personas" (Diaz Aguilar , 2013).

Con esto nos lleva a determinar que el proceso de atención de enfermería se centra en los cuidados con una fundamentación científica para evitar errores por una mala práctica gracias a los autores que consideraron para el proceso cuidado enfermero estas

herramientas en la actualidad son necesarias para brindar una mejor atención más sistematizada que son la valoración, planificación, ejecución y evaluación.

Como antecedentes históricos, "el PAE (Proceso de Atención de Enfermería) tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Jhonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963. Consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación". (Elsó Galvez , 2007)

"La etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando desde entonces el PAE como actualmente conocemos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación. Como todo método, el PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, y aunque se estudien por separado todas las etapas se superponen" (Elsó Galvez , 2007)

La importancia principal se centra en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad. El proceso de atención de enfermería le impide omisiones o repeticiones innecesarias optimizando el tiempo, además de poder realizar una valoración continua del paciente, gracias a la etapa de evaluación, que permite la retroalimentación del proceso.

5.4 MODELO TEÓRICO UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

"Ramona T. Mercer comenzó su carrera de enfermería en el año de 1950, en la escuela de enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama). Recibió el premio L; L. Hill por su excelencia en sus estudios". (Marrienier , 2011)

"En 1962 se licencio en enfermería en la universidad de Nuevo México (Albuquerque), en 1964 obtuvo la licenciatura en enfermería materno-infantil en la universidad de Emory y completo su doctorado en la universidad de Pittsburgh en 1973". (Marrienier , 2011)

“Luego se trasladó a California y fue profesora asistente del departamento de enfermería del cuidado de la salud familiar de la universidad de California, en San Francisco. En 1977 fue ascendida a profesora asociada y en 1983 aceptó un cargo de profesora titular que desempeñó hasta su jubilación en 1987. Mercer ha recibido varios premios”. (Marrienier , 2011)

“En 1963 cuando trabajaba y estudiaba enfermería recibió el premio del departamento de salud, educación y servicio público de salud y bienestar de la universidad de Emory, recibió la beca Bixler para la educación e investigación enfermeras, del consejo regional del sur para estudios de doctorado”. (Marrienier , 2011)

“En 1982 recibió el premio de enfermería materno-infantil. En la escuela de enfermería de San Francisco recibió el cuarto premio anual Helen Nahm premio al profesor en 1984. Los premios que Mercer ha obtenido gracias a sus investigaciones son: sociedad americana en psicoprofilaxis en obstetricia 1987, el distinguido premio de la cátedra de investigación occidental del instituto de enfermería en 1988 y una distinguida contribución de la fundación científica americana de enfermeras del premio en 1990”. (Marrienier , 2011)

FUENTES TEÓRICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA

“El estímulo para la investigación y el desarrollo de la teoría proviene de la admiración de Mercer por su profesora y tutora, Reva Rubin, en la universidad de Pittsburgh, también utilizó las teorías de rol y desarrollo, utilizó un planteamiento interactivo con respeto a la teoría del rol, recurriendo a la teoría de Mead (1978), se basó en el proceso de adquisición de rol de Thornton y Nardi (1973), así como el trabajo de Burr, Leigh, Day y Constantine (1979). Además, utilizó las teorías de Werner del proceso de desarrollo (1968) y su modelo de adopción del rol maternal.” (Marrienier , 2011)

METAPARADIGMA

PERSONA

“La individualización de una mujer puede aumentar su conciencia como persona. El núcleo propio evoluciona a través de un contexto cultural y determinan cómo las situaciones que se definen y se conforman.” (Marrienier , 2011)

“Los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol maternal. La madre como persona se considera una entidad independiente, pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa” (Marrienier , 2011)

CUIDADO O ENFERMERÍA

“La enfermería es una profesión dinámica con tres focos principales: fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar las base del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente; la enfermera proporciona asistencia a través de la formación y del apoyo, proporcionando cuidados con el cliente incapaz de proporcionárselos el mismo y se interpone entre el entorno y el cliente” (Marrienier , 2011).

“Enfermería se refiere 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” (Marrienier , 2011).

SALUD

“Define el estado de salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol enfermo. El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto. La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles” (Marrienier , 2011)

ENTORNO

“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” (Marrienier , 2011).

Para el proceso de cuidado enfermero se utilizó el modelo teórico de Mercer “que en su rol maternal que se sitúa en tres sistemas: microsistema, mesosistema y el macrosistema”. (Alvarado 2011). Como menciona el autor este modelo abarca todo el proceso de la atención para la mujer durante el embarazo parto y puerperio y el recién nacido que integra las necesidades de la mujer y el recién nacido a un contexto social y cultural donde pertenezcan.

5.4. 1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO

A continuación, se encuentran los elementos fundamentales que menciona el autor “Alvarado” (Alvarado, 2016)

1. El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores relacionados con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a "difuminar la tensión en la dualidad madre- niño". La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño.
2. “El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño”.
3. “El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal”

Dando un enfoque global de los 3 sistemas que marcan el autor Alvarado es que va desde el entorno particular del paciente que es que va el ámbito familiar (microsistema) cuando se llega a presentar una problemática y buscar la red de apoyo principal, posteriormente se va más allá de lo que lo rodea (mesosistema) que incluye la escuela, lugar de trabajo, transporte entre otros, al final de los sistemas se enfoca principalmente en los principios, valores y creencias que tiene la persona para desarrollarse en la sociedad y que tanto es la aceptación para el cuidado.

5.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO

"El proceso de cuidado enfermero es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales" (Secretaría de Salud de Veracruz, 2012) por lo tanto el proceso de atención de enfermería apoya a estandarizar un plan de cuidados para así brindar una mejor atención y mejor control para prevenir efectos contrarios en la atención del paciente.

5.5.1 VALORACIÓN

"Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física" (SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE VERACRUZ 2012).

Entre los métodos de valoración se encuentran 3 tipos los cuales son:

- Cefalocaudal: Sigue el orden de valoración de diferentes órganos del cuerpo, comenzando por el aspecto general de cabeza a pies.
- Sistemas y aparatos: Se valora de aspecto general y las constantes vitales, así como también cada sistema o aparato de forma independiente comenzando por las zonas afectadas.
- Patrones funcionales de Marjory Gordon: Es la recolección de datos sobre los hábitos y costumbres del individuo y familia.

La valoración se puede clasificar en dos tipos principalmente:

- Valoración general o de datos básicos: con ella se reúne información sobre todos los aspectos de la persona. Debe ser planificada, sistemática y completa desde un modelo de enfermería.
- Valoración focalizada: se realiza específicamente sobre la situación de un problema o de un aspecto dudoso y centran la atención sobre los problemas reales o potenciales.

Para la valoración tiene cuatro fases:

1. Recolección de datos: "Un dato es una información concreta que se obtiene de un paciente, familia o comunidad, y que hace referencia a su estado de salud. Los datos pueden ser objetivos o subjetivos. Los datos subjetivos son obtenidos mediante la entrevista clínica, y los datos objetivos mediante la observación y la exploración física". (Dueñas Fuentes , 2012)

a. Entrevista de Enfermería: "La entrevista es una técnica que no solo se utiliza para obtener los datos subjetivos de la salud de nuestro paciente, sino como medio para establecer una relación mutua de confianza. La entrevista está compuesta por las fases de inicio, cuerpo y cierre" (Dueñas Fuentes , 2012).

Los principales tipos de entrevista según su estructura son:

- i. Entrevista estructurada y dirigida.
- ii. Entrevista semiestructurada o semidirigida.
- iii. Entrevista no estructurada o libre.

Para crear una relación interpersonal terapéutica hay que desarrollar una buena comunicación tanto verbal, como no verbal. La comunicación verbal será clara, concreta y comprensible, y la comunicación no verbal corroborará o desmentirá la información transmitida por el paciente.

b. Observación: "Los datos obtenidos de la observación provendrán de los sentidos, del entorno, así como de la interacción entre ambos." (Dueñas Fuentes , 2012)

c. Exploración física:" Es el conjunto de procedimientos que realizamos las enfermeras tras realizar la entrevista clínica, con el fin de recoger una serie de

datos objetivos o signos, que corroboren o desmientan los datos subjetivos o síntomas que refiere el paciente.” (Dueñas Fuentes , 2012)

Las principales técnicas que realizamos las enfermeras en la exploración física son:

- i. Inspección.
- ii. Palpación.
- iii. Percusión.
- iv. Auscultación.

2. Validación de los datos:” la validación consiste en confirmar que los datos objetivos y subjetivos que se han obtenidos son verdaderos” (Dueñas Fuentes , 2012)

3. Organización de los datos: “en esta fase la información recogida será agrupada, de tal manera que se facilite y oriente la etapa de diagnosis” (Dueñas Fuentes , 2012)

4. Registro de la valoración: los objetivos de un registro correcto de la valoración son:

- a. Establecimiento de un sistema de comunicación entre el personal sanitario.
- b. Extraer conclusiones sobre la efectividad de los cuidados aplicados.
- c. Validar un testimonio legal.

5.5.2 DIAGNÓSTICO

"Es un juicio clínico sobre las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar" (Secretaria de Salud de Veracruz, 2012). El Diagnóstico de enfermería debe permitirle a la enfermera expresar su conclusión y ser vehículo de comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Según la taxonomía NANDA que se puede definir como “la práctica y ciencia de la categorización y la clasificación” ((American Psychological Association):Herdman, 2015-2018) el diagnóstico tiene una etiqueta y una definición. Para realizar un diagnóstico se necesita saber los indicadores diagnósticos los cuales se puede definir como: “los datos que se usan para diagnosticar y diferenciar un diagnóstico de otro. Estos indicadores

diagnósticos incluyen características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo". ((American Psychological Association):Herdman, 2015-2018)

- "Las características definitorias son pistas o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (p. ej., signos o síntomas)" ((American Psychological Association):Herdman, 2015-2018).
- "Los factores relacionados son un componente integral de todos los diagnósticos enfermeros focalizados en el problema. Los factores relacionados son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (p. ej., causa, factor contribuyente)" ((American Psychological Association):Herdman, 2015-2018)
"Los factores relacionados se hallan frecuentemente en la revisión de la historia del paciente. Siempre que sea posible, las intervenciones enfermeras deberían dirigirse a estos factores etiológicos de manera que se eliminen las causas subyacentes al diagnóstico enfermero" ((American Psychological Association):Herdman, 2015-2018)
- "Los factores de riesgo son factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable" ((American Psychological Association):Herdman, 2015-2018)

Para la elaboración de un diagnóstico la estructura va depender del tipo de diagnóstico que sea se divide en 3 tipos:

1. El Diagnóstico Real: Incluye una etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados).
2. El Diagnóstico Potencial o de Riesgo: Incluye la etiqueta, la definición de diagnóstico y los factores de riesgo asociados.
3. El Diagnóstico de Bienestar: Incluye la etiqueta, definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas)

5.5.3 PLANEACIÓN

"Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes." (Secretaría de Salud de Veracruz, 2012).

