



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA:

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PUERPERIO QUIRURGICO INMEDIATO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA ROSA SANCHEZ RODRIGUEZ

DIRECTOR ACADÉMICO LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ

[Firma manuscrita]



ZIHUATANEJO, GRO.

ENERO 2005

m. 708787



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.

AGRADECIMIENTOS:

A MIS PADRES:

Que me regalaron la vida, y que con su esfuerzo realizaron mis sueños de ser una profesionista.

A MIS HIJOS:

Por apoyarme y comprenderme en los momentos que tuve que ausentarme para poder realizar mi más grande anhelo de superarme.

A DIOS:

Por permitir llegar a culminar mis metas planeadas.

A MI ESPOSO:

Por apoyarme en la elaboración de mis trabajos, y apoyo moral.

A MI MAESTRO:

Por el asesoramiento sobre mi trabajo, así como la corrección del mismo, ya que sin su valiosa ayuda no se hubiera desarrollado mi PAE mil gracias le estaré agradecida por siempre.

I N D I C E

Introducción.

Justificación.

Objetivos.

Metodología de trabajo.

Capítulo I . Marco teórico.

1. Generalidades de Enfermería.
Concepto de Enfermería.
- 1.2 Generalidades del proceso enfermero.
- 1.3 la organización mundial de la salud y el proceso de Enfermería.
- 1.4 Etapas del proceso atención de Enfermería.
 - 1.4.1. Valoración de Enfermería.
 - 1.4.2. Diagnóstico de Enfermería
 - 1.4.3. Planeación de los cuidados.
 - 1.4.4. Ejecución de los cuidados.
 - 1.4.5. Evaluación de los cuidados.
- 1.5 Puerperio fisiológico.
 - 1.5.1. Etapas clínicas del puerperio.
 - 1.5.2. Intervenciones de Enfermería en el puerperio.
- 1.6 Cesárea.
- 1.7 Puerperio quirúrgico
 - 1.7.1 Cuidados de Enfermería en el preoperatorio.
 - 1.7.2 Cuidados inmediatos postoperatorios en el puerperio quirúrgico.
- 1.8 Puerperio patológico (complicaciones).

- 1.8.1 Intervenciones de Enfermería en infecciones.
- 1.8.2 Intervenciones de enfermería en hemorragia puerperal.
- 1.9 Alteraciones emocionales en el puerperio.
- 1.10 complicaciones de lactancia.

Capítulo II. Aplicación del proceso atención de Enfermería

- 2.1. Valoración.
- 2.2.- Diagnósticos de Enfermería.
- 2.3 Planeación, ejecución y evaluación.

Plan de alta.

Conclusiones.

Sugerencias.

Glosario.

Bibliografía.

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo pretende demostrar la importancia del proceso atención de Enfermería, que al llevarlo a cabo en una usuaria del servicio de obstetricia hospitalizada y con un diagnóstico de Puerperio Quirúrgico inmediato, por sus características requiere en apariencia de atención de Enfermería "sencilla y rutinaria", asimismo, tiene como punto de partida la identificación de las necesidades o problemas para la salud del paciente en una forma integral, para después poder brindar una atención de Enfermería eficaz a través de cuidados individualizados.

Este trabajo consta de las siguientes partes: Justificación del porqué y para qué el cuidado de la paciente. Se describen los objetivos que se pretenden alcanzar, también la metodología de trabajo, el método del proceso atención de Enfermería describiendo las 5 etapas que lo conforman y la aplicación práctica de cada una de ellas: Valoración de necesidades, diagnóstico de Enfermería, plan de atención de Enfermería, ejecución y evaluación.

En el capítulo I se da a conocer, el marco teórico conceptual generalidades de enfermería y del proceso enfermero, puerperio fisiológico y quirúrgico y cesárea así como sus complicaciones y la fundamentación teórica de las intervenciones de Enfermería.

En el capítulo II se describe la aplicación del proceso atención de enfermería valoración realizada mediante la historia clínica de la paciente.

Se da a conocer la planeación, ejecución y evaluación en el plan de acción de Enfermería, jerarquizando los problemas y la educación para la salud, mediante un plan de alta

Por último, se presentan las conclusiones, sugerencias; un glosario de términos para mayor comprensión de las temáticas abordadas; la bibliografía consultada.

JUSTIFICACIÓN.

El proceso de atención de Enfermería desarrollado en una paciente de puerperio quirúrgico inmediato, es con el objeto de tener un formato sistemático que me permita identificar y resolver los problemas y necesidades fundamentales de la paciente.

Al titularme como licenciada en Enfermería y Obstetricia contaré con una herramienta fundamental para el futuro como profesionalista, que me permita brindar cuidados integrales que coadyuven a la recuperación pronta de la paciente.

OBJETIVO GENERAL

- 1.- Sustentar examen profesional a través del proceso atención de Enfermería.
- 2.- Brindar atención de Enfermería en coordinación con el equipo de salud para proporcionar cuidados específicos e individualizados en forma integral en una paciente de puerperio quirúrgico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Fomentar el restablecimiento de las funciones corporales maternas durante el puerperio temprano.
2. Fomentar el establecimiento del vínculo afectivo entre padres e hijos.
3. Dar a la paciente educación para la salud a su egreso hospitalario sobre el binomio madre e hijo.
4. Planear, ejecutar y evaluar el plan de cuidados.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

El presente trabajo, se construyó a partir de la revisión bibliográfica para recopilar información respecto a los temas que se abordan y hacen referencia a la situación de salud de la persona que estuvo a mi cuidado personal. En fichas de trabajo se fueron elaborando resúmenes y anotando referencias bibliográficas para las citas al pie de página.

Se utilizó como método de trabajo el proceso de atención de Enfermería, herramienta útil en el quehacer enfermero, sin considerar algún modelo de Enfermería de manera específica, de entre las diversas teorías existentes; para valorar la condición de salud de la persona y organizar posteriormente la información.

La valoración de necesidades se llevó a cabo a través de la observación directa, la entrevista con el paciente y sus familiares, la elaboración de la historia clínica y el examen físico; los cuales permitieron identificar problemas prioritarios de salud.

Los diagnósticos de Enfermería fueron elaborados siguiendo la metodología del formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) y posteriormente se jerarquizaron.

El Plan de atención de Enfermería fue proyectado tomando en consideración los problemas de la paciente, se establecieron prioridades, se plasmaron los objetivos respecto a los cambios a lograr en las condiciones de salud y se determinaron las actividades de Enfermería para tales fines. En su momento se recurrió a la fundamentación teórica del plan de cuidados.

La ejecución del plan de atención de Enfermería consistió en la realización de las acciones de Enfermería dando prioridad según los problemas detectados en la paciente.

En la evaluación del plan de atención de Enfermería se registraron las reacciones y cambios en la paciente, se valoró la eficacia de las intervenciones

de Enfermería en cuanto a la solución de problemas y satisfacción de las necesidades de la paciente, consecuentemente se verifico el logro de los objetivos específicos planteados.

CAPITULO I MARCO TEORICO

1.1 GENERALIDADES DE ENFERMERÍA.

La Enfermería en la actualidad y en nuestro país al igual que en otras partes del mundo lucha por consolidarse como una disciplina científica, convencidos de que los cuidados brindados por la mujer son milenarios y que distan de ser un oficio por su firme ideología (sistema de creencias y valores) y por estar cada día más inmersos en el mundo científico, requieren de una redefinición que deje claro lo que es la Enfermería como profesión.¹

La diferencia entre la Enfermería y las demás disciplinas sanitarias, con las que se relaciona, reside en la profundidad y amplitud del foco de la Enfermería. Las demás disciplinas se centran en algo más limitado que la Enfermería. Es cierto que el especialista en nutrición sabe más en nutrición y el farmacéutico de farmacología terapéutica que cualquier enfermera. Sin embargo, cada enfermera aporta conocimientos de nutrición y farmacología a las relaciones con los sujetos de atención. El grado de estos conocimientos es suficiente en muchos casos; cuando resulta insuficiente, entonces hace falta una consulta. Ninguna otra disciplina posee esta variedad de conocimientos, lo cual explica por qué han resultado costosos y finalmente un fracaso los intentos por sustituir la Enfermería por otras disciplinas.²

Profesión es la acción y el efecto de profesar. Esta definición indica el compromiso con principios y teorías científicas, a las cuales se profesa un afecto sincero, es decir, la adhesión a un conjunto de prácticas, aceptadas, que involucran un código de ética profesional, el dominio del conjunto de conocimientos científicos y la relación con otras profesiones. La sociedad le concede a la profesión un reconocimiento, le demanda un trabajo específico y le otorga la autonomía para poderlo realizar. Esta decide qué hacer, cómo hacerlo y quién debe hacerlo.

¹ Rodríguez S. Bertha A., Proceso Enfermero Aplicación Actual, P.19.

² Roldan de T. Amparo y Fernández de S. María Stella, Proceso Atención de Enfermería, P. 1

Entre los profesionales del área de salud, la Enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanentemente como sujeto de atención. Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y, a través de la práctica necesaria.³

La organización profesional que reúne a todas las enfermeras de Estados Unidos, desarrollo una definición básica y vigente que describe los alcances de la práctica de esta profesión: "La Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales".⁴

Concepto de Enfermería. Es la "ciencia" y "el arte" de proporcionar cuidados de "predicción, prevención y tratamiento" de las "respuestas humanas" del "individuo, familia y comunidad a procesos vitales o problemas de salud".

¿Porque la Enfermería debe ser Considerada una Ciencia?

La Enfermería se constituye en una ciencia en su fase inicial de desarrollo por tener elementos integrantes de una actividad investigadora como son: conocimientos propios que surgen de la confrontación de conocimientos de diversa disciplinas científicas con la realidad específica de Enfermería, logrando así un conjunto de conocimientos sistemáticos respectivos al cuidado enfermero; empleo del método científico durante y para el ejercicio profesional y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos. Así mismo la Enfermería reúne las siguientes características sistemáticas de la ciencia: paradigma para dar respuesta a los problemas de la Enfermería de acuerdo al momento histórico, con supuestos, normas, métodos y técnicas que evolucionan pero al mismo tiempo se complementan; (coherencia en la interrelación de hechos, principios, leyes y teorías; campo definido del conocimiento "las respuestas de los seres humanos a la salud y enfermedad"; expresión de proposiciones universales de los fenómenos que se propone investigar; proposiciones verdaderas o probablemente verdaderas que ofrecen una base para la fiabilidad y validez de su práctica, estableciendo

³ Ibidem; P. p. 1-2.

⁴ Murria Mary Ellen, Atkinson Lesly D., Proceso de Atención de Enfermería, P. 1.

interconexiones entre los conceptos del meta paradigma "persona, entorno, salud y Enfermería", empleo de procesos de la lógica y explicación de sus investigaciones y argumentos.⁵

¿Por qué la Enfermería es un Arte?

Por ser una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional; lo que la hace ser creativa e innovadora.⁶

¿Cuál es la Esencia de Enfermería?

La razón de ser de la Enfermería es cuidar la salud, a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad; por consiguiente su campo de acción específico es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas.⁷

¿Que son las Respuestas Humanas?

Es la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad, representando todos aquellos fenómenos que tienen que ver con el profesional de Enfermería. Esta forma de responder incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos. Las respuestas humanas son personales y múltiples por obedecer a la naturaleza propia de cada individuo y surgen como resultado de las necesidades del ser humano, de la interacción con el entorno y de los problemas que origina la pérdida de la salud.⁸

⁵ Leddy Susan, et. Al., Bases conceptuales de enfermería profesional, P. 98.

⁶ Iyer, Patricia W., Proceso y diagnóstico de enfermería, P.2.

⁷ Alfaro Lefevie Rosalinda., Aplicación del proceso enfermero, P. 13.

⁸ Iyer P.W. Ob. Cit. P. 124.