La planeación se centra principalmente en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) que se formulan como objetivos centrados en la persona cuidada. Los objetivos sirven a tres propósitos principales:

1. Son la vara de medir del plan de cuidados: este mide el éxito del plan de cuidados determinando si se han conseguido los resultados deseados.
2. Dirigen las intervenciones: se necesita saber qué pretende conseguir antes de poder decidir cómo lograrlo.
3. Son factores de motivación: tener un marco temporal específico para hacer las cosas pone a todos en marcha.

"También se pueden llamar a los objetivos metas u objetivos de la conducta. Independientemente de su denominación, su propósito es el mismo: definir la forma en que el profesional de enfermería y el paciente saben que la respuesta humana identificada en la exposición diagnóstica ha sido prevenida, modificada o corregida". (Arteaga Henao & LeFevre R, 2016)

Por tanto, los objetivos sirven también de anteproyecto para la evaluación del proceso, ya que los objetivos adecuados hacen posible determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería.

5.5.4 IMPLEMENTACIÓN

La implementación es la cuarta fase del proceso enfermero en la cual las enfermeras inician las intervenciones que están diseñadas para alcanzar los objetivos y los resultados esperados del plan de cuidados del paciente.

“Una intervención de cuidados directos es un tratamiento realizado mediante las interacciones con un paciente que pueden incluir procedimientos iniciados por la enfermera, por el médico y de colaboración” (Gallegos Lastra, 2015)

Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cabo por las enfermeras para:

1. Controlar el estado de salud.
2. Reducir los riesgos.
3. Resolver, prevenir o manejar un problema.
4. Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria.
5. Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

Las categorías enfermeras pueden clasificarse en dos categorías:

1. “Intervenciones de cuidados directos. Acciones realizadas mediante interacción directa con los pacientes. Los ejemplos incluyen ayudar a la persona a levantarse de la cama o hacer educación diabeto lógica”. (Gallegos Lastra, 2015)
2. “Intervenciones de cuidados indirectos. Acciones realizadas lejos del cliente, pero en beneficio de éste o de un grupo de pacientes. Estas acciones se dirigen al manejo del entorno de cuidados de la salud y la promoción de la colaboración multidisciplinar. Los ejemplos incluyen trasladar y controlar los resultados de los estudios de laboratorio, trasladar el enfermo de una habitación a otra, y contactar con la trabajadora social”. (Gallegos Lastra, 2015)

Considerar tanto las intervenciones directas como las indirectas ayuda a justificar el tiempo de las enfermeras. Si se fija únicamente en lo que la enfermera hace al paciente, pasa por alto una gran cantidad de tiempo que se dedica a otras actividades enfermeras cruciales.

5.5.5 EVALUACIÓN

“Esta etapa del proceso de enfermería, debe estar presente durante la ejecución del cuidado, por lo tanto, es un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir

el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería” (Secretaria de Salud de Veracruz, 2012)

El proceso de evaluación tiene dos etapas

1. La recolección de los datos sobre el estado de salud del paciente
2. La comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y el juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperado

5.5.6 PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA PERSONA (PATOLOGÍA, CONCEPTO, EPIDEMIOLOGÍA ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS Y TRATAMIENTO)

DESGARRO

Los desgarros vaginales durante el parto, también llamados laceraciones o desgarros perineales, suceden cuando la cabeza del bebé que sale de la abertura vaginal es demasiado grande para que la vagina se estira o es de un tamaño normal, pero la vagina no se estira con facilidad. (Clinic, 2019)

EPIDEMIOLOGÍA:

Las mujeres que sufrieron desgarros tipo III puntuaron con notas más altas las alteraciones relacionadas con la incontinencia anal. La incontinencia a heces sólidas se presentó en el 15,6% del grupo de desgarros frente a 5% del grupo control (López Pérez, 2018)

“la probabilidad de tener un desgarro perineal de tipo III o IV se multiplica aproximadamente por 8 en caso de que el parto sea instrumentado” (López Pérez, 2018)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgos asociados a desgarros de 3º y 4º grado son:

- Peso fetal > 4000 g
- Parto instrumental mediante Fórceps

- Episiotomía media
- Parto en primípara
- Distocia de hombros
- Parto en posición de litotomía o en cuclillas
- Maniobra de Kristeller
- Presentación cefálica con posición OP
- Segunda fase del parto de duración > 60 minutos

DIAGNÓSTICO:

“El diagnóstico de los desgarros se hace por inspección directa del canal de parto. Debe pensarse en la posibilidad de desgarro cuando se haya presentado un parto difícil, aplicación de fórceps, o ante la realización de una episiotomía media bien cuando después del parto se observe pérdida continua de sangre fresca y rutilante, aunque sea en cantidad escasa” (IMSS, 2008)

“En pacientes con desgarros perineales posparto el uso de antibióticos de amplio espectro es recomendable ya que el riesgo de infección es alto, considerando también el uso de metronidazol para cubrir la contaminación bacteriana anaeróbica por materia fecal” (IMSS, 2008)

TIPO DE DESGARRO PERINEAL. (anexo 1):

“La clasificación presentada, descrita por Sultán, ha sido adoptada por la International Consultation on Incontinence y por el RCOG. Si existe alguna duda sobre el grado de desgarro perineal detectado clínicamente, se considera más adecuado clasificarlo como uno de grado más alto que no en un grado inferior”. (Folch, 2016)

Grado Lesión anatómica (Folch, 2016)

Primer grado Sólo lesión de piel perineal

Segundo grado Lesión de músculos perineales sin afectar al esfínter anal

Tercer grado Lesión perineal que afecta al esfínter anal externo (EAE)

Grado 3^a Desgarro de menos del 50% del grosor del EAE

Grado 3b Desgarro de más del 50% del grosor del EAE

Grado 3c Desgarro del EAE y el esfínter anal interno (EAI)

Lesión del periné que afecta al EAE y el EAI, así como el epitelio
Cuarto grado anal

“Siguiendo dicha clasificación, las lesiones de esfínter anal incluyen los desgarros perineales de tercer y cuarto grados. Un desgarro perineal de tercer grado se define como una rotura parcial o total de uno o de los dos músculos del esfínter anal, el EAE y el EAI. Un desgarro perineal de cuarto grado se define como una rotura de los músculos del esfínter anal con desgarro de la mucosa anal” (Folch, 2016)

“A pesar de que clásicamente no se insistió lo suficiente, el EAI tiene un papel muy importante en el mantenimiento de la continencia fecal. Además, la prevalencia de incontinencia fecal aumenta si el desgarro afecta al EAE y el EAI, en comparación con los que sólo afectan al EAE. Por todo ello, la inclusión del desgarro del EAI en la clasificación de desgarros perineales permitiría diferenciar entre una futura incontinencia relacionada con lesión del EAI o del EAE. Pero en casos de traumatismo agudo obstétrico no siempre es posible identificar el EAI, mientras que el grado de lesión de EAE (si es mayor o menor del 50% del grosor) debería ser posible siempre” (Folch, 2016)

DIAGNÓSTICO DEL DESGARRO PERINEAL INTRAPARTO

Los desgarros perineales están infra diagnosticados. Para identificarlos correctamente, se debe de seguir una sistemática de exploración, siendo preciso:

- Posición de litotomía
- Buena fuente de luz.
- Analgesia adecuada.

Es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano mediante la palpación de las paredes laterales. Se debe objetivar la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas. La presencia de dicha grasa es el signo que mejor identifica su rotura. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020)

“Para que la exploración perineal sea precisa, se recomienda realizar de forma sistemática un tacto rectal con el dedo índice y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. En esta exploración, el desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice permite una mejor exposición de la zona lesionada. La identificación del desgarro del esfínter externo siempre es más fácil que la del interno, aunque en algunas ocasiones el desgarro completo del esfínter externo puede retraerse y se debe localizar para su correcta sutura” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020)

Para ello, es útil recordar que el esfínter externo tiene un color rojizo mientras que el interno es blanquecino. Se ha evidenciado que cuando un equipo obstétrico mejora su entrenamiento en el diagnóstico de los desgarros perineales posparto aumenta significativamente el número de los desgarros diagnosticados. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020).

TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON DESGARROS PERINEALES

Técnica de sutura

- “Desgarros de 1.er grado: Deben suturarse los bordes de la piel que permanecen separados, no siendo necesario suturar en el caso de que los bordes estén juntos y sin sangrado activo. Se ha evidenciado que la sutura continua intradérmica de la piel condiciona menos dolor a corto plazo” (Carvajar C & Ralph, 2018)
- “Desgarros de 2.º grado: La reparación debe iniciarse en los planos profundos, hasta llegar a los más superficiales, con el objeto de evitar dejar espacios entre los planos. La sutura puede realizarse con puntos sueltos o con sutura continua, siendo esta última la opción más recomendable.” (Carvajar C & Ralph, 2018)

“Se observan mejores resultados con suturas de absorción rápida, asociado a técnica de sutura continua por planos o con técnica de puntos invertidos, dejando la piel sin suturar.” (Carvajar C & Ralph, 2018)

- “Desgarros de 3.er grado: La sutura del esfínter interno ha de realizarse de forma independiente de la del esfínter externo. Ambas deben ser suturas sin tensión. Hay que tener en cuenta que la reparación del EAI solo puede realizarse intraparto, y que su reparación de forma secundaria es extremadamente difícil al encontrarse los

extremos del esfínter interno retraídos y atróficos, lo cual dificulta su identificación y hace que sea muy difícil su reparación en un segundo tiempo quirúrgico.” (Carvajar C & Ralph, 2018)

“Para la reparación quirúrgica del EAS hay dos técnicas de sutura diferentes: la sutura término-terminal (end to end) o el solapamiento (overlap); ambas tienen resultados similares en cuanto a continencia. En los desgarros parciales, no resulta posible la práctica del solapamiento. El intento de reparación del esfínter interno mediante la técnica del solapamiento es más difícil que en el esfínter externo, por ello se realiza habitualmente la sutura término-terminal a este nivel.” (Carvajar C & Ralph, 2018)

“Se ha de intentar suturar el esfínter de forma que una vez reparado tenga la misma anchura en todo su perímetro, ya que se ha demostrado una relación directa entre la longitud del canal esfinteriano que se consigue con la sutura y el grado de continencia anal.” (Carvajar C & Ralph, 2018)

- “Desgarros de 4.º grado: La reparación debe iniciarse con la sutura de la mucosa rectal. Se puede suturar con puntos sueltos, siendo también válida la sutura continua intramucosa ya que el nivel de reabsorción del material sería semejante al anterior.” (Carvajar C & Ralph, 2018)

“Para potenciar las fibras anaeróbicas (tipo II) se deben realizar contracciones rápidas e intensas, que disminuyen la urgencia (1-2 segundos), mientras que para trabajar las fibras aeróbicas (tipo I) se deben realizar contracciones mantenidas y lentas, que mejoran la fuerza (5,6, 7 segundos). Normalmente se aconseja que el tiempo de relajación sea el doble del tiempo de contracción, para evitar la fatiga muscular.” (Ucles Villalobos, 2015)

“Es importante coordinar los ejercicios con la respiración y evitar contraer los músculos abdominales, glúteos y aductores o aproximadores de los muslos” (Ucles Villalobos, 2015)

“El Biofeedback ha sido utilizado durante los últimos 50 años en rehabilitación, para facilitar patrones de movimiento normal posterior a una lesión. Es una técnica mediante

la cual, procesos fisiológicos normalmente inconscientes se presentan al paciente y al terapeuta como señales de naturaleza visual, táctil o auditiva” (Ucles Villalobos, 2015)

“La señal se obtiene a partir del parámetro fisiológico y es utilizada posteriormente para enseñar y conseguir así un resultado terapéutico específico. De esta forma, la señal se registra y se muestra de forma cuantitativa y se instruye al paciente para que pueda alterar la señal y a través de esta cambie el proceso fisiológico básico. De forma específica, el Biofeedback es empleado en la educación vesical como tratamiento de la inestabilidad vesical, de la debilidad del suelo pélvico, de la enuresis y de las alteraciones funcionales de la micción tales como la micción no coordinada”. (Ucles Villalobos, 2015)

“Los objetivos del Biofeedback son: captar por algún procedimiento la actividad de los esfínteres y suelo pélvico y hacerla aparente de algún modo al paciente, ensayar como modificar dicha actividad hasta encontrar una respuesta adecuada, repetir los ensayos correctos una y otra vez hasta conseguir automatizarlos”. (Ucles Villalobos, 2015)

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR DESGARROS DURANTE EL PARTO

“Se recomienda emplear técnicas para prevenir el trauma perineal durante el segundo periodo del trabajo de parto, como aplicación de compresas’ calientes y la protección manual del periné.” (IMSS, 2019).

“Las compresas de agua caliente ayudan a la dilatación de los vasos sanguíneos, aumentando el flujo del mismo, relajando los músculos, manteniendo un periné más íntegro y evitando lesiones traumáticas perineales que requieran sutura” (Echeverría Rengiffo, 2020)

Ejercicio durante el embarazo

“Los Pilates permiten mantener el tono muscular abdominal, lo que ayuda a apoyar el crecimiento del abdomen a lo largo del embarazo, así como a aumentar la capacidad de empujar durante el periodo expulsivo. La confirmación de estos datos sugiere importantes beneficios, no sólo para la evolución del embarazo, sino también en la evolución y resultados del trabajo de parto” (Ferrera, 2017)

“Recientemente, el ejercicio físico durante el embarazo ha sido asociado a efectos positivos en el fortalecimiento de la musculatura pélvica y, consecuentemente, a resultados positivos en el embarazo y evolución del trabajo de parto. En diversos estudios se concluye que existe una menor incidencia de periodos expulsivos prolongados, de la práctica de la episiotomía y de la presentación de nalgas en mujeres que realizaron ejercicios de fortalecimiento de la musculatura pélvica durante el embarazo” (Ferrera, 2017)

Masaje perineal durante el embarazo

“El masaje perineal permite preparar los tejidos perineales para el parto, aumentando su elasticidad y disminuyendo su resistencia durante la distensión.” (Ferrera, 2017) “En su realización, el uso del gel lubricante, compuesto por ingredientes con propiedades relajantes, permite la mejoría de la elasticidad y de la extensibilidad de la piel y de los músculos del perineo de las mujeres embarazadas, obteniendo como resultado la reducción del riesgo del trauma perineal” (Ferrera, 2017)

Posición materna

“La posición materna surge como una ayuda para el éxito del trabajo de parto, siendo importante su evaluación por parte de los profesionales sanitarios, así como en el confort de la parturiente, dado que interfiere con sus adaptaciones anatómicas y fisiológicas durante el trabajo de parto” (Ferrera, 2017).

Maniobra de Ritgen

“La maniobra de Ritgen es un procedimiento obstétrico que ayuda a la extracción del feto (favorece la flexión de la cabeza y facilita su salida) y evita la expulsión violenta que puede ocasionar lesiones perineales. Es también una maniobra preventiva de laceraciones del esfínter anal, siendo realizada en los intervalos entre las contracciones uterinas. Sin embargo, en los estudios de Jönsson et al. fue usada la maniobra en su versión modificada, la cual consiste en su realización durante la contracción uterina en vez de entre las contracciones. Su objetivo consistió en investigar si la maniobra de Ritgen modificada disminuye el riesgo de

laceraciones perineales de tercer y cuarto grado, comparativamente con el apoyo perineal simple” (Ferrera, 2017)

Masaje perineal durante el trabajo de parto

“cuando los músculos del perineo que rodean al introito vaginal son fuertemente distendidos, la mujer sometida al masaje perineal con vaselina presenta una menor probabilidad de sufrir lesión perineal, ya que esta práctica contribuye al aumento de la elasticidad y suavidad de los tejidos, ayudando a la mujer a familiarizarse con las sensaciones de presión provocadas por la presentación fetal en el momento del parto” (Ferrera, 2017)

VI. RESUMEN DE CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 31 años de edad ingresa a TRIAGE OBSTÉTRICO del Hospital del Niño y la Mujer por presentar dolor obstétrico, con el diagnóstico de primer embarazo de 38.5 SDG por fecha de última menstruación (FUM) en fase activa de trabajo de parto, con 4 cm de dilatación y 80% de borramiento, con frecuencia cardiaca fetal (FCF): 144 por minuto, se canaliza vía periférica con 1000 ml solución Hartman para vena permeable (PVP), se toman muestras de laboratorio además de prueba de VIH/SIDA y prueba de VDRL encontrándose negativa, pasa al área de labor para avanzar con el proceso de trabajo de parto encontrándose con los siguientes signos vitales: T/A:116/69 mmHg FR:96 por minuto FR: 20 por minuto Saturación de oxígeno de 97% Temperatura 36.7°C FCF: 128 por minuto. A las 19:40 horas pasa al área de expulsión, completando la dilatación y borramiento en posición de litotomía se realiza antisepsia de área vulvoperineal, se realiza maniobra de Ritgen modificado para protección del periné y episiotomía media, se obtiene femenino a las 19:42 horas del día 18 de julio de 2021 femenino de 2990 gramos con una talla de 51.5cm. APGAR 9-9 SILVERMAN ANDERSON: 0-0, CAPURRO 39.2sdg, se realiza alumbramiento tipo Schultze, sin anormalidad aparente. Se repara episiotomía y desgarró grado III, con terminación de sangrado de 350 ml aproximadamente, se colocan 2 gasas con agua oxigenada en vagina. Pasa al servicio de recuperación de labor por lo que a la valoración de enfermería en el servicio de recuperación de labor cuenta con el siguiente diagnóstico de puérpera fisiológica con femenino encontrándose con los siguientes signos vitales: T/A:120/63 mmHg FC: 96 por minuto FR: 18 por minuto Sato2: 96% Temperatura: 36. 9°C. Consciente, alerta. cooperadora al manejo, sin presencia de datos de alarma y datos de vaso espasmo, con buena producción de calostro, mamas pequeñas con pezón formado, sin lesión aparente, involución uterina a nivel umbilical, edema de miembros inferiores +, episiotomía media y grado III, con loquios con sangrado moderado.

6.1 VALORACIÓN CLÍNICA DE SUJETO DEL CUIDADO (PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON)

La valoración clínica que a continuación se presenta de acuerdo a las etapas del proceso cuidado enfermero es acerca de una paciente con un diagnóstico de primer embarazo de 38.5sdg por fecha de última menstruación más trabajo de parto en fase activa que al ingreso presenta una dilatación de 6 centímetros y un borramiento del 80% con estos datos se da inicio al trabajo de una valoración en el puerperio inmediato.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
NOMBRE: CMR	EDAD: 31 años
GÉNERO: Femenino	FECHA DE NACIMIENTO: 22/11/1989
FECHA DE INGRESO: 18/07/2021	ESCOLARIDAD: Secundaria
HORA DE INGRESO: 13:50	SERVICIO: Área de vigilancia obstétrica
LUGAR DE NACIMIENTO: San Luis Potosí	ALERGIA: NEGADAS
ESTADO CIVIL: Casada	DIAGNÓSTICO: I Parto fisiológico 39.2SDG
LUGAR DE RESIDENCIA: Comunidad charco del lobo	+ desgarro III C.
IDIOMA: español	
OCUPACIÓN: Ama de casa	

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES SEGÚN MARJORY GORDON

PATRÓN 1 PERCEPCIÓN/ MANEJO DE SALUD

A la valoración clínica se encuentra consciente, orientada, alerta, con pequeña palidez de tegumentos en posición semi Fowler, la paciente refiere disfrutar de buena salud a pesar de su estado actual, es ama de casa en la última semana comenta no haber faltado a sus actividades cotidianas, no consume alcohol, tabaco ni alguna sustancia tóxica para su cuerpo, tiene su esquema de vacunación completo, a excepción de la vacuna por COVID - SARS COV 2, explica que el tratamiento indicado por el médico no los sigue completos, menciona que cuando se siente bien ya no se los toma. No ha recibido transfusiones

sanguíneas, no se ha hecho la exploración de mamas, la paciente describe su vivienda como una casa urbana de ladrillo, con vitropiso con 3 habitaciones, drenaje, luz, agua potable, toma agua de garrafón, teléfono. La paciente refiere tener 1 perro en su casa el cual se duerme en el patio. Su baño es diario, su aliño es adecuado, presenta una actitud cooperadora con una complexión endomórfica, su última cita con el dentista fue hace aproximadamente 2 años. Niega alergia y alguna enfermedad crónico degenerativa.

PATRÓN 2 NUTRICIONAL/ METABÓLICO

La paciente pesa 64 kilogramos con una talla de 1.64 metros, temperatura corporal de 36.9°C. Su apetito ha aumentado desde el comienzo de su embarazo, hace 3 comidas el desayuno es a las 9 de la mañana, comida a las 4 de la tarde y la cena a las 8-9 de la noche, en ocasiones hace colaciones de fruta, pero por lo regular lo hace después de cada alimento por antojo. Comenta estar en ayuno de 8 hrs. Su ingesta de agua al día es de 1 -2 litros, refiere no tener problemas de deglución y narra que su preferencia alimenticia es el pollo asado, pero no tener alguna tolerancia a algún alimento. No consume ningún tipo de suplemento alimenticio o vitaminas, niega alergias a algún tipo de alimento.