1.2. GENERALIDADES DEL PROCESO ENFERMERO.

Definición.- El proceso de Enfermería es un método ordenado y sistemático, para obtener información e identificar los problemas, del individuo, familia y/o comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de Enfermería. Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de Enfermería.⁹

Este proceso es el crecimiento, la habilidad constante esencial que ha caracterizado a la Enfermería desde el inicio de la profesión.¹⁰

También es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.¹¹

Tiene como meta identificar las necesidades de cuidados actuales y potenciales para la salud del cliente con la finalidad de establecer los planes de acción que permitan intervenir en la satisfacción de las mismas.¹²

Es decir un proceso es una serie de acciones u operaciones planeadas que dirigen hacia un resultado particular.¹³

Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las repuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud, para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco teórico.¹⁴

Características del Proceso Atención de Enfermería:

El proceso de Enfermería exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar decidir, realizar,

⁹ Roldan de T. A. Y Fernández de S. M. S., Ob. Cit. P. 3.

¹⁰ Murray M. E., Atkinson L. D., Ob. Cit. P.3.

¹¹ Alfaro, L. R., Ob. Cit. P. 4.

¹² Hernández Ramírez Luz María, Rodríguez Jiménez Sofía, Sandoval Alonso Leticia, Proceso de enfermería, P. 8.

¹³ Kozzier, Barbara, Fundamentos de enfermería, volumen 1, P. 106.

¹⁴ Iyer Patricia W., Tapich B. J., Bernochi+ Losey D., Proceso de enfermería y Diagnóstico de enfermería, P. 13.

evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de Enfermería, para que logren alcanzar su potencial máximo de salud, porque este proceso trata de mejorar las respuestas humanas.¹⁵

El proceso atención de Enfermería es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.¹⁶

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico es decir, total e integrado.

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas de los problemas o disminuir los factores de riesgo, también valora los recursos y capacidades, en el desempeño del usuario y de enfermera.

Sistemático porque permite la organización del trabajo y así brindar cuidados para el logro de objetivos, por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Dinámico porque evoluciona según respuestas del paciente, lo que amerita un cambio continuo, por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Interactivo porque se enfatiza en la relación enfermera-paciente, es decir, requiere de la intervención humano-humano para acordar y lograr objetivos comunes.

¹⁵ Iyer Patricia W., Tapich B. J., Bernochi Losey D., Ob cit.; P. 13

¹⁶ Rodríguez S. B. A., Ob. Cit. P. 29.

Su finalidad es desarrollar los códigos de ejercicios de la Enfermería y realizar estudios sobre el quehacer, comparar resultados y monitorear cuidados y pautas terapéuticas.¹⁷

Importancia del Proceso de Enfermería:

Como instrumento en la práctica del profesional puede:

- Asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención, individuo, familia y comunidad.
- Proporcionar la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en Enfermería.
- Asegurar la atención individualizada; ofrece ventajas para el profesional que presta atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de Enfermería.

Es decir el uso del proceso de Enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de Enfermería para cada sujeto de atención.¹⁸

VENTAJAS PARA EL PACIENTE:

Participación en su Propio Cuidado: Si los pacientes formulan sus propios planes de atención con la enfermera, adquieren conciencia de su autocapacidad para resolver problemas. Cuando participan activamente en su cuidado, es más probable que se comprometan en el logro de objetivos de sus planes de atención y por tanto obtengan una mejor salud.

Continuidad de la Atención la frustración del enfermo por tener que repetir la misma información a cada enfermera reduce de una manera muy palpable. No es necesario que el paciente comunique a cada una de ellas las inquietudes,

¹⁷ Rodríguez S. B. A., Ob. Cit. P. 29.

¹⁸ Roldan de T. A. Y Fernández de S. M. S., Ob. Cit. P. 3.

preocupaciones y problemas para asegurar que lo atiendan como desea. El plan de cuidados proporciona esa información.

Mejor Calidad de Atención el empleo del proceso de atención de Enfermería da por resultado una evaluación completa del paciente en el momento del ingreso. Los problemas son identificados en este momento por la enfermera quien desarrolla un plan de atención, este plan sirve como guía para otras enfermeras, asistentes y estudiantes a fin de proporcionar un cuidado las 24 horas.¹⁹

Beneficios que obtienen las Enfermeras: Con la aplicación del proceso enfermero se delimitara el campo de acción específico de la Enfermería y con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van mas allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que "el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana".

Las enfermeras al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo, pues emplea principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias.²⁰

¹⁹ Murray M. E., Atkinson L. D., Ob. Cit. P.7.

²⁰ Alfaro, L. R., Ob. Cit. P. 10-17.

1.3 LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y EL PROCESO DE ENFERMERIA.

La definición dada por la Organización Mundial de la Salud, resume las características de proceso de Enfermería resaltando que muchas cuentan con actividades intelectuales, una eficaz resolución del problema y la toma de decisiones. La definición dada por la Organización Mundial de la Salud, declara:

“El proceso de Enfermería es un termino que se aplica a un sistema de intervenciones propias de Enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos. Implica pormenorizar el uso de método científico para la identificación de las necesidades de salud, del paciente-cliente-familia o de la comunidad, así como la utilización para escoger aquella que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de Enfermería; incluye también la planificación para cubrir esas necesidades, la administración de unos cuidados y la evaluación de los resultados, la enfermera en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza recursos. Entonces ella proporciona unos servicios de Enfermería directa o indirectamente, con posterioridad ella evalúa los resultados. La información recibida de la evaluación de los resultados debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores, y en situaciones similares del cuidado de Enfermería, de ese modo, la Enfermería se convierte en un proceso dinámico, que se presta a adaptación y mejoría”. De ello se deduce que cualquier proceso sugiere que exista un objetivo identificable y un sistema para organizarlo y alcanzarlo. Entre las características claves del proceso, se incluyen también la inspiración, la creatividad y la productividad. Las suma de habilidades técnicas de toma decisión que poseen esta características, junto con las actividades de cuidados, es fundamental para el propósito del proceso enfermero.²³

²³ Hernández R. L. M., Rodríguez J. S., Sandoval A. L. Ob. Cit. P. 39.

1.4 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Costa de cinco etapas cíclicas, las cuales se encuentran interrelacionadas entre si y son progresivas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

1.4.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.¹

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad, con la valoración se reúnen "todas las piezas necesarias del rompecabezas "correspondientes a respuestas humanas y fisiopatologías con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.²⁴

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos existentes para conservar y recuperar la salud. Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

- Recolección de la información.
- Validación de la información.
- Registro de la información.²⁵

Recolección de la Información. La recogida de datos es la fase inicial del proceso de cuidados, se convierte en un proceso continuo de recolección de información. A lo largo de su trabajo, la enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de los clientes, son datos significativos capaces de permitir la identificación de los problemas específicos del cliente, deben ser datos objetivos observados por la enfermera a la persona que cuida y datos subjetivos facilitados por el propio paciente,

²⁴ Alfaro, L. R., Ob. Cit., P. 30.

²⁵ Rodríguez S. B. A., Ob. Cit., P. 40.

pueden contener informaciones pasadas y actuales, relativas al propio cliente, a su vida, sus hábitos, su entorno y su medio ambiente.

Fuentes de Información. Para llevar a cabo la recogida de datos, la enfermera deberá recurrir a distintas fuentes; la fuente primaria o directa de información será siempre el propio cliente, existen varias fuentes secundarias o indirectas, que pueden añadirse a la primaria tales como:

- La historia clínica del cliente, actual o anterior.
- La familia y el entorno del cliente.
- El intercambio de información con los demás miembros del equipo de salud.
- Libros, artículos y obras referidos al tema.²⁶

Todas las informaciones recogidas pueden agruparse en dos grandes categorías, los datos relativamente estables y los datos variables:

Datos relativamente estables entre ellos se encuentran las informaciones de carácter general (nombre, edad, sexo, estado civil, etc.) y ciertas características individuales (Raza, idioma, religión, cultura nivel de educación, ocupación), en esta categoría figuran también, los gustos, los hábitos (preferencia de alimentos, ritmo de vida, ocio) y ciertos acontecimientos bibliográficos que pueden estar vinculados a su estado de salud (enfermedades anteriores, embarazos, intervenciones quirúrgicas, accidentes, etc.), determinados elementos físicos o de reacción que son propios del individuo (grupo sanguíneo, Rh, déficit sensorial, alergias, uso de prótesis, etc).

También la identificación de sus redes de apoyo, (familia y amigos), a estos datos hay que añadir también el conocimiento del detalle de la situación que ha conducido al cliente al hospital.

Datos variables estos datos variables están relacionados por ejemplo, con el nivel de ansiedad, de estrés y sufrimiento del cliente, con sus funciones

²⁶ Hernández R. L. M., Rodríguez J. S., Sandoval A. L. Ob. Cit. P. 81

fisiológicas de la respiración, alimentación, eliminación, tensión arterial, su temperatura, o su reacción a la enfermedad o al tratamiento.²⁷

Observación es un elemento primordial en los cuidados de Enfermería. Se define como la capacidad de observar inteligente y sistemáticamente, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior, la observación pasa por un filtro de nuestros mecanismos sensoriales, preceptuales y emotivos. Sé fundamenta, por lo tanto en la subjetividad del observador. Es un requisito fundamental para la evaluación que hace la enfermera y es también de esencial importancia en todos los pasos subsiguientes de Enfermería.²⁸

Las observaciones inteligentes se basan en conocimientos de las ciencias biológicas, físicas y sociales. La enfermera gracias a su educación y experiencia adquiere mayor capacidad para observar factores importantes en relación al aspecto del paciente. Para que la enfermera pueda realizar con mayor objetividad la recopilación de informaciones que pueden serle útiles en el proceso de cuidados, es necesaria una recogida de datos metodológica, seria y muy cuidadosa.²⁹

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y el examen físico ambas se complementan y clarifican mutuamente, en consecuencia se pueden realizar en forma simultánea.

La Entrevista. Es una labor compleja que requiere ante todo de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene una finalidad: la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respecto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario.

Toda entrevista por más sencilla que sea debe tener una introducción, para saludar al usuario, proceder a presentarse y explicar la razón de la entrevista;

²⁷ Hernández R. L. M., Rodríguez J. S., Sandoval A. L. *Ob. Cit.* pp. 81-83.

²⁸ Witter Dugas Beberly, *Tratado de enfermería práctica*, P.122.

²⁹ Witter D. B. *Ob. Cit.* P. 123.

también debe poseer un núcleo, caracterizado por el diálogo y por seguir la estructura de la guía de valoración (es recomendable un orden para evitar omisiones). Por último la entrevista debe presentar un cierre para informar al usuario sobre su término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

El éxito de una entrevista depende de muchos factores, por consiguiente la enfermera con poca experiencia debe pedir asesoría para lograr obtener información completa y veraz. Conforme exista mayor práctica en la entrevista, el profesional de Enfermería se hace competente, al reunir las capacidades; conocimientos habilidades y actitudes necesarios para llevarla a cabo con éxito.³⁰

Entre los aspectos que se deben de tener presentes para realizar una entrevista están los siguientes:

1. Seguir la guía de valoración para llevar un orden y saber exactamente lo que se va a preguntar al usuario (evitar improvisar).
2. Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
3. Valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario debe encontrarse en Condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar las Preguntas.
4. Mantener durante la entrevista una distancia de uno a dos metros con relación al usuario, porque lo puede intimidar (demasiado cerca) o demostrar falta de interés (demasiado lejos). También hay que procurar que tanto la cabeza de la enfermera como la del usuario estén a la misma altura, para facilitar la atención de ambos y evitar sentimientos de inferioridad por parte del usuario al percibirla por arriba de él
- 5.-Dedicar el tiempo necesario para la entrevista, si no es posible valorar en un solo momento al usuario, fraccionar la entrevista y centrar la atención en aquellas áreas que son de mayor problema; sin olvidar completar la valoración general la primera oportunidad que se tenga.

³⁰ Rodríguez S. B. A., Ob. Cit.P. 41.

6. Ser amable, cordial y respetuoso (evitar sobre nombres y diminutivos).
7. Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel educativo del usuario, (evitar términos desconocidos). Seleccionar de acuerdo a información que se desee obtener y características del usuario, preguntas abiertas o cerradas. Una pregunta abierta permite expresar sentimientos y pensamientos. Una pregunta cerrada exige respuestas breves y se utilizan para conocer hechos concretos.
- 8.-Escuchar con atención todo lo que dice el usuario (evitar escribir cuando él este hablando).
9. Conseguir la información sin presionar al usuario (verbal o no verbal); porque puede obtener información errónea o perderse de la misma.
- 10.-Poner atención al lenguaje no verbal del usuario, éste nos dice más que las palabras.
11. Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar completar o adivinar).
12. Desarrollar la capacidad de empatía (tratar de ver el mundo, como lo ve el otro) con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario.³¹

El Examen Físico. Permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de Enfermería y médicas. Éste debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o cefalo caudal.

Para efectuar el examen físico se requieren cuatro técnicas principales: Inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la medición de las constantes vitales y de la somatometría.

La Inspección. Consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído. Es un proceso activo en donde la enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden a seguir; con la inspección se puede valorar; la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite el usuario.

³¹ Alfaro, L. R., Ob. Cit. P. 46

La Palpación. Es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto, es decir las yemas de los dedos, ya que por su inervación las hace sensibles para determinar; textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos etc. Se lleva a cabo de una forma organizada de una región a otra.

La Percusión. Es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones y se emplea para estimar el tamaño y la forma de órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido, la percusión puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con las yemas de los dedos o indirecta cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

La Auscultación. Es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo, y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos. Al igual que la percusión ésta puede ser directa Son aspectos imprescindibles del cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

Por último, el examen físico incluye la somatometría (estatura, peso, perímetro y segmentos corporales), estos parámetros también nos permiten valorar en forma general el estado de salud del usuario, al identificar el crecimiento normal y anormal de estas estructuras corporales; al mismo tiempo que sirven para calcular dosis de medicamentos por parte del médico.³²

Entre los recursos se pueden mencionar:

El gozar de buena salud, la capacidad de adaptación, el ejercicio diario, alimentación acorde a requerimientos, la motivación para el cuidado de la salud, el ambiente familiar favorable para la conservación de la salud y el afrontamiento efectivo al estrés entre otros. Los recursos se refieren a todo aquello que el usuario y su familia consideran como factores que contribuyen a mantener o recuperar su salud.³³

³² Kozzier, Barbara, Enfermería fundamental, conceptos, Proceso y Prácticas, pp. 393-395

³³ Alfaro, L. R., Ob. Cit. P. 93

Validación de la Información. Una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y "cometer errores al identificar los problemas".

La validación de datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.³⁴

Registro de la Información. Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Entre las recomendaciones a tener en cuenta en el momento de efectuar anotaciones se encuentran las siguientes

1. Cumplir con las normas del centro laboral en cuanto a registros.
2. Evitar juicios de valor.
3. Escribir textualmente lo que el usuario expresa (entrecorillado).
4. Acompañar las inferencias con las evidencias respectivas.
5. Señalar y escribir la palabra error y anotar a continuación la apreciación correcta (evitar tachaduras o aplicación de corrector).
6. Procurar que la información sea importante y relevante.
7. Realizar anotaciones claras, concisas y completas.
8. Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
9. Evitar dejar espacios en blanco porque pueden escribir en ellos algo que la Incrimine.
10. Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
11. Anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro.
12. Escribir toda la información que proporcionó al equipo de salud.
13. Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.³⁵

³⁴ Alfaro, L. R., Ob. Cit. p. 53.

1.4.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una "función intelectual compleja" al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).³⁶

La American Nurse Asociación define el diagnóstico de Enfermería como un juicio clínico acerca de la reacción de un paciente a condiciones o necesidades de salud reales o potenciales.³⁷

Razonamiento Diagnóstico. Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas, la enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.³⁸

Algunos autores sugieren hacer una clasificación de los datos, para dividir la información en clases concretas, este paso es indispensable siempre y cuando durante la valoración no se haya seguido un modelo enfermero para recolectar y organizar la información.³⁹

Los pasos a seguir durante el razonamiento diagnóstico son los siguientes:

- a) Realizar un listado de todos los datos significativos: Subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aportó la valoración.
- b) Analizar y agrupar los datos significativos que creé que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.
- c) Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados/ riesgo y con las características definitorias de

³⁵ Iyer Patricia W., Tapich B. J., Bernochi Losey D. Ob. Cit. pp. 80-82

³⁶ Iyer P. W. Ob. Cit. P.3.

³⁷ Murray M. E., Atkinson L. D., Ob. Cit. P. 33

³⁸ Alfaro, L. R., Ob. Cit. P. 88.

³⁹ Iyer P. W. Ob. Cit. P.96.

las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. En caso de respuestas fisiopatológicas realizar investigación bibliográfica o pedir asesoría a un experto.

- d) Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- e) Determinar si la enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema (cuando la respuesta es SI es un diagnóstico enfermero, si la respuesta es NO es un problema interdependiente).
- f) Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros), y a las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes).
- g) Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema).⁴⁰

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

Problema Interdependiente o de Colaboración. Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en *colaboración con el equipo de salud*. Se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el usuario.⁴¹

CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS.

A) El Diagnóstico Enfermero Real. Describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de

⁴⁰ Alfaro, L. R., Ob. Cit., P. 89.

⁴¹ Luis Rodríguez Ma. Teresa, Diagnósticos enfermeros, P. 6.

características definitorias, (datos objetivos y subjetivos) además de tener factores relacionados.

B) El Diagnóstico Enfermero de Riesgo (Potencial). Describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

C) El Diagnóstico Enfermero de Salud. Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.⁴²

¿CÓMO SE ESTRUCTURAN LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS?

En el caso del diagnóstico enfermero real. Se aconseja un formato de tres partes: problema + factores relacionados + datos objetivos y subjetivos⁴³

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias / sintomatología), son las evidencias de que el problema existe.

El problema se une a los factores relacionados con las palabras *relacionado con*, y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras *manifestado por*.

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean únicamente dos partes: problema + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias). Los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.⁴⁴

⁴² Ibidem, pp. 7-8.

⁴³ Luis R. M. T., Ob. Cit. P. 7.

⁴⁴ Iyer P. W. Ob. Cit. P. 132.

Del listado de categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. sólo algunos vienen ya redactados como diagnósticos de riesgo, sin embargo todos los diagnósticos incluidos en la taxonomía como reales, pueden formularse también como riesgo, aunque no estén explícitamente identificados como tales, basta para ello con considerar los factores relacionados como factores de riesgo, y anteponer al nombre la categoría diagnóstica las palabras: *riesgo de*.⁴⁵

En cuanto a la formulación de los diagnósticos de salud éstos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le antepone las palabras: *potencial de aumento de o potencial de mejora de*.

Los diagnósticos de salud son escasos en el listado de categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A., a pesar de ello la mayoría de las etiquetas diagnósticas pueden formularse como tal, si se emplean las palabras antes mencionadas.⁴⁶

Es necesario valorar los patrones de normalidad del sujeto de atención para poder ubicar sus respuestas dentro del contexto, pues esta normalidad depende de la cultura, la educación, el trabajo y las experiencias anteriores de cada individuo. En algunos casos un problema evidente tiene causa desconocida, entonces se formula el diagnóstico de Enfermería con el problema identificado *relacionado con causa desconocida*, lo cual genera actividades de búsqueda de la etiología.⁴⁷

Cuando se va a elaborar un diagnóstico de Enfermería se debe tener en cuenta algunas reglas: 1) usar términos técnicos; 2) evitar juicios de valor, supuestos o deducciones; 3) escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención; 5) escribir con relación o relacionado con en vez de debido a; 6) la primera y segunda parte deben ser diferentes; 7) evitar invertir las dos partes del enunciado; 8) no utilizar el diagnóstico médico y 9) el problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar.⁴⁸

⁴⁵ Luis R. M. T., Ob. Cit. P. 8.

⁴⁶ Roldan de T. A. Y Fernández de S. M. S., Ob. Cit. P. 9.

⁴⁷ Luis R. M. T., Ob. Cit. P.6.

⁴⁸ Iyer Patricia W., Tapich B. J., Bernochi Losey D. Ob. Cit. P. 13.

La Validación. Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependiente. La enfermera debe consultar al usuario para corroborar que está en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.⁴⁹

Registro de Diagnósticos Enfermeros. Una vez validados los diagnósticos y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de Enfermería y en los planes de cuidados para iniciar la etapa de planeación. Las políticas y normas de cada institución para el cuidado de la salud generan una diversidad en los registros de Enfermería; sin embargo todos deben considerar un apartado para que la enfermera documente sus juicios clínicos.⁵⁰

1.4.3. PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.⁵¹

Los pasos para realizar la planeación son:

Establecimiento de Prioridades. Posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.⁵²

La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Kalish, resulta fácil cuando la enfermera sigue el orden señalado por Alfaro:

⁴⁹ Rodríguez S. B. A., Ob. Cit. P. 71.

⁵⁰ Ibidem. P. p. 71-72.

⁵¹ Iyer P. W. Ob. Cit. P. 157.

⁵² Rodríguez S. B. A., Ob. Cit. P. 71.

Prioridad 1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.

Prioridad 2. Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.

Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.

Prioridad 4. Problemas que interfieren con la autoestima.

Prioridad 5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de Enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.⁵³

Determinación de Objetivos. Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos "usted mide el éxito de un plan determinado" al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de Enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y "son factores de motivación" al generar numerosas acciones en las enfermeras.⁵⁴

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

a) Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema (objetivo final), y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos.

⁵³ Alfaro, L. R., Ob. Cit., P. 116.

⁵⁴ Alfaro, L. R., Ob. Cit., P. 121.

En muchas ocasiones es suficiente con plantear un solo objetivo (que es el que da solución al problema). En caso de querer mayor precisión se pueden incluir objetivos específicos para los diagnósticos enfermeros.

b) Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se tratan de problemas interdependientes. *

Algunas autoras recomiendan no formular objetivos para los problemas interdependientes, ya que el tratamiento del problema o su prevención no depende únicamente de la actuación enfermera; además de que deben ser incluidos en el plan terapéutico general del usuario; sin embargo con fines de aprendizaje es recomendable su redacción e inclusión en los planes de cuidados.⁵⁵

c) Incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.

Son verbos no observables y evaluables: "saber, pensar, comprender, apreciar, aceptar y sentir", en consecuencia se recomienda no utilizarlos.

Entre los verbos observables y evaluables están: "identificar, describir, hacer, relatar, explicar, hacer un listado, comentar, discutir, demostrar, compartir, expresar, perder, aumentar, mostrar, ejercitar, comunicar, toser, andar".⁵⁶

d) Ser claros y precisos, con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancias en que debe realizar la conducta) y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción). Valorar cuando incluir condición y criterio de realización.

e) Haber involucrado al usuario y su familia, para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En caso de los objetivos para problemas

⁵⁵ Luis R. M. T., Ob. Cit. P. 7.

⁵⁶ Alfaro, L. R., Ob. Cit. P. 124.

interdependientes es conveniente la participación de todos los integrantes del equipo sanitario, además del usuario y familia.

f) Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo. Cuando deseé alcanzar dos conductas es preferible redactar dos objetivos.

g) Ser realistas, es decir que consideren las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario para que se puedan alcanzar.

h).- Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.