Labios con fisuras, encías normales, lengua blanquecina, piezas dentales completas, mucosas secas, piel flexible, firme, pálida, deshidratada, esclera normal, ruidos intestinales presentes. Cabello con una implantación normal, integridad de ojos, nariz y oídos normales, sin presencia de edema en miembros inferiores. Líquidos parenterales a la exploración 300ml sol Hartmann + 20 UI de oxitocina a goteo continuo. Al momento de la exploración física la paciente está dando seno materno a su hija por lo que se valora la técnica y se observa que batalla para brindar el seno materno, pero hace lo posible por amamantar a su recién nacido, la paciente refiere que quiere aprender a cómo amamantar a su bebé, así como la técnica correcta ya que le quiere dar puro seno materno.

Medicamentos y/o soluciones			
Nombre	Dosis	Vía	Horario
solución Hartman	1000ml + 20 UI oxitocina	iv	para 6 horas
solución salina	1000ml	iv	para 8 horas

0.9%			
Paracetamol	500mg	vo	cada 6 horas
fumarato ferroso	200mg	vo	cada 24 hrs
Ketorolaco	30mg	iv	PRN

PATRÓN 3 ELIMINACIÓN

Describe con frecuencia de orinar 4 o 5 veces al día regularmente, relata que si orina tiene características normales (coloración amarilla paja en la mañana y conforme va pasando el día es cada vez más clara) sin dolor al orinar, al momento de la exploración el color de la micción es amarilla clara. Presencia de sangrado trasvaginal color rubra, presenta desgarrado grados III con 350 ml de sangrado, loquios rubra moderado, así como también comenta sentirse húmeda e incómoda en el área perineal. La paciente comenta que sus heces son secas y en poca cantidad con un color café y dolor al defecar ya que argumenta hacer mucho esfuerzo al evacuar. La paciente refiere tiene flatulencias, también comenta que hace 3 días que no ha podido evacuar. La paciente refiere comer ciruelas pasas para el estreñimiento. A la exploración física abdomen globoso, peristaltismo presente (3 por minuto), se observa edema en zona perineal y hay cierre de herida, comenta que cuando empezó el estreñimiento su empezaron a ser más duras sus evacuaciones, con presencia de dolor al defecar.

PATRÓN 4 ACTIVIDAD/ EJERCICIO

Paciente encamada sin limitación de movimiento, su nivel de energía es bueno, con poca tolerancia a la actividad, pequeña limitación en brazos, y pies, requiere ayuda a la movilización, no presenta dificultad para respirar, ruidos cardiacos normales. Refiere no tener problemas para desempeñar sus actividades, realiza actividad física periódica, comenta ir a caminar 30 min al día, no realiza actividad de esparcimiento, no utiliza ningún auxiliar para deambular. no tiene ninguna alteración músculo esquelética, su marcha es continua.

Expone la paciente que en ocasiones tiene vértigo, no refiere problemas de coordinación, presenta llenado capilar normal (2 segundos). Frecuencia cardiaca de 96 por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, tensión arterial de 128/63 mm Hg, saturación de

oxígeno 96%. No refiere alguna sintomatología para COVID. Refiere que al ingreso tenía una escala de EVA de 8 en hipogastrio, por el momento el dolor es un poco menor de cuando ingresó. Su escala de manejo de dolor es de 5 puntos, aunque presenta facies de dolor, procura no apoyar donde refiere el dolor. En sus tiempos de ocio comenta que ve la televisión y duerme en sus ratos libres. Catéter periférico #18 en miembro superior izquierdo del día 18/07/2021.

PATRÓN 5 SUEÑO/ DESCANSO

La paciente refiere dormir de 5 o 6 horas diarias y comenta no levantarse con frecuencia a lo largo de la noche. Cuando se levanta en algunas ocasiones se levanta descansada y con la energía suficiente para iniciar el día, no utiliza ninguna sustancia para dormir, casi siempre tiene periodos de relax a lo largo del día, el medio ambiente es adecuado para lograr conciliar el sueño. Durante la estancia hospitalaria menciona que existe dificultad para conciliar el sueño ya que la rutina del personal médico no lo deja descansar al igual narra que el descanso no es el mismo que el de su hogar durante su estancia, durante el trabajo de parto su sueño fue intermitente ya que al momento de una contracción se levantaba por el dolor que llegó a presentar.

PATRÓN 6 COGNITIVO / PERCEPTUAL

En la escala de coma de Glasgow es de 15 puntos, pupilas isocóricas normorreactivas, con lenguaje comprensible, con presencia de nerviosismo al amamantar a su bebe, su nivel de estudio máximo es la secundaria, la paciente toma decisiones independientes, orientado en tiempo, persona y espacio, está consciente. Refiere no tener pérdida de memoria, sin presencia de alteraciones en el equilibrio, necesita lentes, aprende con facilidad, su idioma principal es el español, la paciente comenta que tiene poca información acerca de su estado de salud, pero cuando pregunta le dan una respuesta clara y concisa.

PATRÓN 7 AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

La paciente se observa nerviosa ante la llegada de su bebe, ya que se siente nerviosa porque es su primer bebe y no sabe qué sigue después y que atención se le brinda, con autoestima positiva, su percepción de imagen corporal está ajustada a su realidad. En ocasiones se siente culpable por su padecimiento, ya que refiere que no cuida su salud

como debería, comenta que tiene exigencias personales ya que tiene que estar al pendiente en su casa y de su pareja principalmente.

PATRÓN 8 ROL /RELACIONES

La paciente comenta que está casada, es ama de casa, relata que la persona más significativa para ella es su esposo y su mamá, tiene una relación buena ya que tiene mucha confianza, aunque a veces discutan, pero siempre se arregla todo, comenta no sentirse sola ya que recibe apoyo emocional, económico y moral de su familia, vecinos, compañeros, amigos. Comenta no tener problemas con alguna persona de las ya mencionadas, no tiene significativa en los últimos meses.

PATRÓN 9 SEXUALIDAD/ REPRODUCCIÓN

La paciente es heterosexual, menarca a los 12 años, pubarquia, telarquia a los 11 años, comenta que desde que se casó nunca uso un método de planificación familiar, pero refiere que después de su parto refiere tener como método de planificación familiar el implante subdermico de Levonogestrel, su fecha de inicio de vida sexual a los 18 años, relata que ha tenido solo 1 pareja sexual, comenta que está satisfecha con su actividad sexual, su fecha de ultima menstruación es el 15 de octubre de 2020.

A la valoración gineco- obstétrica presenta un puerperio fisiológico inmediato, mamas medianas, pezón pequeño y formado sin lesiones aparentes con producción de calostro, involución uterina a nivel umbilical, loquios rubra moderado. Se observa en semi Fowler en cama lactando a su recién nacido con técnica acunada.

El recién nacido femenino cuenta con los siguientes datos: hora de nacimiento 19:42pm fecha de 18 de julio de 2021, 39.2sdg por Capurro, Apgar de 9-9, Silverman Anderson 0-0, con un peso de 2990 gramos y una talla de 51.5cm, su primera hora de amamantamiento fue 20:25 pm. A la exploración física del recién nacido presenta rubicundez, con presencia de vermix caseoso, lanugo, con mancha mongólica en dorso, cabeza grande en relación con el cuerpo, fontanelas normo tensas, con suturas con pequeño cabalgamiento, cara sin anormalidades, cuello corto y simétrico, frecuencia cardiaca de 140 por minuto, frecuencia respiratoria de 40 por minuto, con muñón ligado, extremidades sin malformaciones, con reflejos de moro, prensión palmar, búsqueda, succión y deglución, marcha automática presentes.

PATRÓN 10 TOLERANCIA AL ESTRÉS

La paciente refiere no haber tenido pérdidas importantes recientes en el último año. Comenta estar nerviosa, con un poco de temor ya que desconoce los cuidados que se le brindan al bebe y si la técnica para amamantar es la indicada, menciona que es un gran cambio en su vida, aunque ella esperaba este momento, cuando se enteró que estaba embarazada hizo algunos cambios en su estilo de vida ya que antes no tenía horas fijas para comer o dormir suficiente.

PATRÓN 11 VALORES/ CREENCIAS

La paciente refiere ser católica, se apoya directamente a sus valores y creencias frente a una enfermedad, sus prácticas religiosas no interfieren con su estancia en el hospital, ni con el tratamiento brindado, narra que no tiene ningún mito o creencia acerca de su cuidado, menciona que quiere ver la posibilidad de aprender más acerca de los cuidados de su bebe ya que es su primer hijo.

6.2 DIAGNÓSTICO ENFERMERO

000206 riesgo de sangrado f/r complicaciones del postparto (desgarro grado III), conocimientos insuficientes de las precauciones contra el sangrado

00004 riesgo de infección f/r procedimiento invasivo, alteración de la integridad de la piel, conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos.

00106 disposición para mejorar la lactancia materna m/p la madre expresa deseo de mejorar la capacidad de alimentar con lactancia materna exclusiva

00011 estreñimiento f/r embarazo, m/p cambios en el patrón intestinal habitual, dolor al defecar, heces duras, formadas.



VALORACION	DIAGNOSTICO	PLENEACION		
Patrón (es): Eliminación	Definición: Susceptible a una disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud. Dominio:11. seguridad/protección Clase: 02. lesión física	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)		
		DOMINIO4 Conocimiento y conducta de salud	CLASE T. Control del riesgo	
Datos objetivos: Desgarro grado III	Etiqueta diagnóstica: 00206 riesgo de sangrado	Criterio de resultado: 1902 Control de Riesgo		
		Indicador:	Puntuación inicial:	Puntuación diana
Datos Subjetivos: Conocimientos insuficientes sobre el estado de salud.	Factor(es) de riesgo: complicaciones del postparto (desgarro grado III) conocimientos insuficientes de las precauciones contra el sangrado	[190216] Reconoce cambios en el estado general de salud.	3	5
		[190217] Controla los cambios en el estado general de salud	3	5
		[190219] Busca información actual sobre riesgos para la salud	3	5
		[190220] Identifica los factores de riesgo	3	5
		[190221] Reconoce la capacidad de cambiar la conducta	4	5
		Escala de LIKERT: 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Nunca demostrado		