Algunos ejemplos de verbos de dominio cognitivo son": enseñar, discutir, identificar, descubrir, hacer un listado y explorar", del dominio afectivo: "expresar, compartir, escuchar, comunicar y relatar" y del dominio psicomotor: "demostrar, practicar, hacer, andar, inyectar y toser".⁵⁷

Determinación de Acciones de Enfermería. Las intervenciones de Enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos, y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problemas interdependientes. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación "problema" mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de Enfermería específicas".⁵⁸

Documentación del Plan. Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las investigaciones de Enfermería y registrar resultados alcanzados.

1.4.4. EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS.

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados, y está enfocada al inicio de aquellas

⁵⁷ Ibidem, P. 125.

⁵⁸ Iyer P. W. Ob. Cit. P. 186.

intervenciones de Enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.⁵⁹

Los pasos de la ejecución son:

Preparación consiste en que antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

- 1.- Revisar, que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean "compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria, haciéndose necesaria la revaloración.⁶⁰
- 2.- Analizar y estar seguros de que se tiene los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
- 3.- Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de Enfermería.
- 4.- Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
- 5.- Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
- 6.- Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a "los cuatro puntos claves de la delegación."⁶¹

Intervención. Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de Enfermería planeadas, que incluyen: la valoración; la prestación de cuidados para el logro de los objetivos; la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar las capacidades físicas,

⁵⁹ Ibidem.; P. 210.

⁶⁰ Ibidem.; P. 224.

⁶¹ Iyer P. W. Ob. Cit. P. 225.

psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de Enfermería, para lograr su participación e independencia.⁶²

En cada intervención de Enfermería, la enfermera es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones, observando atentamente la respuesta del usuario y familia.⁶³

Documentación. Es el registro que realiza la enfermera en las notas de Enfermería, en calidad del documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de los registros de Enfermería: mantener informado a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario ó familia. Ser la base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados. Respalda legalmente las actuaciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados.⁶⁴

Existen gran diversidad en los registros de Enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, éstos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de Enfermería; resultados obtenidos, nombre y firma de la enfermera. Asimismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.⁶⁵

1.4.5. EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS.

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de la Enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

⁶² Alfaro, L. R., Ob. Cit. P. 160

⁶³ Iyer P. W. Ob. Cit. P. 231.

⁶⁴ Alfaro, L. R., Ob. Cit. P. 164.

⁶⁵ Ibidem., P. 166.

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: determinar el logro de los objetivos, identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado, por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.⁶⁶

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad, la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso, hacia la realización de sus metas en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias.⁶⁷

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continúa ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la Enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia.⁶⁸

1.5 PUERPERIO FISIOLÓGICO

Recibe el nombre de puerperio aquella etapa del estado grávido que continúa a la expulsión del producto de la concepción, sin importar la duración de la gestación así como que el producto nazca vivo o muerto.

El puerperio se inicia cuando termina el tercer periodo del trabajo de parto, llamado también alumbramiento y su duración se prolonga por seis a ocho semanas después, lapso en el cual los genitales femeninos involucionan hasta adquirir las características que tenían antes de iniciarse el embarazo.⁶⁹

⁶⁶ Rodríguez S. B. A. Ob. Cit. P. 90.

⁶⁷ Alfaro, L. R., Ob. Cit. P. 182.

⁶⁸ Leddy S. Et. Al., Ob. Cit. P. 263.

⁶⁹ Enriquez Arellano Genaro, ginecología y Obstetricia, P. 213.

Al ser expulsada la placenta en el alumbramiento, hay un súbito cambio endocrino por la desaparición de importantes aportes hormonales, que son la causa de las modificaciones que experimenta el organismo en general y el aparato genital en general. Los niveles de estrógenos, progesterona y lactógeno placentario descienden bruscamente pocos días después del parto. El sistema endocrino en general, regresa paulatinamente a sus niveles funcionales preconcepcionales; la prolactina, hormona adenohipofisiaria presente en pequeñas cantidades durante el embarazo, se produce ahora en cantidades crecientes que, al actuar sobre los acinos glandulares mamarios, previamente preparados por los estrógenos y la progesterona, determina la secreción láctea o lactopoyesis.⁷⁰

Es una etapa de restablecimiento paulatino anatómico y funcional de todas las modificaciones gravídicas; sucede por un proceso de involución, hasta casi restituirlas a su estado pregravídico; clínicamente se le define como el periodo que va desde la terminación del parto hasta la recuperación de las condiciones anatomo-funcionales del aparato genital. Su duración es de 42 días, generalmente se divide en tres etapas: inmediata, mediata y tardía.⁷¹

1.5.1. ETAPAS CLÍNICAS DEL PUERPERIO.

Puerperio Inmediato. Son las primeras 24 horas después de concluido el parto y también se le llama puerperio inicial. Se ha calculado que el sangrado en esta etapa no debe exceder de 500 mililitros. El útero debe estar firmemente contraído y llegar su fondo a nivel de la cicatriz umbilical, frecuentemente desviado a la derecha, puede movilizarse con facilidad sin despertar mayores incomodidades a la paciente, la cual debe estar conciente aunque quizá bajo el efecto de la sedación (por la anestesia en caso de operación); los signos vitales son estables y hay sudoración relativamente abundante. Si no ha habido alguna complicación que suponga atonía uterina como consecuencia de fatiga o sobre distensión de las fibras musculares del útero, puede no administrarse ningún oxitócico aunque en forma rutinaria tiende a administrarse.⁷²

⁷⁰ Llaca R. V., Fernández A. J. Ob. Cit. P. 427.

⁷¹ Guyton May, Tratado de Fisiología médica. P. 832

⁷² Enríquez A. G., Ob. Cit. P. 216.

B) Puerperio Mediato. Esta etapa continua a la anterior y tiene duración de ocho días; algunos autores aceptan una variación que va de 5 a 10 días. El sangrado genital progresivamente ha ido disminuyendo en volumen y si en los tres primeros días eran francamente hemáticos por dos o tres días más serán serohemáticos; del quinto día en adelante serán principalmente serosos. El útero ha disminuido de volumen progresivamente, aunque ocasionalmente al tercer día aún puede palpase el fondo del útero a nivel de la cicatriz umbilical.

Al final de esta etapa el útero tendrá su fondo a la mitad del trayecto entre el pubis y el ombligo; la palpación y movilización del útero será siempre indolora; en caso contrario deberá sospecharse que esté infectado o contenga restos placentarios.⁷³

Las heridas operatorias (episiotomía, cesárea) se curarán diariamente tratando de mantenerlas limpias y secas.

Los analgésicos estarán indicados cuando la contractilidad uterina posparto sea dolorosa y la herida cause molestias.

C) Puerperio Tardío. Continúa al mediato y su duración se extiende por seis semanas y otros autores consideran ocho semanas. En esta etapa se iniciará la actividad física de la paciente según sus necesidades familiares y sociales. El sangrado genital puede presentarse muy ocasionalmente debiendo ser progresivamente en menor volumen; frecuentemente la secreción será serosa y en muchas pacientes sólo habrá alguna leucorrea; cualquier sangrado mayor deberá hacer sospecha de retención de restos o de infección genital; la secreción láctea continuará en volumen constante, está será la fase de amamantamiento más ardua ya que el horario estará regido por la solicitud del recién nacido.

A través de las diferentes etapas en las que se divide el puerperio fisiológico ocurren cambios locales y generales en el organismo.⁷⁴

⁷³ Ibidem.; 217.

⁷⁴ Enríquez A. G., Ob. Cit.; pp. 217-218.

1.5.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO.

Cuidados puerperales iniciales (primeras seis horas)

- Vigilar la presión arterial, el pulso, el color de la piel y el tono uterino cada 15 minutos durante la primera hora.
- Dar masaje al fondo uterino según se requiera y observar el flujo de loquios; el útero reblandecido puede indicar la necesidad de administrar solución de oxitocina por vía intravenosa.
- Dar instrucciones a la paciente sobre la manera de valorar la hemorragia y el tono uterinos y sobre cómo efectuar el masaje del fondo.
- Aplicar compresas heladas al perineo durante las 8 o 12 primeras horas del puerperio para reducir el edema y la equimosis, y para fomentar el bienestar de la paciente.
- Alentar a la mujer a mantenerse en decúbito ventral (recostada sobre el abdomen) cuando sufra malestar por contracciones uterinas o entuertos; administrar la analgesia como se haya indicado.
- Aconsejar a la madre que orine temprano y con frecuencia y ayudarla en el sanitario para la micción cuando no sea capaz de orinar.
- Promover la ingestión libre de líquidos, hasta 2000 mililitros en 12 horas, y la dieta según se desee.
- Ayudar en el amamantamiento y en la asistencia del recién nacido durante la primera o las dos primeras horas.⁷⁵

Cuidados puerperales sostenidos (seis horas a tres días).

- Si los loquios parecen excesivos (más de una toalla sanitaria totalmente saturada en una hora), o si el flujo se incrementa después de haber disminuido de manera progresiva, empezar a contar las toallas sanitarias empleadas e iniciar una vigilancia más estrecha para identificar con oportunidad la hemorragia puerperal.
- Alentar los baños de asiento, fríos el primer día y a continuación tibios.

⁷⁵ Océano C. Ob. Cit. pp. 875-881.

- Animar a la mujer a tomar duchas tibias y a darse masaje en las mamas para estimular la circulación y reducir la ingurgitación si está amamantando.
- Aplicar compresas frías a las mamas de las madres que no amamantan; aconsejarles que empleen un sostén apretado o un vendaje firme, y administrarles los analgésicos que requieran.
- Alentar el reposo, el sueño y la relajación.
- Prevenir el estreñimiento estimulando la ingestión libre de líquidos y el consumo de alimentos ricos en fibra, como frutas frescas y vegetales; pueden administrarse ablandadores de las heces cuando sea necesario.
- Facilitar la interacción temprana entre el niño y sus padres y animar a éstos para que acudan a las charlas y demostraciones sobre cuidados infantiles.
- Instituir un plan de enseñanza para el alta que incluya a ambos padres y aporte la siguiente información: Cambios esperados en los loquios y signos de peligro, ejercicios y nivel de actividad sugeridos, necesidad de reposo, aspectos emocionales del puerperio, relaciones sexuales y anticoncepción, cuidados mamarios y perineales, recomendaciones dietéticas, necesidad de vigilancia de la madre y el recién nacido.⁷⁶

Atenciones en el hogar durante la primera semana del puerperio.

Ejercicio y ambulación precoz. La ambulación temprana no significa el retorno a las actividades normales o al trabajo. La ambulación temprana da una ayuda psicológica y una sensación de bienestar, apresura la involución del útero, favorece el desagüe uterino y puede reducir la frecuencia de flebotrombosis y de tromboflebitis, al promover una mejor circulación sanguínea en la pelvis y en las extremidades inferiores.

El descanso es esencial y no debe obligarse a ninguna paciente a levantarse contra su deseo. Se debe instar pero no forzar a la actividad. No se debe permitir esfuerzos tales como levantar, cargar o empujar.

⁷⁶ Océano C. Ob. Cit., pp. 881-882.

Dieta. Tan pronto como la paciente este libre de los efectos de la anestesia, y solicite comer, se le puede servir una dieta liquida, posteriormente se le recomienda alimentos ricos en fibras y proteínas con aumentos de líquidos. Si es necesario se continuara el complemento vitamínico-mineral, por dos semanas, en las mujeres que no lactan; y en las que lo hacen, durante todo el tiempo de la lactación.

Baño. Tan pronto como la paciente esté en condiciones, puede tomar una ducha. Los baños de asiento y de tina, no tienen inconveniente después del segundo día posparto, si se hacen en tinas escrupulosamente limpias.⁷⁷

Cuidados puerperales en las primeras tres semanas en casa (del octavo al veintiochoavo días del puerperio).

Las medidas higiénicas deberán ser las mismas que las practicadas que en hospital. Antes de dar de alta al paciente, se le informa que ella notará la disminución del escurrimiento genital sanguinolento en el transcurso de tres semanas y la posible aparición de una “pequeña menstruación” entre la cuarta y quinta semana del puerperio (hemorragia de la zona de inserción placentaria).

La paciente debe usar constantemente porta busto, especialmente si está lactando con el objeto de conservar su figura, pero sólo debe utilizar faja si la necesita o acostumbra usarla. Únicamente deben emplearse duchas vaginales cuando existen indicaciones específicas. No deben reiniciarse las relaciones sexuales hasta que la cesárea, episiotomía o laceraciones hayan cicatrizado.

La actividad y tareas hogareñas deben ser aumentadas en forma gradual durante el periodo de recuperación en casa. Se recomienda tener limitaciones razonables durante las primeras tres a cuatro semanas posterior a su alta hospitalaria.⁷⁸

⁷⁷ Benson Ralph C., M. D. Manual de Ginecología y Obstetricia, P. p. 217-219.

⁷⁸ Benson R. C., M. D. Ob. Cit. P. 220.

1.6 CESÁREA

Es una incisión quirúrgica que se realiza a través de la pared abdominal con el objetivo de extraer el producto de la concepción y los anexos placentarios.

Frecuencia.- es la que se practica en este procedimiento y varían, las cifras correspondientes en las dos diferentes categorías de atención, a) instituciones: oficiales y privadas. En el transcurso de cuatro decenios en México, en ambas se observa el aumento del índice de cesáreas por año.⁷⁹

Se muestra también el número de cesáreas por año con relación a los nacimientos, de 1995 al 2000, en el Hospital General Regional, "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" de Zihuatanejo, Guerrero, en donde también observamos el aumento de incidencia.

La frecuencia en México en los cuatro decenios de 1951 a 1991 ha ido en aumento paulatino, a nivel institucional, de 1951 a 1959 fue de 2%, de 1960 a 1965 se registro con un 5%, entre 1966 a 1970 se alcanzo el 7%, el mayor registro se tuvo entre 1971 a 1984 que alcanzo 25%, 1985 a 1990 32%, en 1991 aumento a 41%. En instituciones privadas, de 1951 a 1970 15%, 1971 a 1984 39% y de 1985 a 1991 la estadística se elevo a un 80%.

En el Hospital General Regional "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez", que es mi medio hospitalario, se observa también que a través de los años a aumentado el porcentaje de cesáreas con relación a los nacimientos por año del 2000 al 2005. del 2000 al 2001 25%, 2002 a 2003 28.1%, 2003 a 2004 31.9% 2004 a 2005 34.6% se tuvo el mayor incremento de cirugías que representó el mayor numero de incidencias de cesáreas y de planificación familiar post-evento obstétrico, de dispositivo intrauterino y oclusión tubarica bilateral.

⁷⁹ Llaca Rodríguez Victoriano, Fernández Alba Julio, Obstetricia Clínica, P. 421.

Las indicaciones para la práctica de este procedimiento obstétrico son múltiples, pueden agruparse en absolutas y relativas; a su vez, participan como condicionante factores maternos, fetales o mixtos.

Absolutas:

- a) Desproporción Céfalo pélvica.
- b) Pelvis asimétrica.
- c) Brevedad de cordón.
- d) Situación transversa.
- e) Procidencia de cordón.
- f) Dos o más cesáreas previas.
- g) Hemorragia de la segunda mitad del embarazo.
- h) herpes genital activo.

Relativas:

- a) Presentación pélvica.
- b) Embarazo gemelar.
- c) Cesárea previa.
- d) Distocia dinámica.
- e) Embarazo prolongado.
- f) Nacimiento pretermo.
- g) Disfunción placentaria.
- h) Sufrimiento fetal agudo.
- i) Tumorectomía uterina.
- j) Jareta cervical.
- k) Enfermedad hipertensiva aguda.
- l) Ruptura prematura de membranas.
- m) Infección por virus del papiloma.⁸⁰

Complicaciones.- Aunque hoy la operación cesárea tiene morbilidad y mortalidad bajas, la morbilidad materna más frecuente es la infección en el puerperio post-quirúrgico, para lo cual han sido descritos y estudiados los

⁸⁰ Llaca Rodríguez Victoriano, Fernández Alba Julio, Obstetricia Clínica, P. 421

denominados factores de riesgo en tres periodos: antes, durante y después de la operación:

Pre-operatorios	Trans-operatorios	Post-operatorios
Anemia	Hemorragia	Anemia
Obesidad	Laceraciones uterinas	Poca movilidad
Tactos repetidos	Tiempo quirúrgico prolongado	Dist. Abdominal
Trabajo de parto Prolongado.	Anestesia general	
Ruptura prematura De membranas	Hipotensión arterial sostenida	
	Extracción manual de placenta	
	Manipulación excesiva	
Urgencia de realización		

1.7 PUERPERIO QUIRÚRGICO

Se divide, al igual que el puerperio fisiológico, en tres etapas: inmediato, se refiere a las dos primeras horas posteriores al término de la cirugía en donde la paciente cursa con dolor profundo a nivel de herida quirúrgica, mediato, va del fin del inmediato hasta el cuarto día post- operatorio y tardío que concluye al finalizar la sexta semana post-nacimiento.

El manejo del puerperio quirúrgico es sensiblemente igual al puerperio posparto.⁸¹

1.7.1 CUIDADOS DE ENFERMERA EN EL PREOPERATORIO.

Instrucción preoperatorio a la pareja.

Proporcionar asistencia emocional orientada a la familia.

Preparación preoperatorio de la paciente:

1. Rasurar la región abdominal empezando justo por debajo de las mamas incluyendo la región púbica.

⁸¹ Llaca R. V., Fernández A. J. Ob. Cit. P. 427

2. Colocar una sonda uterina permanente para el drenaje por gravedad, con objeto de prevenir la distensión vesical durante el parto.
3. Solicitar exámenes preoperatorios de laboratorio, entre ellos citología hemática completa, pruebas de coagulación, tipo de sangre y pruebas cruzadas que se requieren cuando se ordenan unidades para la restitución de sangre.
4. Instaurar un catéter intravenoso o valorar la permeabilidad del ya existente, a fin de asegurar una vía abierta para la administración de medicamentos, líquidos y sangre. La aguja debe ser de suficiente calibre 17 o mayor.
5. Quizá se ordene antibiótico en caso de rotura prematura de membranas y posible infección.
6. La mujer debe permanecer en ayuno.
7. Brindar una adecuada información sobre los preparativos y el estado de la paciente a los familiares.
8. Asegurarse de que la identificación de la paciente sea correcta. Preparar la identificación del neonato antes de la operación. Fijándola a la pared frontal del expediente de la madre.
9. Notificar a los otros miembros del equipo que la cesárea es inminente: Pediatra, personal de Enfermería de la unidad de cuneros y personal de anestesiología. Avisar al banco de sangre cuando se requiera transfusión.⁸²

1.7.2 CUIDADOS INMEDIATOS POSTOPERATORIOS EN EL PUERPERIO QUIRURGICO.

- Verificar los signos vitales cada 5 minutos, hasta que se estabilicen, posteriormente cada 15 minutos durante una hora o cada dos horas durante ocho horas.
- Revisar el fondo uterino y su grado de involución cada 15 minutos durante una hora, o con mayor frecuencia si se considera necesario.
- Dar masaje al fondo uterino con mayor suavidad.
- Vigilar el apósito vulvar para calcular la magnitud del sangrado transvaginal.
- Efectuar aspiración de boca y garganta.

⁸² Océano / Centrum, Materno Infantil II, P. p. 839-840.

- Colocar a la paciente en decúbito lateral, para fomentar el drenaje de las secreciones orofaríngeas.
- Colocar vendaje abdominal para sujetar la incisión y darle mayor seguridad en los cambios de posición a la paciente.
- Verificar los valores de hematocrito y hemoglobina el primer día del postoperatorio, valorar la presencia de síntomas como mareo, aturdimiento y desmayo.
- Verificar la permeabilidad de la sonda vesical.
- Vigilar que la ingestión y la excreción sean suficientes.
- Retirar la sonda vesical cuando así se ordene.
- Verificar la capacidad de la paciente para orinar y la diuresis.
- Ayudar a la paciente en su aseo personal.
- Verificar la presencia de síntomas como ardor al orinar, micción frecuente o necesidad urgente de orinar, si procede, obtener muestra para urocultivo.
- Mantener la velocidad de flujo de la solución intravenosa según se ordene.
- Administrar medicamentos (oxitócicos, antibióticos) según lo indicado.
- Valorar la presencia de tumefacción, enrojecimiento, dolor y calor en el sitio de la venipuntura. Si existen, retirar la aguja y colocarla en otra vena.
- Pasar progresivamente los líquidos por vía oral hasta llegar a la dieta ordinaria.
- Retirar el equipo intravenoso cuando se ordene, por lo general en las primeras 24 o 48 horas de postoperatorio.
- Administrar los analgésicos indicados.
- Proporcionar otras medidas de bienestar, como calor, postura cómoda, fijación de la herida quirúrgica para aliviar el dolor producido por ésta por la existencia de gases o por la involución uterina.
- Valorar los signos vitales antes de administrar analgésicos.
- Confirmar que el fármaco que se va a administrar no está contraindicado para madres que amamantaran.

- Revisar la herida quirúrgica en busca de inflamación, rubor, secreción o calor.
- Avisar al médico y ayudarlo a obtener muestra para cultivo de secreción de la herida si hay infección. Administrar los antibióticos como se haya ordenado.
- Animar la deambulación progresiva a partir de las primeras 24 horas del postoperatorio. Explicar a la enferma la justificación y la importancia de la pronta deambulación. Ofrecer analgésicos a la paciente antes de que camine y permanecer con ella.
- Administrar los ablandadores de heces que se hayan ordenado, y estimular la ingestión de líquidos.
- Animar a una pronta interacción familiar.
- Proporcionar a los padres información oportuna sobre su hijo.
- Dar instrucciones sobre la asistencia al lactante y la autoasistencia.
- Fomentar la discusión de los sentimientos de la madre sobre la cesárea y sobre la auto-imagen.⁸³

1.8 PUERPERIO PATOLÓGICO (COMPLICACIONES)

Durante el período puerperal ocurren complicaciones facilitadas por las condiciones fisiológicas de involución y regresión hísticas, así como la presencia de zonas cruentas en el aparato genital.

Infección Puerperal. Se denomina infección puerperal a los estados morbosos originados por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del aborto, el parto o la cesárea.

Etiología. Comprende una gama muy amplia de patógenos como: Cocos aerobios grampositivos 33%, cocos anaerobios grampositivos 25%, bacilos anaerobios grampositivos 14%, bacilos aerobios grampositivos 13%, bacilos aerobios gramnegativos 11%, bacilos anaerobios gramnegativos 4%.

⁸³ Océano C. Ob. Cit. P. 841.

Frecuencia. Las estimaciones en centros de atención de segundo nivel son del 5% en cesáreas, 0.8% en partos, correspondiendo en la mayoría de los casos a las formas leves. Los factores que condicionan la mayor prevalencia de la infección puerperal es la resolución quirúrgica.⁸⁴

La frecuencia de las infecciones puerperales habían disminuido en los últimos años, lo cual se debía a una mejor atención obstétrica y al uso de antibióticos; sin embargo la infección post cesárea ocupa un lugar primordial en los últimos años.

De acuerdo con su localización se divide en:

- a) Infección de vías genitales bajas: Episiorráfia y laceraciones de vagina, cervix y periné.
- b) Infección de vías genitales altas: Confinadas al útero (cervicitis, endometritis, miometritis) y las que se extienden más allá de este órgano (anexitis, pelviperitonitis, septicemia, etc.)

Diagnóstico.