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Dominio: 3. Conductual Clase: S. Educación de los pacientes INTERVENCIÓN: 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad ACTIVIDADES 1. Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología 2. Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección. 3. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad</p>	<p>1. "Para lograr una efectiva comunicación es importante tener en cuenta características tales como la edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico y la religión." (Naranjo , 2006). Para definir qué términos utilizar para lograr una comunicación adecuada para la paciente.</p> <p>2. " La aceptación y la implementación por parte del paciente del consejo terapéutico ofrecido. El incumplimiento de éste sería, en parte, responsabilidad del propio paciente y, en parte del personal sanitario, y se relaciona con los conocimientos que éste tenga acerca del tratamiento pautado" (Sanchez González & Martínez Martínez , 2015)</p> <p>3. Algunos factores que pueden alterar este equilibrio y favorecer las infecciones cutáneas son la humedad, el aumento de temperatura, diversas enfermedades o inmunosupresión, o el uso de antibióticos. (Saavedra Lozano, 2015). "Los signos cardinales de la inflamación de Celsus (enrojecimiento, temperatura local elevada, hinchazón y dolor)" (Moffatt, 2005)</p>	Criterio de resultado	
		Indicador	Puntuación final:
		[190216] Reconoce cambios en el estado general de salud.	4
		[190217] Controla los cambios en el estado general de salud	3
		[190219] Busca información actual sobre riesgos para la salud	4
		[190220] Identifica los factores de riesgo	4
		[190221] Reconoce la capacidad de cambiar la conducta	4
		Escala de LIKERT 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	



VALORACION	DIAGNOSTICO	PLENEACION			
<p>Patrón (es): Eliminación</p> <p>Datos objetivos: Se observa cierre de herida perineal</p> <p>Se observa sangrado moderado trasvaginal</p> <p>Datos Subjetivos: Paciente refiere dolor en el área perineal</p> <p>Paciente refiere sentirse húmeda e incómoda en el área perineal</p>	<p>Definición: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.</p> <p>Dominio: 11. seguridad/protección</p> <p>Clase: 1. infección</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00004 riesgo de infección</p> <p>Factor(es) de riesgo: procedimiento invasivo alteración de la integridad de la piel conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos.</p>	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)			
		DOMINIO: 4 Conocimiento sobre la promoción de la salud		CLASE: Estado de salud de los miembros de la familia	
		Criterio de resultado: 1908 detección del riesgo			
		Indicador:	Puntuación inicial:	Puntuación diana	
190801 reconoce los signos y síntomas que indican riesgos	2	5			
190802 identifica los posibles riesgos para la salud.	2	5			
190810 utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades	3	5			
		Escala de LIKERT: 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Nunca demostrado			



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
CAMPO: I. Fisiológico básico CLASE: F. Facilitación del autocuidado INTERVENCIÓN: 1750 Cuidados perineales 1. Aplicar frío en la zona. 2. Inspeccionar el estado de incisión o desgarro 3. Instruir a la paciente sobre la inspección del periné para detectar signos patológicos	1. " Para disminuir la inflamación es útil aplicar hielo. Siempre debe ir metido en una bolsa de plástico, para no mojar los puntos, y envuelto en un paño o toalla, pues la aplicación directa puede provocar quemaduras en una zona tan sensible como es el periné después del parto" (Healthy Children, 2017)	Criterio de resultado	
	2. "La causa principal de las infecciones del sitio quirúrgico es la flora endógena de la piel, que es el principal contaminante de la herida operatoria y del sitio quirúrgico, o la flora de las mucosas o vísceras huecas del paciente, según el tipo de cirugía; pero también puede participar la flora exógena presente en el ambiente quirúrgico, instrumentos, personal, entre otros, con esto se puede recalcar que la valoración de una incisión debe ser constante ya que hay muchos factores que pueden intervenir para llegar a una infección." (Fabres, 2008)	Indicador	Puntuación final:
		[190801] reconoce los signos y síntomas que indican riesgos	4
		[190802] identifica los posibles riesgos para la salud.	4
3. La educación para la salud ayuda al	[190810] utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades	3 Escala de LIKERT: 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	

	paciente a prevenir datos de infección, así también que conozca el área afectada para reconocer más fácil los datos de infección.		
--	---	--	--



VALORACION	DIAGNOSTICO	PLENEACION			
<p>Patrón (es): nutricional metabólico</p> <p>Datos objetivos: Se observa que batalla para brindar el seno materno, pero hace lo posible por amamantar a su recién nacido.</p> <p>Datos Subjetivos: Madre menciona querer aprender la técnica de amamantamiento</p>	<p>Definición: Patrón de suministro de leche a un bebé o un niño directamente de los pechos, el cual puede ser reforzado.</p> <p>Dominio: 2. Nutrición</p> <p>Clase: 1. ingestión</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00106 disposición para mejorar la lactancia materna</p> <p>Características definitorias: La madre expresa deseo de mejorar la capacidad de alimentar con lactancia materna exclusiva</p>	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)			
		DOMINIO: 4. conocimiento y conducta de salud		CLASE: S. : Conocimiento sobre salud	
		Criterio de resultado: 1800 conocimiento: lactancia materna			
		Indicador:	Puntuación inicial:	Puntuación diana	
		[180005] técnica adecuada para amamantar al bebé	2	5	
[180006] posición adecuada del lactante durante el amamantamiento	2	5			
[0180015] técnica adecuada de extracción y almacenamiento de la leche materna	1	5			
[18002] grupos de apoyo disponibles	2	5			
		Escala de LIKERT: 1 Ningún conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso			



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>CAMPO: 3. Conductual CLASE: R. educación de los pacientes</p> <p>INTERVENCIÓN: 5244 asesoramiento en la lactancia materna</p> <p>1. instruir sobre las diferentes posiciones para la lactancia materna</p> <p>2. Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones de la lactancia materna.</p> <p>3. Mostrar la forma de</p>	<p>1. El asesoramiento sobre lactancia materna ayuda a las madres a sentirse más seguras, sin dejar de respetar sus circunstancias y decisiones personales. Puede empoderar a las mujeres para superar dificultades y puede evitar prácticas alimentarias y de atención que puedan perturbar un amamantamiento óptimo, como ofrecer a los lactantes y los niños pequeños líquidos, alimentos y otros productos de leche materna innecesarios.</p> <p>2. Los prejuicios y mitos son los principales obstáculos para la lactancia materna e influyen en que sólo uno de cada siete niños en México sea alimentado exclusivamente con leche materna los primeros seis meses de vida. Isabel Crowley, UNICEF</p>	Criterio de resultado	
		Indicador	Puntuación final:
		<p>[180005] técnica adecuada para amamantar al bebé</p> <p>[180006] posición adecuada del lactante durante el amamantamiento</p> <p>[180015] técnica adecuada de extracción y almacenamiento de la leche materna</p> <p>[18002] grupos de apoyo disponibles</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>Escala de LIKERT:</p> <p>1 Ningún conocimiento</p> <p>2 Conocimiento escaso</p> <p>3 Conocimiento moderado</p>

amamantar.	3. Se ha comprobado que el contacto piel con piel del bebé con la madre provoca un aumento de los niveles de oxitocina, hormona que participa en la liberación de la leche materna. El estrés dificulta la producción de oxitocina, por lo que la comodidad y la relajación de la madre son fundamentales para favorecer el flujo de leche, con los diferentes tipos de posición para la lactancia materna apoyara a la madre a que la lactancia materna sea más fácil		4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso
------------	--	--	---



VALORACION	DIAGNOSTICO	PLENEACION			
<p>Patrón (es): eliminación</p> <p>Datos objetivos: estreñimiento Heces secas Última vez que evacua hace 3 días</p> <p>Datos Subjetivos: Refiere hacer mucho esfuerzo al evacuar Paciente refiere comer ciruelas pasas para el estreñimiento</p>	<p>Definición: Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.</p> <p>Dominio: 3. eliminación e intercambio</p> <p>Clase:2. función gastrointestinal</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00011 estreñimiento. Factor (es) relacionado(s): Embarazo</p> <p>Características definitorias: Cambios en el patrón intestinal, Dolor al defecar, Heces duras, formadas</p>	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)			
		DOMINIO: 2. salud fisiológica		CLASE: F. Eliminación	
		Criterio de resultado: 0501 Eliminación intestinal			
		Indicador:	Puntuación inicial:	Puntuación DIANA:	
		[050101] Patrón de eliminación	3	5	
[050112] facilidad de eliminación de las heces	3	5			
[050110] estreñimiento	3	5			
		Escala de LIKERT: 1Gravemente comprometido 2Sustancialmente comprometido 3Moderadamente comprometido 4Levemente comprometido 5No comprometido			



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>CAMPO: I. fisiológico básico CLASE: D: apoyo nutricional</p> <p>INTERVENCIÓN:</p> <p>1100 manejo de la nutrición</p> <p>1. Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.</p> <p>82. Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas.</p> <p>3. Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales</p>	<p>1. Los alimentos ricos en fibra son buenos para la salud. Pero agregar demasiada fibra demasiado rápido puede producir gases intestinales, hinchazón abdominal y calambres. Aumentar la fibra en la dieta gradualmente durante algunas semanas. Esto permite que las bacterias naturales de tu sistema digestivo se adapten al cambio.</p>	Criterio de resultado	
		Indicador	Puntuación final:
		[050101] Patrón de eliminación	4
		[050112] facilidad de eliminación de las heces	3
[050110] estreñimiento	3		
<p>2. Durante el período de lactancia la mujer por lo general no menstrua. La duración de la amenorrea varía desde un período corto de cuatro meses hasta uno prolongado de 18 meses o más. Durante este tiempo la madre lactante conservará el hierro que pierde en cada período menstrual. La conversión de nutrientes de los alimentos a nutrientes de la leche materna no es total. En el caso de energía es alrededor del 80 por ciento,</p>		<p>Escala de LIKERT:</p> <p>1 Gravemente comprometido</p> <p>2 Sustancialmente comprometido</p> <p>3 Moderadamente comprometido</p> <p>4 Levemente comprometido</p> <p>5 No comprometido</p>	

	<p>y, por lo tanto, por cada 800 kcal de la leche materna, la madre necesita consumir 1000 kcal en sus alimentos. Para mantener un buen estado nutricional la mujer que lacta tiene que elevar el consumo de nutrientes</p> <p>3. En la lactancia, al igual que ocurre en la gestación, para alcanzar el aporte adecuado de nutrientes es fundamental que la dieta de la mujer sea variada y equilibrada, incluyendo todos los alimentos de la pirámide nutricional y respetando el número de raciones y el peso. Si la dieta no es equilibrada ni variada, tendrá déficit de nutrientes, y esto va a repercutir en la calidad de la leche materna y por tanto en el correcto desarrollo del niño. Además, la desnutrición también afecta a algunas reservas de nutrientes, pudiendo afectar al estado de salud de la madre.</p>		
--	--	--	--

VII. PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: CRM.

EDAD: 31 AÑO SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: PUERPERIO 38.5SDG + DESGARRO GRADO III

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa, centro de salud más cercano
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	<ul style="list-style-type: none">● Acufenos, fosfenos, cefalea, datos de vasoespasmo, fiebre.● Sangrado abundante mayor a 2 toallas higiénicas en menos de 2 hrs, diaforesis, hipertermia, hipotensión, taquicardia.● Datos covid: Diarrea, pérdida del gusto y olfato, dificultad para respirar, dolor opresivo en el pecho, fiebre, mialgia, artralgia, conjuntivitis.● Grietas en el pezón, ingurgitación mamaria, congestión mamaria, fiebre, obstrucción de un conducto (galactocele), mastitis, dermatitis de la mama.● Datos de infección local desgarro: fiebre, edema, enrojecimiento, salida de secreción purulenta, mal olor.