- a) En la infección de vías genitales bajas existe dolor localizado en la zona afectada, rubor y en ocasiones formación de abscesos. La fiebre y la leucocitosis no son elevadas y el estado general no se afecta; el pronóstico es bueno.
- b) En la infección de vías genitales altas, si el proceso se encuentra confinado al útero, la sintomatología no es severa, semejante a lo que ocurre en las infecciones bajas, agregándose además subinvolución uterina, loquios purulentos y fétidos, taquicardia y fiebre de 38 grados centígrados o más.
- c) Si la infección se extiende fuera del útero, la sintomatología es local y general. Se presenta escalofrío, fiebre, taquicardia, astenia y malestar general. Los loquios son purulentos y fétidos, la exploración abdominal revela dolor a la palpación.⁸⁵

⁸⁴ Salas Duverges Schwarcz, Obstetricia
pp. 714-715.

⁸⁵ Sociedad M. C. Ob. Cit. P. p. 448-449.

El útero casi siempre está subinvolucionado, doloroso y fijo a los órganos vecinos. La formación de abscesos se reconoce por la presencia de masas.

En los casos más severos, complicados con pelviperitonitis y septicemia, se registra ataque al estado general y el pronóstico se debe considerar como grave.

- d) Es necesario efectuar cultivo y antibiograma del exudado cervical, vaginal o endouterino; además de biometría hemática y todos los exámenes complementarios.

Tratamiento.

- a) Si la infección es de vías genitales bajas el tratamiento requiere reposo, administración de antibióticos, drenajes de abscesos y curaciones locales hasta la cicatrización total, o bien hasta que sea posible efectuar la reconstrucción de las estructuras afectadas.
- b) En las formas altas, el tratamiento consiste en lo siguiente: Administración de antibióticos, es necesario evacuar los restos corioamnióticos solo si existe sangrado importante, drenar y canalizar los abscesos. Reponer sangre si está indicado y un balance adecuado de líquidos y electrolitos. En caso de cesárea es importante valorar la integridad de la histerorrafia, si ésta se encuentra dehiscente valorar la posibilidad de histerorrafia ó hysterectomía.

En los casos graves o que no cedan al esquema de tratamiento, conviene considerar a la mayor brevedad la hysterectomía "como único recurso terapéutico antes de que se presente shock bacterémico".⁸⁶

1.8.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN INFECCIONES.

- Los cuidados de Enfermería deben orientarse hacia la prevención y el control de las infecciones y de las enfermedades infecciosas.

⁸⁶ Ibidem.; pp. 449-450.

- Se debe interrogar, observar y examinar a las pacientes en busca de datos locales y sistémicos que indiquen infección o enfermedad infecciosa.
- La evaluación integral de la paciente tiene especial importancia cuando presenta una herida que todavía no cicatriza.
- Los datos que indiquen infección o enfermedad infecciosa posible o real deben reportarse de inmediato.
- La resistencia individual hacia las infecciones debe promoverse proporcionando y favoreciendo: a).-Una nutrición adecuada. b).-Ejercicio adecuado. c).-Sueño y descansos adecuados. d).-Un cuidado adecuado de la piel y de las mucosas.
- Se deben proteger las heridas contra los microorganismos utilizando una técnica quirúrgica aséptica.
- Se debe proporcionar precauciones contra el tétanos.
- La piel y las mucosas que se encuentran alrededor de las heridas abiertas deben mantenerse limpias y tan secas como sea posible.⁸⁷

INSTRUCCIONES PARA LA PACIENTE ENCAMINADAS A EVITAR LAS COMPLICACIONES.

- Tomar el antibiótico en el momento especificado y terminar el ciclo indicado aunque hayan desaparecido los síntomas. Suspender la ingestión del fármaco y llamar al médico si sobreviene una reacción alérgica.
- Mantener una ingestión elevada de líquidos para mantener el cuerpo bien hidratado.
- Ingerir una dieta completa y no omitir comidas. Si quedan algunas vitaminas prenatales, seguir tomando un comprimido al día.
- Conservar una buena higiene de las mamas y el perineo.
- Conservar buenos hábitos intestinales e incluir fibra y líquidos en la alimentación, para prevenir el estreñimiento.

⁸⁷ Normarek, Rohweder, Bases Científicas de Enfermería, P. p. 121-123.

- Descansar bien, hacer una siesta cuando esté durmiendo el niño. Si es posible, dejar que otras personas cocinen y hagan las labores del hogar.⁸⁸
- Hacer ejercicio para recuperar la condición física. Es de especial utilidad para el puerperio el régimen ordinario de ejercicios de marcha. No se debe efectuarse ejercicio agotador hasta después de la revisión normal a las cuatro semanas del parto.
- Intentar una salida ocasional sin el lactante, dejándolo a cargo de una cuidadora, y planear un día fuera de casa, haciendo algo gratificante; una cena especial con el compañero, una visita a los amigos, practicar el pasatiempo favorito. De esta manera volverá a casa tranquila y reanimada.⁸⁹
- las intervenciones de Enfermería en infecciones puerperales se deben dar en base a la enfermedad específica y sintomatología de cada paciente.

Hemorragia puerperal. Durante el puerperio las complicaciones causales de hemorragia se presentan con mayor frecuencia en el periodo inmediato. La hemorragia anormal post parto es la causa más común de pérdida sanguínea en obstetricia; es factor importante de mortalidad materna y puesto que requiere procedimientos operatorios que predispone a la infección puerperal.

Definición y Concepto. Se define como la pérdida mayor de 500 mililitros de sangre, consecutiva a la salida del feto. En una definición más correcta, el expresar la pérdida sanguínea en función de un a cantidad porcentual equivalente al 1% o más del peso corporal y así poder relacionarla con el volumen sanguíneo.

Esta hemorragia puede ser temprana o tardía, esto es si se presenta dentro de las primeras 24 horas o después de este lapso.⁹⁰

⁸⁸ Océano C. Ob. Cit. p. 886.

⁸⁹ Ibidem, P. 886.

⁹⁰ Sociedad M. C. Ob. Cit. P. 440.

Hemorragia Anormal Post Parto Inmediato. Se presenta aproximadamente en el 10% de los partos y las causas predisponentes más importantes son:

- a) Retención de restos placentarios.
- b) Atonía uterina relacionada generalmente con anestesia o analgesia excesiva, trabajo de parto prolongado, distensión uterina (embarazo múltiple y polihidramnios).
- c) Laceraciones del canal de parto (desgarros perineo vaginales, cervicales y uterinos).
- d) Alteraciones hematológicas de los mecanismos de coagulación normal.
- e) Otras causas diversas como tumores del útero, várices vulvo-vaginales, etc.

Es esencial anticiparse a la posibilidad de una hemorragia post-parto, de tal manera, que se puedan tomar las medidas preventivas necesarias.

Tratamiento.

- a) La hemorragia anormal consecutiva a un parto instrumental obliga a practicar una exploración aséptica del canal del parto y del útero, extraer restos placentarios y membranas si las hubiera y suturar las laceraciones vagino-perineales y cervicales. En caso de ruptura uterina practicar de inmediato una laparotomía exploradora.
 - b) En caso de atonía uterina se comprime manualmente el útero para expulsar todos los coágulos y se administra por vía intravenosa una solución glucosada al 5% de 500 mililitros más 10 unidades de oxitócica sintética y una ampolleta de ergonovina. Si las medidas anteriores no resuelven el problema, practicar una histerectomía abdominal.
 - c) La persistencia de la hemorragia o la presencia de shock requieren de un reemplazo inmediato de sangre, debe ser imperativo corregir de inmediato el problema del sangrado.
 - d) El pronóstico depende de la causa del sangrado, de la magnitud y rapidez de la pérdida sanguínea, estado general de salud, método rapidez e
-

integración de la terapia. La morbilidad y mortalidad materna ascienden en proporción directa con la cantidad de sangre perdida.⁹¹

Hemorragia Anormal Post- Parto Tardía. Son tres los principales factores etiológicos: A) atonía uterina tardía, B) retención de restos placentarios, C) subinvolución del lecho placentario.

A) Atonía Uterina Tardía. Se presenta generalmente en forma abrupta durante el puerperio mediato y ocasionalmente en el tardío.

Factores condicionantes. Multigravidez, trabajo de parto prolongado, macrosomía fetal, embarazo múltiple, polihidramnios y miomatosis uterina.

Desde el punto de vista clínico debe descartarse la retención de restos placentarios y tratarse con la administración oral o parenteral de oxitócicos, conjuntamente con medidas generales de reposición de volumen sanguíneo.

B) Retención de Restos Placentarios. Asociada frecuentemente con infección, puede presentarse como una entidad aislada, cuya manifestación primordial es la hemorragia, de cuantía y velocidad variables; en la SUBITA, la hemorragia es profusa, de corta duración y repentina; en la INSIDIOSA, durante varios días la mujer refiere la expulsión de más loquios hemorrágicos, en general de manera intermitente.

Diagnóstico. Se integra en la base a la presencia de cierto grado del cuello uterino. En algunos casos el ultrasonido pélvico puede apoyar la impresión al reconocer presencia de tejido en la cavidad uterina.

Tratamiento. Va de lo general a lo específico mediante la reposición de volumen sanguíneo y la extracción de restos que, al depender del periodo puerperal en que la complicación se presenta y el grado de involución uterina, se realiza mediante legrado uterino instrumental, aspiración o extracción digitomanual.⁹²

⁹¹ .- Sociedad M. C. Ob. Cit. P. p. 440-442.

⁹² Llacas R. V., Fernández A .J. Ob. Cit. P. p. 453- 454.

C) Subinvolución del Lecho Placentario. Entidad descrita histopatología de piezas quirúrgicas de histerectomía y biopsias seriadas en las que se observa una epitelización deficiente e incompleta en el área de inserción placentaria, la cual origina la permanencia de vasos sanguíneos abiertos. La presencia de hemorragia en estos casos es generalmente tardía y casi siempre de manera súbita y abundante.

Uso de tratamiento hormonal. Es a base de estrógenos y progesterona puede ser efectivo en la mayor parte de los casos, al estimular la proliferación y cambio secretor de la basal endometrial, aunado a la administración de oxitócicos; al respecto, debe darse atención especial a los casos en que la mujer esta lactando, ya que la aplicación de estas hormonas puede ser un factor inhibitorio de tal proceso fisiológico. La persistencia de hemorragia debe inducir a sospecha de una enfermedad trofoblástica gestacional.⁹³

1.8.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIA PUERPERAL.

Implicaciones de Enfermería en Hemorragia Temprana.

- Identificar el expediente para conocer los factores de riesgo.
- Mantener estrecho contacto con la paciente durante la primera hora del puerperio.
- Verificar los signos vitales y palpar el útero cada 15 minutos, o más a menudo si es necesario.
- Animar a la paciente para que orine con frecuencia, puesto que la vejiga llena empuja el útero hacia el abdomen, dificulta el masaje y exacerba la hemorragia.
- Mantener la administración de oxitocina cuando la hemorragia es intensa.
- Informar al médico cuando persistan la atonía uterina y la hemorragia intensa a pesar del masaje.

⁹³.- Ibidem, pp. 454-455.

- Preparar a la paciente para la restitución sanguínea cuando ocurra hipovolemia y anemia.
- Cuando sea necesario, preparar a la paciente para la extracción de coágulos y la ligadura de los sitios que sangran.⁹⁴

Intervenciones de Enfermería en Hemorragia Tardía.

- La hospitalización es necesaria por la hemorragia intensa.
- Obtener una muestra de sangre para efectuar pruebas cruzadas y tipificación.
- Preparar a la paciente para la transfusión de sangre y la administración de oxitocina.
- Administrar los antibióticos que se hayan ordenado.
- Conservar tibia a la paciente y estar al tanto de las posibilidades de shock cuando disminuya su presión arterial y su pulso sea rápido y cuando sea necesario, preparar a la paciente para la reparación quirúrgica de los desgarros genitales o para el legrado, con objeto de extraer los restos placentarios.⁹⁵

Hematomas Genitales. Son colecciones de sangre que se localizan en los tejidos que rodean el aparato genital, como consecuencia de la lesión de un vaso por sección o arrancamiento, que tendría lugar en el momento del parto.

Etiología. No hay una unidad de criterio acerca de las distintas causas de formación de un hematoma.

Se han invocado numerosos factores: inhibición gravídica, labilidad muscular, primiparidad, gran multiparidad, varicosidades vulvares, toxemias, episiotomía, estrecheces pelvianas, macrosomas, partos lentos en occipitoposteriores, etc.

Clínica y Diagnóstico. Suele manifestarse a las pocas horas del parto. La paciente refiere un dolor muy intenso. La discordancia entre el malestar de la puerpera y las molestias que puede producir los puntos de sutura del perineo deben llamar la atención, y hacer una revisión del canal.

⁹⁴ Océano C. Ob, Cit. P. 896.

⁹⁵ Ibidem, P. 896.

Cuando el hematoma es perineal, es la misma paciente quien señala la presencia de una tumoración que le ocasiona fuerte tensión y malestar.

A veces, cuando el tumor se extiende hacia el recto o al espacio de Retzius, disecándolos, nos referirá, además, tenesmo.⁹⁶

Los analgésicos habituales no alivian el malestar. La paciente está inquieta. En la inspección observamos una masa que puede alcanzar el tamaño de la cabeza de un feto, que se ha manifestado de forma brusca, y que es de color violáceo, turgente, elástico y fluctuante, imposible confundirla con varices vulvares.

En otras ocasiones, cuando la localización es más alta, el examen externo no aporta ningún dato.

Tratamiento. Generalmente la conducta expectante soluciona el problema. La protección de la zona con un vendaje compresivo estéril, la limpieza con soluciones antisépticas y la administración de antibióticos de forma profiláctica (recuérdese la frecuencia de la infección) son medidas suficientes. Solamente cuando el sangrado persista o bien se infecte, debe ser desbridado, caso en el que suelen salir abundantes coágulos o también pus.

Las localizaciones altas (subperitoneales) suelen tener más gravedad que las bajas. La operatoria vaginal hecha con delicadeza, sin tracciones bruscas y la buena hemostasia de los desgarros y de la episiotomía o el taponamiento profiláctico de tipo compresivo cuando los despegamientos sean marcados, son las mejores medidas profilácticas para evitar esta complicación del puerperio.⁹⁷

Intervenciones de Enfermería en Hematomas Genitales.

- Aplicar compresas heladas en la región, para disminuir la tumefacción y aumentar el bienestar.

⁹⁶ Dexus Santiago y Carrera José María, Tratado de Obstetricia Dexus, P. p. 726-727.

⁹⁷ Dexus S. Y Carrera J. M. Ob. Cit. P. 725.

- Valorar la localización, la calidad y el grado de dolor, y observar la velocidad con que ocurre el crecimiento.
- Administrar los analgésicos que se hayan prescritos.
- Medir y anotar los signos vitales cada cuatro horas o según se requiera.
- Efectuar citologías hemáticas seriadas cuando la hemorragia sea excesiva.
- Preparar ala paciente para la restitución de sangre cuando ocurran hipovolemia y anemia.
- Verificar la posición uterina y anotar e informar de cualquier desviación.
- Cuando sea necesario, preparar a la paciente para la extirpación quirúrgica de los grandes hematomas, la extracción de coágulos y la ligadura de los sitios que sangran.
- Efectuar sondaje vesical cuando sea necesario aliviar la retención urinaria.⁹⁸

1.9 ALTERACIONES EMOCIONALES EN EL PUERPERIO.

Melancolía Posparto. este es un cambio relativamente frecuente de la conducta que se inicia cerca de las 24 horas después del parto; consiste en cambios de humor, suspiros, fatiga, inseguridad, irritabilidad, sensación de estar abrumada y disminución de amor propio.

Expresiones de preocupación como: ambivalencia sobre el lactante; cambios de modo de vida y nivel económico; en las mujeres que trabajan, temor por su estado y la pérdida del ingreso, el amor propio o las promociones del trabajo.

Intervenciones de Enfermería en Alteraciones Emocionales en el Puerperio.

- Hablar con la paciente sobre sus preocupaciones; darle oportunidad de expresar su infelicidad sin temor a ser diferente.
- Permitir a la paciente que refiera sus sentimientos.

⁹⁸ .- Océano C. Ob, Cit. P. 896.

- Tranquilizarla señalándole que las sensaciones de tristeza pasan, y que muchas mujeres sientan lo mismo al principio del puerperio.
- Animar a la paciente a hablar con su compañero sobre sus preocupaciones. Con frecuencia éste tiene otras semejantes; hablar de ellas junto pueden producir algunos resultados.⁹⁹

1.10 COMPLICACIONES DE LA LACTANCIA.

La lactancia es el resultado de la interacción de múltiples factores. Su conocimiento ha permitido validar la importancia del equilibrio metabólico y endocrino en la lactogénesis, así como los fenómenos neuroendocrinos que inician y mantienen la lactopoyesis.

Las complicaciones más frecuentes son la disminución ò ausencia de secreción láctea, así como la presencia de procesos infecciosos de la mama.

Es conveniente instruir a la madre durante el embarazo sobre las ventajas de amamantar al niño, con objeto de lograr varios beneficios, entre ellos el condicionamiento psicológico adecuado. Se debe tener presente que la lactancia se inicia entre las 48 y 72 horas siguientes al parto y que normalmente le precede una congestión brusca más o menos dolorosa de las mamas. El niño debe principiar a mamar dentro de las primeras 24 horas con objeto de estimular el reflejo neuro-endócrino para la lactopoyesis y favorecer así la formación adecuada el pezón.

A) Hipogalactia y Agalactia: Es la disminución y desaparición precoz de la secreción láctea que puede obedecer a vaciamiento inadecuado de la mama por problemas psíquicos y padecimientos infecciosos locales o sintéticos.

Para evitar que esto ocurra se debe procurar una alimentación bien balanceada, instruir a la madre sobre la forma, frecuencia y tiempo para la succión del niño "no existen fármacos que aumenten la producción láctea".

⁹⁹ Océano C. Ob, Cit. pp. 897-898.

B) Congestión Mamaria Dolorosa. Normalmente a las 48 ó 72 horas del parto y antes de que aparezca la secreción láctea se presenta congestión mamaria, que en ocasiones puede ser muy intensa y puede causar linfangitis acentuada, dolor que se irradia a regiones axilares y tórax y ocasionalmente fiebre. El dolor y la congestión impiden una secreción adecuada.

Para este problema administrar analgésicos, aplicar hielo, aumentar las tetadas del niño, dar masaje en las mamas para llevar a cabo la extracción manual; estas medidas favorecen la eyección láctea. Habitualmente el proceso se resuelve dentro de las primeras 48 horas de tratamiento.¹⁰⁰

C) Grietas en los Pezones. Cuando la piel es muy seca aplicar una sustancia oleosa a nivel de los pezones (puede ser la leche materna) después de cada tetada durante la lactancia.

El aseo del pezón solo se debe hacer con agua y jabón (puede ser durante el baño diario). Durante las primeras 48 a 72 horas siguientes al parto la succión del niño no debe prolongarse más de 10 minutos en cada pezón.

Si a pesar de los cuidados anteriores se forman grietas en el pezón prescribir pomadas cicatrizantes y reposo de la mama afectada de 12 a 24 horas, vaciándola por extracción manual suave o por aspiración.

D) Mastitis. Si establecida la lactancia se presenta dolor localizado a una mama, rubicundez, disminución de la secreción láctea y fiebre, se puede establecer el diagnóstico de mastitis.

- Practicar de inmediato cultivo y antibiograma en la secreción de la mama afectada, con el fin de identificar el agente causal y aplicar el tratamiento específico.
- Mientras se recibe el resultado del cultivo prescribir antibióticos de bajo espectro.
- Se debe asegurar un soporte adecuado de la mama para que no cuelgue y garantizar un mejor drenaje.

¹⁰⁰ Sociedad M. C. Ob. Cit. P. 445.

- Suspender la lactancia en ese pecho, procediendo a su vaciamiento periódico por presión o aspiración.¹⁰¹

Frecuentemente en un término no mayor de 3 a 5 días remiten los síntomas y puede reestablecerse la lactancia. En ocasiones y a pesar de la antibiótico terapia específica, persiste el proceso infeccioso con gran congestión mamaria, obstrucción de los conductos galactóforos y drenaje muy pobre de la secreción láctea con formación gradual de colección purulenta dando lugar a un absceso de la mama, que produce dolor muy intenso pero localizado al sitio del mismo, fiebre intermitente de más de 38 grados centígrados, ataque al estado general y adenitis axilar

- En las condiciones anteriores inhibir la lactancia, fijar firmemente las glándulas mamarias, ordenar reposo y continuar antibióticoterapia.
- Una vez ya localizado el absceso debe practicarse bajo anestesia local o general (según las condiciones) debridación amplia que destruya toda la estructura trabecular que forma cavidades cerradas y canalizaciones que garanticen drenaje adecuado. Se practican curaciones frecuentes hasta lograr el restablecimiento.¹⁰²

¹⁰¹ Sociedad M. C. Ob. Cit. P. p. 446-447.

¹⁰² Sociedad M. C. Ob. Cit. P. p. 447-448.

CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

2.1. Valoración.

Ficha de identificación :

NOMBRE: T. H. JULIA.

SEXO: FEMENINO

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE

OCUPACIÓN: AMA DE CASA

Antecedentes Hereditarios Patológicos. Sin datos de importancia para el padecimiento actual.

Antecedentes Personales No Patológicos. Vive en unión libre; Domicilio actual Colonia Morelos parte baja, Zihuatanejo, Guerrero, Originaria de Tepetitla, Guerrero, Escolaridad primero de secundaria, religión estudiante de testigo de Jehová, habita en casa rentada de material, cuenta con todos los servicios intra domiciliarios, alimentación regular en cantidad y calidad, inmunizaciones incompletas, toxicomanías negados.

Antecedentes Ginecoobstetras. Menarca 12 años, ritmo 3 x 30 días, inicio de vida sexual activa: 16 años, gesta 2, partos 1, abortos-0, cesáreas-1, detención oportuna de cáncer mamario: no realizada, detención oportuna de cáncer cervico uterino: no realizado, fecha última menstruación: 10 de febrero del 2003, fecha probable de parto: 17 de noviembre del 2003, cuenta con cartilla de la mujer, no llevó control prenatal.

Antecedentes Patológicos Personales.

Alergias: Negadas.

Transfuncionales: Negadas.

Quirúrgicos: Solo el actual cesárea Keer.

Datos Relevantes.

Edad: 17 Años.

Desproporción Céfalo Pélvica.

Padecimiento Actual. Lo inicia el día 03 de noviembre del 2003, a las 2 de la mañana con dolores tipo obstétricos moderados, posteriormente fueron aumentando en duración e intensidad, motivo por el cual a las 22 horas del mismo día, acude al servicio de toco cirugía del Hospital General Regional "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" de Zihuatanejo, en donde le dejan evolucionar su trabajo de parto durante la noche y por la mañana del 04 de noviembre del 2003, le determinaron desproporción céfalo pélvica, por lo que le realizan a las 11 horas, una cesárea tipo Keer. Obteniéndose producto único vivo femenino de 3,100 kilogramos, recién nacido normal, que posterior a los cuidados inmediatos, pasa a alojamiento conjunto para cuidados mediatos y alimentación.

Exploración Física. Se encuentra paciente de Puerperio Quirúrgico inmediato, despierta, ligera palidez de tegumentos, ansiosa, nerviosa, voz temblorosa y quejumbrosa, con mamas congestionadas, con poca producción de leche, con buen pezón para la lactancia, facies de dolor, signos vitales, presenta fiebre de 38C., con un solo pico febril, pulso de 88 por minuto, respiración de 22 por minuto, presión arterial de 120/70, sin compromiso cardiopulmonar, abdomen doloroso a nivel de herida quirúrgica, la cual se encuentra limpia, sin datos de infección, loquios hemáticos y escasos. Ligero edema en miembros inferiores.