INFORMACIÓN

(Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)

Lactancia materna (anexo 2):

- **Agarre.** Para un buen agarre, es importante que todo el cuerpo del recién nacido esté de frente a la madre, con la cabeza bien alineada al pecho. Hay que introducir gran parte de la areola en la boca del niño. Para saber que la postura es correcta, la barriga del niño debe contactar con la de la madre, posición de ombligo con ombligo, la boca debe estar abierta, el labio inferior hacia fuera, las mejillas aplanadas cuando succiona (no hundidas) y la nariz y el mentón pegados al pecho. No es aconsejable que la madre separe con los dedos la nariz de la mama ni que haga maniobras de “pinza” con el pecho. Hay que evitar que el recién nacido se tire del pezón a fin de evitar la aparición de grietas” (Ferrer, 2015)
- **“Posturas.** No hay una única postura adecuada, la madre debe elegir la que le resulte más cómoda y puede variar con las tomas y en el tiempo. Una postura adecuada de la madre es importante para evitar lumbalgias y otras molestias secundarias a contracturas musculares:
 - Posición de crianza biológica. Más indicada los primeros días o cuando haya problemas de agarre, la madre se sitúa recostada boca arriba y el bebé boca abajo. Se desarrollan los reflejos de búsqueda y gateo” (Ferrer, 2015)
 - Posición sentada. Puede ser más cómoda con elevación de los pies. El tronco del bebé debe estar de frente y pegado al de la madre, que sujetará con la mano su espalda apoyando la cabeza en el antebrazo (de Ferrer, 2015).

- Posición acostada. La madre se sitúa acostada de lado, con el bebé también acostado de lado. Cómodo para las tomas nocturnas. (Ferrer, 2015)
- “Posición invertida o balón de rugby. Con el niño por debajo de la axila de la madre, con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho. Cómodo para amamantar gemelos o prematuros” (Ferrer, 2015)
- “Posición de caballito. Estando la madre sentada, se sitúa el bebé sobre una de las piernas y contactando el abdomen del bebé con el de la madre. Puede ser útil, en el caso de: grietas, reflujo gastroesofágico importante, prematuros, labio leporino, mandíbula pequeña y problemas de hipotonía”. (Ferrer, 2015)

Método de Planificación Familiar:

Los métodos de planificación familiar tienen una relevancia en el periodo intergenésico ya que lo recomendable son 2 años entre un embarazo y otro independientemente si fuera fisiológico, cesárea, aborto.

- Implante compuesto de dos bastoncillos flexibles que contienen 75 mg de Levonogestrel (anexo 3), con aplicador estéril, para su inserción subcutánea en la cara interna del brazo no dominante, 6 a 8 cm por encima del pliegue del codo, bajo anestesia local y de forma aséptica.
- El implante se puede insertar cualquier día del ciclo si queda descartado un embarazo con certeza razonable, incluso en relevo de otro método anticonceptivo.

- Se recomienda utilizar preservativos durante 7 días después de la inserción si el implante se inserta:
 - Después de 7 días del inicio del ciclo menstrual
 - Después de 28 días posparto en mujeres que no amamantan
 - Después de 7 días después de un aborto.

Duración:

- Mientras se desee la anticoncepción y siempre que sea bien tolerada, hasta un tiempo máximo de 5 años (4 años en caso de obesidad) más allá del cual la anticoncepción ya no está asegurada y debe ser cambiado.

Contraindicaciones, reacciones adversas, precauciones

- No administrar en caso de cáncer de mama, enfermedad hepática grave o reciente, sangrado vaginal inexplicado, trombosis arterial o venosa.
- Puede provocar: irregularidades menstruales, amenorrea, meno-metrorragias, tensión mamaria, cefaleas, aumento de peso, prurito, acné, cambios de humor, dolores abdominales, trastornos digestivos, reacciones alérgicas.
- Los inductores enzimáticos (rifampicina, rifabutina, efavirenz, nevirapina, lopinavir, fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, griseofulvina, etc.) reducen la eficacia anticonceptiva.

Observaciones:

- El retorno de la fertilidad es rápido tras la retirada del implante.
- La duración del implante de Levonogestrel (5 años) es superior al del implante de Etonogestrel (3 años).

<p>DIETA</p> <p>(Información relativa a la nutrición)</p>	<p>La nutrición es fundamental ya que con la lactancia materna tiene un gasto energético importante por ello es recomendable que la dieta sea rica en nutrientes incluyendo todos los alimentos de la pirámide nutricional y respetando las raciones para que así mismo los nutrientes para el recién nacido sean las necesarias y no tenga una desnutrición tanto la madre como el recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La dieta por el desgarró que tuvo y el proceso fisiológico que presenta es recomendable que la dieta tenga un incremento mayor de fibra ya que esta ayuda a absorber agua y crear volumen, ya que hace más fácil para los músculos del tracto digestivo mover el contenido a lo largo del trayecto. Esto acelera el paso de los alimentos a través del sistema digestivo y ayuda a prevenir el estreñimiento. ● Evitar el consumo de irritantes y bebidas alcohólicas, café ya que grandes dosis de cafeína (más de 3 tazas de café) pueden producir irritabilidad y falta de sueño en el bebé, tabaco la nicotina y otros químicos del cigarrillo se encuentran en la leche materna e incrementa el número de infecciones respiratorias del bebé.
<p>AMBIENTE</p> <p>(Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Favorecer el aseo de casa- habitación para prevenir insectos que puedan portar enfermedades como el dengue. ● Adecuar el medio ambiente para prevenir riesgo de caída en casa tanto madre como recién nacido.

<p>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE</p> <p>(Prácticas recreativas saludables)</p>	<p>Respiración torácica: Ejercicio de oxigenación y relajación que se realizará como preparación del resto de los ejercicios</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pelvis: Bascular la pelvis: ejercicio que ayuda a corregir las curvas de la columna y a potenciar los músculos abdominales y glúteos. ● Alargamiento de músculos de la cadera (Psoas iliacas): ayuda a mantener la pelvis en posición correcta. ● Abdominales: Potenciación de los músculos abdominales bajos: ayuda a reducir el vientre. ● Glúteos: Potenciación de los músculos glúteos medios: estabiliza la pelvis y mejora la marca ● Tórax: Alargamiento de los músculos del tórax ● Espalda: Flexibilizar la columna. <p>“Ejercicios de Kegel (anexo 4)”. Estos, por lo general, se aprenden en la preparación al parto y se pueden comenzar a realizar en las primeras 24-48 h del puerperio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Problemas de incontinencia urinaria de esfuerzo ● Problemas de incontinencia urinaria mixta y motora. ● Problemas de incontinencia fecal. (Reparaz Manroyo, 2014)
<p>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</p>	<p>En general, después del alta de la maternidad, la mujer puérpera no requiere tratamientos medicamentosos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La suplementación de hierro podría estar indicada, en especial si el sangrado durante el parto fue excesivo con depleción de los depósitos de hierro. En estos casos se recomienda una dosis de 100 mg de hierro elemental al día.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Analgésicos están indicados, si llegara a presentar dolor. <p><i>Cuidados de higiene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● El baño es diario, de preferencia con jabón neutro, ya que cuando hay jabón con aroma puede ocultar datos de infección. ● Los puntos de la herida de episiorrafia son de una sutura crómica por lo que se absorben solos. ● La ropa interior tiene que ser ropa cómoda y de algodón para prevenir infección de vías urinarias <p><i>Reinicio de vida sexual:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si la involución uterina ha sido normal y la cicatrización del periné es adecuada, se pueden reanudar las relaciones sexuales a partir de los 25 a 30 días después del parto pre-grávido, este periodo se extiende hasta 45 días postparto.
<p>ESPIRITUALIDAD</p> <p>(Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)</p>	<p>Los grupos de apoyo madre a madre para la lactancia materna, representan mujeres ayudando a mujeres. Son pequeños grupos de embarazadas y/o mamás que están amamantando o han amamantado que se reúnen periódicamente con el fin de compartir experiencias, apoyo e información adecuada acerca de la lactancia materna. En el GALM, todas aprenden de todas intercambiando conocimientos, apoyándose mutuamente, reflexionando sobre su propia situación y afianzándose en sus decisiones. Esto contribuye a que afirmen la confianza en sí mismas, fortaleciendo sus propias capacidades maternas.</p>

VIII. CONCLUSIONES

El trauma obstétrico constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con repercusión variable sobre la continencia fecal.

La educación y promoción a la salud es parte del rol de enfermería siendo el cuidado la intervención directa y objeto de aplicación durante el embarazo, parto y puerperio al tratar de disminuir las complicaciones como lo es el desgarro apoyándose con la terapia psicoprofiláctica ya que con esta herramienta las pacientes pueden llegar a tener una mejor elasticidad en el suelo pélvico.

La implementación de técnicas no invasivas como ejercicios físicos y compresas de agua tibia disminuye el riesgo de desgarros perineales en la fase expulsiva del parto, debido a que ayuda a mejorar la elasticidad y resistencia de la región perineal, mejorando y adaptando el periné para la labor de parto y facilita el período expulsivo.

La aplicación del Proceso cuidado enfermero en la atención de la mujer puérpera generó una experiencia en el cuidado individualizado y específico al seguir fortaleciendo los conocimientos de forma continua de tal manera que reafirmé lo aprendido para dar una mejor calidad en la atención a la salud.

IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- (American Psychological Association):Herdman, T. (2015-2018). *NANDA Internaional. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación*. Barcelona: Elsevier. Recuperado el agosto de 2021
- Alvarado, L. (2016). Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo. *Scielo*, 25(3), 1-5. Recuperado el julio de 2021, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200009
- Arias Vera, H. (2002). Importancia de la posición quirúrgica y sus complicaciones. *Concepción*, 2(2), 1-17. Recuperado el agosto de 2021, de <https://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/trabajos/importancia.pdf>
- Arteaga Henao, M. V., & LeFevre R, L. (2016). *Planeación*. Universidad de Antioquia: Universidad de Antioquia. Recuperado el agosto de 2021, de <https://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/?redirect=0>
- Belanger Madrid, G. (2014). *Evolución de la Enfermería y aparición de nuevos roles: rol de enfermería en cuidado paliativos*. Recuperado el agosto de 2021, de Facultad de medicina y ciencias de la salud: https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/240338/Gloria_Balaguer_Madrid.pdf?sequence=1
- Bio Dic. (2020). *Educación Intestinal*. Recuperado el agosto de 2021, de <https://www.biodic.net/palabra/educacion-intestinal/#.YUILWp1KjIU>
- Cabal, V. E. (2011). Enfermería como disciplina. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6(6), 73-81. Recuperado el julio de 2021, de https://www.researchgate.net/publication/327354018_Enfermeria_como_disciplina
- Cadena, M. (2005). Fístulas gastrointestinales en abdomen abierto. *Scielo*, 20(3), 1-8. Recuperado el agosto de 2021, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v20n3/v20n3a5.pdf>
- Camacho Morell, F., & Garcia Barba, I. (2017). Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. *matronas profesión*, 18(3), 98-104. Recuperado el agosto de 2021, de <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/original-episiotomia.pdf>
- Carrasco García, M. d. (2016). Ejercicio físico y recuperación postparto. *Matronas hoy*, 4(3), 33-40. Recuperado el agosto de 2021, de <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/98/ejercicio-fisico-y-recuperacion-postparto/>

- Carvajar C, J., & Ralph, C. (2018). *Manual de Obstetricia* (Novena ed.). Chile, Chile: ISBN. Recuperado el agosto de 2021, de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
- Ciscneros, F. (2015). *Proceso de Atención de Enfermería*. Recuperado el agosto de 2021, de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
- Clinic, M. (2019). *Desgarros Vaginales durante el parto*. Recuperado el agosto de 2021, de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/multimedia/vaginal-tears/sls-20077129>
- CONAMED. (2019). *Boletín CONAMED*. Recuperado el 25 de 08 de 2021, de CONAMED: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/numero_completo.pdf
- Diaz Aguilar , R. (2013). *Scielo*. Recuperado el julio de 2021, de Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-
- Dueñas Fuentes , J. R. (2012). Cuidados de Enfermería. *Enfermería 21*, 3(3), 53-69. Recuperado el agosto de 2021, de <http://www.terra.es/personal/duenas/home.htm>
- Echeverría Rengiffo, K. (2020). *PREVENCIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES DURANTE LA ETAPA*. Recuperado el agosto de 2021, de file:///C:/Users/user/Downloads/E-11468_ECHEVERRIA%20RENGIFFO%20KAREN%20ANDREA.pdf
- Elsó Galvez , R. (2007). *EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS*. Recuperado el JULIO de 2021, de http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO_CONGRESO_GRAFICA_AJUSTADA.pdf
- Espinoza, F. (2013). GUÍA DIDÁCTICA PARA EL TALLER: SEMIOLOGÍA DE ABDOMEN. *Universidad tecnológica*, 3(3), 1-8. Recuperado el Agosto de 2021, de https://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/pdf/guia_taller_semiologia_de_abdomen_0.pdf
- Fabres, A. (2008). Prevención de infecciones del sitio quirúrgico. *Medwave*, 20(4), 247-278. Recuperado el julio de 2021, de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/enfquirurgicaacs/2/2695>
- Fernández Fraga , X. (2005). Fisiopatología Anorectal. *Barcelona*, 2(2), 1-134. Recuperado el agosto de 2021, de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4459/xlff1de1.pdf>
- Ferrer, A. (2015). Lactancia materna: ventajas, técnicas y problemas. *Pediatr Integral*, 19(4), 243-250. Recuperado el julio de 2021, de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/02/n4-243-250_Laia%20de%20Antonio.pdf

- Ferrera, C. M. (2017). Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*(47), 539-551. Recuperado el agosto de 2021, de file:///C:/Users/user/Downloads/1695-6141-eg-16-47-00539.pdf
- Folch, M. (2016). Aspectos prácticos en el manejo de las lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto grado para minimizar el riesgo de incontinencia fecal. *Elsevier*, 85(6), 341-347. Recuperado el julio de 2021, de <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>
- G, R., & N. C. (2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Umbral*(17), 18-23. Recuperado el julio de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
- G, V. (2015). Telarquía precoz en la niñez: causas y estudio. *Elsevier*, 26(1), 94-98. Recuperado el agosto de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-telarquia-precoz-ninez-causas-estudio-S0716864015000152>
- Gallegos Lastra, R. (2015). *Metodología enfermería: lenguaje estandarizado*. Madrid: Facultad de enfermería. Recuperado el agosto de 2021, de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/35200/1/Libro%20Metodolog%C3%ADa%20Ed1.pdf>
- Gálvez, R. E. (2010). *EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS*. Recuperado el 201, de http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO_CONGRESO_GRAFICA_AJUSTADA.pdf
- García Lopez , A. (2002). Incintinencia fecal. *iatreia*, 15(3), 190-200. Recuperado el agosto de 2021, de <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v15n3/v15n3a5.pdf>
- Gonzalez Carbajal, J. (2013). Desgarros Perineales 3º y 4º grado. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento . *Consejería de igualdad, salud y políticas sociales* (1), 1-10. Recuperado el agosto de 2021, de file:///C:/Users/user/Downloads/PE-OBS-29_DESGARROS_PERINEALES.pdf
- Gonzalez Carbajal, J. (2013). PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO, DESGARRO PERINEAL 3º, 4º GRADO, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO . *Consejería de igualdad, salud y políticas sociales* , 1-10.
- Healthy Children. (2017). *Cómo tratar lesiones por deportes con hielo y calor*. Recuperado el julio de 2021, de <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/injuries-emergencies/sports-injuries/Paginas/Treating-Sports-Injuries-with-Ice-and-Heat.aspx>

- IMSS. (2008). *Prevención, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de episiotomía complicada*. Recuperado el 26 de AGOSTO de 2021, de GPC: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/608GRR.pdf>
- IMSS. (2017). *GPC*. Recuperado el julio de 2021, de Diagnóstico y Tratamiento DEL CHOQUE HEMORRÁGICO EN OBSTETRICIA: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/KtbxLvHSzNtwnffpzshsmSmlPPJXqFdptg?projector=1&messagePartId=0.2>
- IMSS. (2019). *GPC: VIGILANCIA Y ATENCIÓN AMIGABLE EN EL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO*. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GER.pdf>
- Instituto Dra. Gomez Roig. (2020). *Como trabajar la musculatura del suelo pélvico. Ejercicios deKegel*. Recuperado el agosto de 2021, de <https://www.gomezroig.com/como-trabajar-la-musculatura-del-suelo-pelvico-ejercicios-de-kegel/>
- International urogynecological association. (2016). *desgarro perineal de tercer y cuarto grado*. Recuperado el agosto de 2021, de https://www.yourpelvicfloor.org/media/Spanish_Third_and_Fourth_Degree_Perineal_Tears.pdf
- J. M, A. (2002). Cirugía menor en heridas (laceraciones). *SEMERGEN*, 28(5), 249-264. Recuperado el agosto de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359302740665>
- Juarez Rodríguez , P. A., & García Campos , L. A. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Revista Enfermería Mexicana del Seguro Social*, 2(17), 109-111. Recuperado el julio de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
- López Pérez, M. (2018). Impacto de Desgarros Perineales tipo III/IV y sus Factores de Riesg. *Apunt. Cienc.*, 8(3), 1-8. Recuperado el agosto de 2021, de Artículo Original: <http://apuntes.hgucr.es/files/2018/11/ARTICULO-ORIGINAL-2.pdf>
- Lopez Santillan , A. (2012). *Teoría de la información*. Recuperado el agosto de 2021, de https://www.uv.mx/personal/artulopez/files/2012/08/02_TS-y-TI.pdf
- M, G. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (6ta ed.). España: Elsevier. Recuperado el Agosto de 2021
- Marin. (2020). Frecuencia de episiotomías en un hospital de tercer nivel. *Ginecol Obstet. Mex*, 3(88), 139-145. Recuperado el AGOSTO de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/gom203c.pdf>
- Marín, N. (2020). *Frecuencia de episiotomías en un hospital de tercer nivel*. Recuperado el agosto de 2021, de medigraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/gom203c.pdf>

- Marrienier , T. (2011). *Teorías intermedias*. Recuperado el agosto de 2021, de <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/05/adopcion-del-rol-materno-convertirse-en.html>
- Mayo Clinic. (octubre de 2019). *Desgarros vaginales durante el parto*. Recuperado el agosto de 2021, de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/multimedia/vaginal-tears/sls-20077129>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de práctica clínica en el embarazo y puerperio*. Andalucía: Guiassalud.es. Recuperado el julio de 2021, de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
- Moffatt, C. (2005). Identificación de los criterios de infección de heridas. *Convatec*(4), 2-19. Recuperado el agosto de 2021, de <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/identificacion-de-los-criterios-de-infeccion-en-heridas.pdf>
- Moorhead, S. (2014). *Clasificación de Resultado de Enfermería (NOC) Medicion de Resultados en Salud* (5ta ed.). España: Elsevier. Recuperado el Agosto de 2021
- Naranjo , B. (2006). La Comunicacion con los pacientes. *INVEST*, 24(1), 94-98. Recuperado el AGOSTO de 2021, de <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>
- Nature´s Heart. (2021). *Por que consumir alimentos ricos en fibra*. Recuperado el agosto de 2021, de <https://co.naturesheart.com/vida-saludable/por-que-consumir-alimentos-ricos-en-fibra>
- Olmos, J. L. (2008). Dispareunia: investigación de causa física y de causa infecciosa crónica. *Elsevier*, 35(5), 152-159. Recuperado el agosto de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-dispareunia-investigacion-causa-fisica-causa-S0210573X08730685>
- Pérez Jiménez, S. (2004). Posiciones quirúrgicas: Cuidados de Enfermería y prevencion de complicaciones. *nure investigacion*, 1(5), 6-7. Recuperado el agosto de 2021, de <file:///C:/Users/user/Downloads/155-Texto%20del%20art%C3%ADculo-608-1-10-20150519.pdf>
- Pérez Palacios , G. (1993). *NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de*. Recuperado el agosto de 2021, de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-005-SSA2-1993%20Planificaci%C3%B3n%20Familiar.pdf>
- Pinto, F. (2007). Apego y Lactancia Materna. *Presidente. Sociedad Chilena de Pediatría*, 78(1), 96-102. Recuperado el julio de 2021, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v78s1/art08.pdf>
- RAE. (2020). *Definición de:*. Recuperado el Agosto de 2021, de RAE: <https://dle.rae.es/cuidado>

- Reparaz Manroyo, A. (2014). *PROPUESTA DE UN PLAN DE MEJORA PARA EL INGRESO DE LAS PUERPERAS*. Recuperado el JULIO de 2021, de uNIVERSIDAD PUBLICA NAVARRA: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/11256/AinhoaReparazMarroyo.pdf;jsessionid=>
- Robert L, R. (2009). Inicio de la telarquia, la pubarquia y la menarquia en los niños con índice de masa corporal normal y elevado. *Elsevier*, 67(1), 1-5. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-inicio-telarquia-pubarquia-menarquia-ninos-13134142>
- Saavedra Lozano, J. (2015). infecciones bacterianas de la piel y tejidos. *Hospital General Universitario*, 17, 15-17. Recuperado el agosto de 2021, de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/piel.pdf>
- Sanchez González , J., & Martínez Martínez , C. (2015). Valoración de los conocimientos que tiene los pacientes en hemodialisis acerca del tratamiento. *Scielo*, 18(1), 120-131. Recuperado el agosto de 2021, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000100004
- Secretaria de Salud de Veracruz. (2012). *EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*. Recuperado el julio de 2021, de <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>
- Siegfried rhien. (2020). *beneficiosn de lactancia materna*. Recuperado el agosto de 2021, de <https://siegfried.com.mx/lactancia-materna/>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 1(63), 48-53. Recuperado el 25 de agosto de 2021, de PROGRESOS DE Obstetricia Ginecología: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/10_Lesion_obstetrica_del_esfinter_anal._Otros_desgarros_perineales_2019.pdf
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales. *SEGO*, 63(1), 48-53. Recuperado el agosto de 2021, de https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/10_Lesion_obstetrica_del_esfinter_anal._Otros_desgarros_perineales_2019.pdf
- Ucles Villalobos, V. (2015). Tema 3-2017: Rehabilitacion del suelo pelvico. *Revista Clinica de la Escuela de Medicina*, 5(1), 1-7. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2017/ucr171f.pdf>
- Vademecum. (s.f.). *JADELLE*. Recuperado el AGOSTO de 2021, de <https://www.actuamed.com.mx/doctm/34493.htm>

Zambrano Villamar , V. (2017). Hemorragia postparto por desgarro perineal en mujeres primiparas. *Revista Cumbres*, 5(1), 125-135. Recuperado el agosto de 2021, de file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-HemorragiaPostPartoPorDesgarroPerinealEnMujeresPri-7210411.pdf

X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

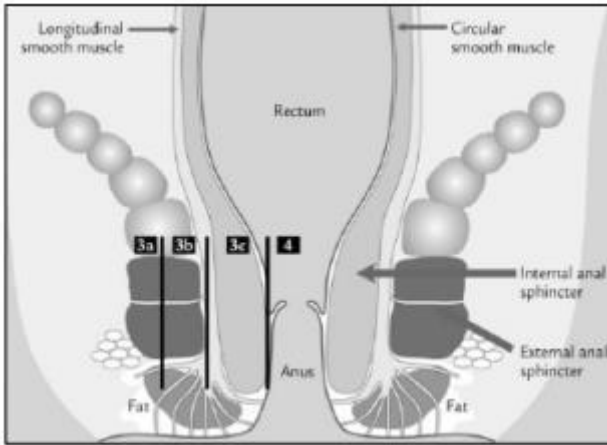
- *Alumbramiento tipo Schultze*: el hematoma retro placentario se forma en el centro de la placenta y este la empuja hacia delante, la placenta desciende y arrastra las membranas por la vagina. El hematoma puede quedarse en el interior de las membranas y se relaciona con un sangrado tardío.
- *Continencia*: La continencia se define como la capacidad de diferir la defecación o la salida de gas hasta el momento y lugar adecuados socialmente.
- *Datos Objetivos*: Consisten en información observable y mensurable. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del usuario.
- *Datos Subjetivos*: se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo. A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre el estado de salud del usuario. Algunos ejemplos son las descripciones que hace el usuario del dolor, la debilidad, la frustración, las náuseas o el desconcierto.
- *Desgarro perineal grado I*: Desgarro que afecta a la horquilla perineal, la piel perineal y la mucosa vaginal.
- *Desgarro perineal grado II*: Afecta, además de lo descrito anteriormente, a la piel y la mucosa, la aponeurosis y los músculos del periné, sin llegar al esfínter anal.
- *Desgarro perineal grado III*: Se extiende a todo lo anterior y al esfínter rectal.
- *Desgarro perineal grado IV*: Incluye extensión a mucosa rectal, y llega a dejar descubierta la luz del recto
- *Dispareunia*: dolor genital asociado al coito.
- *Episiotomía*: Realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal «blando» para abreviar el parto y ayudar a la salida del feto.
- *Fístula*: comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas, por lo general con tejido de granulación.
- *hipogastrio*: Región media anterior e inferior del abdomen.

- *Incontinencia fecal*: la pérdida recurrente involuntaria de material fecal o gases a través del canal anal.
- *Laceración*: solución de continuidad de un tejido producido por un agente traumático. Esta definición abarca a numerosas lesiones, desde pequeñas heridas que no precisarán tratamiento alguno, hasta aquellas que puedan afectar órganos vitales y comprometer la vida.
- *Lactancia materna*: a la proporcionada a la persona recién nacida, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos
- *Lecho Placentario*: es una forma benigna de lesión trofoblástica que se caracteriza por infiltración extensa de células trofoblásticas intermedias al endometrio, miometrio y paredes arteriales
- *Levonogestrel*: pertenece a una clase de medicamentos llamados pregestinas. Actúa evitando la liberación de un óvulo de los ovarios o evitando la fecundación por parte de los espermatozoides
- *Maniobra de Ritgen modificada*: Cuando la cabeza fetal distiende la vulva y el periné lo suficiente para abrir el introito vaginal, hasta un diámetro de 5 cm o más, se puede usar una mano enguantada y cubierta con una compresa para ejercer presión anterógrada sobre el mentón fetal a través del periné, apenas frente al cóccix; concomitantemente, la otra mano ejerce presión superior contra el occipucio. Si bien esta maniobra es más simple que la originalmente descrita por Ritgen (1855), se acostumbra designarla maniobra de Ritgen o maniobra de Ritgen modificada, que tiene ventaja de proteger el periné, tratando de disminuir o evitando desgarros perineales, esto mediante el expulsivo controlado de la cabeza fetal y su extensión.
- *Planificación familiar*: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.
- *Posición de litotomía*: Se utiliza en cirugía perianal, rectal, vaginal y urológica. En ella se sitúa al enfermo en decúbito supino con las extremidades inferiores flexionadas y elevadas, para dejar accesibles al periné y el recto.
- *Promoción a la salud*: estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor

de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

- *Pubarquia*: definida por el desarrollo de vello pubiano sexual
- *Ruidos Cardíacos*: son la expresión sonora del cierre de las válvulas cardíacas, su funcionamiento fisiológico siempre es unidireccional, lo cual permite la correcta circulación de la sangre a través del circuito cardiovascular
- *Sistema*: conjunto de elementos que interactúan entre sí para cumplir metas.
- *Telarquia*: la aparición del botón mamario por primera vez en la mujer.
- *Valoración APGAR*: a la valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de: frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de los tegumentos.
- *Valoración Capurro*: es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada
- *Valoración Silverman Anderson*: es un sistema que permite mediante la evaluación de 5 parámetros clínicos, determinar la presencia o ausencia de dificultad respiratoria

XI. ANEXOS



Anexo 1: Esquema anatómico de los esfínteres interno y externo, de los desgarros de 4.º grado y de los diferentes subtipos de desgarros de 3.er grado. (International urogynecological association, 2016)



Anexo 2: Método de planificación familiar, su presentación de doble varilla Levonogestrel 75mg. (Vademecum, s.f.)



Algunas posiciones sugeridas para amamantar correctamente²

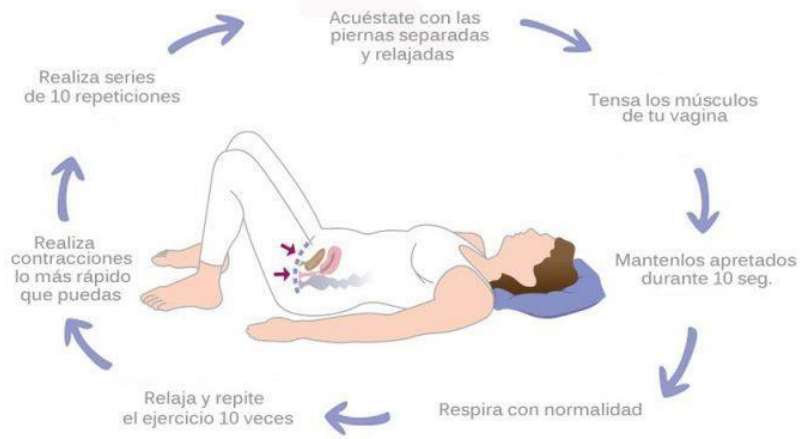
Lo importante es que la madre esté cómoda. Una posición adecuada ayuda a mantener una buena producción de leche, evita el cansancio y que se le lastimen los pezones.¹

- 1. Posición de cuna**
Se debe evitar el uso de almohadas, cojines o sillas que dificulten la postura. Con la espalda recta y los brazos en ángulo de 90 grados, se debe apoyar el codo sobre el brazo de la silla para evitar el cansancio al sostener al bebé sobre su codo.¹
- 2. Posición de fútbol**
El bebé debe estar en posición de fútbol, con la cabeza y el cuello en línea recta y el pecho del bebé pegado al pecho de la madre. El bebé debe estar en posición de fútbol, con la cabeza y el cuello en línea recta y el pecho del bebé pegado al pecho de la madre. El bebé debe estar en posición de fútbol, con la cabeza y el cuello en línea recta y el pecho del bebé pegado al pecho de la madre.
- 3. Posición de mano cruzada**
El bebé debe estar en posición de mano cruzada, con la cabeza y el cuello en línea recta y el pecho del bebé pegado al pecho de la madre. El bebé debe estar en posición de mano cruzada, con la cabeza y el cuello en línea recta y el pecho del bebé pegado al pecho de la madre.
- 4. Posición de silla lateral**
El bebé debe estar en posición de silla lateral, con la cabeza y el cuello en línea recta y el pecho del bebé pegado al pecho de la madre. El bebé debe estar en posición de silla lateral, con la cabeza y el cuello en línea recta y el pecho del bebé pegado al pecho de la madre.
- 5. Posición de silla frontal**
El bebé debe estar en posición de silla frontal, con la cabeza y el cuello en línea recta y el pecho del bebé pegado al pecho de la madre. El bebé debe estar en posición de silla frontal, con la cabeza y el cuello en línea recta y el pecho del bebé pegado al pecho de la madre.
- 6. Posición de silla posterior**
El bebé debe estar en posición de silla posterior, con la cabeza y el cuello en línea recta y el pecho del bebé pegado al pecho de la madre. El bebé debe estar en posición de silla posterior, con la cabeza y el cuello en línea recta y el pecho del bebé pegado al pecho de la madre.

Referencias:
1. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Guía de práctica clínica: Lactancia materna exclusiva*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Guía de práctica clínica: Lactancia materna exclusiva*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

SECRETOS DE LA LACTANCIA

Anexo 3: Diferentes posturas para una lactancia materna y sea de manera exclusiva los primeros 6 meses de vida. (Siegfried rhen, 2020)



Anexo 4: Ejercicios de Kegel para apoyo en el suelo pélvico