2.2. Diagnósticos de Enfermería.

En paciente de puerperio quirúrgico con ocho horas de evolución.

- 1.- Dolor profundo en herida quirúrgico relacionado a efectos de la cirugía manifestado por facies de angustia, náuseas y diaforesis.
- 2.- Congestión de mamas relacionado con el puerperio y la falta de succión y extracción manual manifestado por dolor a la palpación y endurecimiento.

- 3.- Ansiedad relacionado por estar separada temporalmente de su pareja, manifestado por estrés, preocupación, incertidumbre, nerviosismo y voz temblorosa.
- 4.- Alteración del patrón del sueño relacionado con la evolución del trabajo de parto y como calmar el llanto del bebe manifestado por cansancio, angustia bostezos y ojeras.
- 5.- Déficit de conocimiento relacionado a los cuidados y posibles complicaciones de la herida quirúrgica manifestado por temor, inquietud y dudas de cómo realizarlo.

2.3 Planeación, ejecución y evaluación.

OBJETIVO GENERAL.

Brindar cuidados inmediatos específicos de Enfermería a la paciente de puerperio quirúrgico.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.- Dolor profundo en herida quirúrgica relacionado a efectos de la cirugía manifestado por facias de angustia, nauseas y diaforesis.

OBJETIVO.- Disminuir el dolor en la primera media hora para proporcionar un nivel de confort

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Proporcionar información sobre el proceso de involución uterina y el post-operatorio.

FUNDAMENTO TEORICO.- La educación disminuye la ansiedad, al proporcionar información y aclarar dudas, es la base para que los individuos sigan patrones determinados en beneficio de su salud.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Cambio de posición

FUNDAMENTO TEORICO.- La mecánica corporal favorece un mayor funcionamiento y armonía del aparato músculo esquelético con coordinación con el sistema nervioso.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Colocar vendaje abdominal.

FUNDAMENTO TEORICO.- El vendaje abdominal proporciona seguridad a la paciente para realizar movimientos y disminuye el dolor.

ACCIÓN DE ENFERMERIA.- Administración de los analgésicos como esta preescrito y de acuerdo a las necesidades específicas, supradol 30 miligramos, vía intravenosa cada ocho horas.

FUNDAMENTO TEORICO.- Las prostaglandinas son sustancias trasmisoras del dolor y son secretadas por el hipotálamo, el ketorolaco actúa sobre el hipotálamo inhibiendo la producción de prostaglandinas, también actúa sobre el músculo liso, relajando los músculos abdominales

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Orientar a la usuaria sobre los cuidados que debe tener con la herida quirúrgica.

FUNDAMENTACIÓN TEORICA.- La educación es la base para que se sigan determinados patrones de conducta que resulten benéficos para la salud.

6.-ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Comunicar al médico cualquier signo o síntoma que nos haga sospechar de una infección en la herida quirúrgica.

FUNDAMENTACIÓN TEORICA.- El informe oportuno al médico sobre la presencia de signos de infección permitirá intervenciones que eviten mayores complicaciones.

7.-ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Registrar en la hoja de notas de Enfermería datos de valoración, diagnóstico enfermero y acciones realizadas.

FUNDAMENTACIÓN TEORICA.- Las notas de Enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo de salud y respalda las actuaciones de la enfermera.

EVALUACION.- Se logra disminuir el dolor en la herida quirúrgica con todos los cuidados y la aplicación del analgésico, la paciente refiere una sensación de bienestar y comodidad, logrando descansar y posteriormente conciliar el sueño.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.- Congestión de mamas relacionado con el puerperio y la falta de succión y extracción manual manifestada por dolor a la palpación y endurecimiento.

OBJETIVO.- Disminuir el dolor y el congestionamiento mamario favoreciendo el vaciamiento de las mismas y por ende el aumento de la producción láctea materna.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Proporcionar educación sobre las técnicas de extracción manual de la leche y sus ventajas.

FUNDAMENTO TEORICO.- La extracción manual estimula el vaciamiento de las mamas disminuyendo la congestión y aumenta la producción de leche materna.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Colocación de compresas tibias.

FUNDAMENTACIÓN TEORICA.- Ayudan a mitigar el dolor profundo mejorando la circulación local y estimulando la contracción de los músculos reduciendo la congestión local.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Vigilar el aumento de las tetadas.

FUNDAMENTACIÓN TEORICA.- El aumento de las tetadas favorece el vaciamiento mamario y disminuye el congestiónamiento, también aumenta la producción de leche.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Solicitar a la paciente la devolución de conocimientos por medio de la practica.

FUNDAMENTO TEORICO.- La devolución de los conocimientos garantiza de manera satisfactoria la adquisición de conocimientos prácticos.

EVALUACIÓN.- Se logra disminuir el dolor y el congestiónamiento mamario, mediante los masajes para la extracción manual con la ayuda de la paciente observando una sensación de bienestar.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO.- Ansiedad relacionado por estar separada temporalmente de su pareja, manifestado por estrés, preocupación, incertidumbre, nerviosismo, y voz temblorosa.

OBJETIVO.- La paciente disminuirá sus manifestaciones de ansiedad, intentando relajarla, coadyuvando a estabilizar su estado emocional.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Animar a la paciente a que exprese sus sentimientos.

FUNDAMENTACION TEORICA. La expresión de sus sentimientos y el escuchar con atención por parte de la enfermera, ayuda a la pacientea disminuir su ansiedad.

2.- ACCIÓN DE ENFERMERÍA. Explicar a la paciente las manifestaciones y consecuencias del estrés.

FUNDAMENTACION TEORICA. La educación es la base para que se modifiquen determinados patrones de conducta en beneficio de la salud. El estrés, es un proceso físico-emocional, producto de una tensión que puede llevar a una enfermedad.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Enseñar a la paciente técnicas de relajación y realizarlas con ella.

FUNDAMENTACION TEORICA.- Las técnicas de relajación conducen a la disminución de las manifestaciones de ansiedad o estrés.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Conversar con la pareja de la paciente, valorando la actitud y disposición hacia ella.

FUNDAMENTACION TEORICA.- La finalidad es mejorar la relación de pareja y tratar de resolver conflictos en bien del recién nacido, el apoyo mutuo durante el puerperio favorece la adaptación de la paciente al nuevo rol de ser madre.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Involucrar a la pareja en los cuidados proporcionados a la paciente.

FUNDAMENTACION TEORICA.- La participación de la pareja en los cuidados brindados a la paciente propicia el acercamiento físico y emocional.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Referir a la paciente y a su pareja al psicólogo en caso de no existir respuesta favorable y a otras fuentes de apoyo como trabajo social.

FUNDAMENTACION TEORICA.- La comunicación oportuna al psicólogo en caso de no existir respuesta favorable, evita mayores complicaciones, mediante la terapia de pareja se resuelven conflictos y mejoran las relaciones familiares.

EVALUACIÓN.- Se logra obtener la confianza de la paciente al expresar sus sentimientos y exponer sus problemas familiares, logra disminuir sus manifestaciones de ansiedad y estrés a través de las técnicas de relajación la cual es manifestada por una expresión verbal de la pareja de continuar con la relación familiar, logrando en ese momento un estado emocional optimo, sin embargo de acuerdo con el problema señalado se requiere de seguimiento domiciliario para la evaluación.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO.- Alteración del patrón de sueño relacionado con la evolución del trabajo de parto y la preocupación de cómo calmar el llanto del bebe, manifestado por cansancio, bostezos y ojeras.

OBJETIVO.- La paciente logrará alternar periodos de sueño, con los periodos de amamantar al bebe, logrando una mejor adaptación del binomio y por ende el descanso al poder dormí

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Valorar la calidad del sueño.

FUNDAMENTACION TEORICA.- Permite determinar si la paciente alcanza las cuatro etapas del sueño para que se produzca el descanso necesario, la mujer después del parto esta agotada física y emocionalmente y requiere mínimo 6 horas de sueño, al no lograrlos puede presentar cambios importantes en su estado de animo y en la conducta.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Crear un ambiente confortable y seguro para ayudarla a relajarse.

FUNDAMENTACION TEORICA.- El ambiente optimo y la relajación por cualquier método, origina sensación de bienestar que proporcionan el descanso y el sueño.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Tomar un baño tibio.

FUNDAMENTACION TEORICA.- El agua tibia produce vaso- dilatación y relajación con lo que se induce el sueño de la paciente.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- involucrar al padre y a los familiares para que participen en el cuidado del recién nacido.

FUNDAMENTACION TEORICA.- La participación del padre y demás familiares que estén dispuestos a colaborar en el cuidado del recién nacido, harán que la paciente se sienta confiada y logre descansar al mismo tiempo que se une a la familia.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA.- Orientar a la paciente sobre el proceso de adaptación normal entre madre e hijo, también educar al padre y familiares sobre su participación en el cuidado del recién nacido.

FUNDAMENTACION TEORICA.- La educación disminuye la ansiedad al proporcionar información que la paciente, padre y familiares requieren. Sugerir patrones de conducta para lograr la adaptación y el bienestar del binomio.

EVALUACIÓN.- La paciente después de todos los cuidados logro dormir 2 horas seguidas, momento en el que se le despertó para amamantar al recién nacido para después lograr dormir por hora y media, logrando alternar sus horas de sueño con las de su nuevo rol de madre cuidadora de un bebe en beneficio de su salud.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.- Déficit de conocimiento relacionado los cuidados y posibles complicaciones de la herida quirúrgica manifestado por temor, inquietud y dudas de cómo realizarlo.

OBJETIVO.- Brindar orientación de cómo debe de relizar los cuidados a la herida quirúrgica.

ACCION DE ENFERMEIRA.- Proporcionar docencia de cuidados de salud.

FUNDAMENTACION TEORICA.- El proceso de comunicación incrementa una relación de ayuda, para despejar dudas y temores.

ACCIÓN DE ENFERMERIA.-Explicar como se debe de realizar el aseo de la herida quirúrgica.

FUNDAMENTACION TEORICA.-El agua y el jabón sirven como arrastre mecánico de los gérmenes.

ACCION DE ENFERMERIA.-Enseñar a la paciente a identificar signos de alarma como enrojecimiento, calor, rubor.

FUNDAMENTACION TEORICA.-La educación es la base de conocimientos para poder dectetar complicaciones posteriores.

ACCION DE ENFERMERIA.- Comunicar al equipo de salud cualquier signo o síntoma que haga sospechar de infección en la herida quirúrgica.

FUNDAMENTACION TEORICA.-La identificación temprana permite intervenciones para evitar mayores complicaciones.

EVALUACION.-Se le pide a la paciente que explique con sus propias palabras si entendió lo que se le enseñó, con respecto a los cuidados de la herida quirúrgica.

PLAN DE ALTA

OBJETIVOS.

1.- La paciente explicará lo que entendió sobre los cuidados generales que debe tener durante el puerperio, los signos de alarma, cuidados de herida quirúrgica, así como los cuidados del recién nacido previa orientación y educación por parte de la enfermera.

2.- Identificara los hábitos sanitarios básicos para la conservación de la vida.

Evaluación General.

Se logran los objetivos planeados preguntándole a la paciente los signos de alarma por los cuales debe asistir al hospital urgentemente, esta convencida de las ventajas de la lactancia materna y refiere que la llevara a cabo en beneficio de su bebe, refiere que aumentara la cantidad de líquidos y su ingesta de comidas diarias para dar una "buena leche", a la pareja se le da consejería en planificación familiar y ambos con consentimiento informado decidieron la colocación del dispositivo intrauterino respecto a la higiene personal refiere que tomará las medidas higiénicas necesarias y lavará la herida con abundante agua y jabón para evitar que se infecte. La respuesta a la educación fue excelente, solicito asesoría constante para el cuidado del recién nacido, sobre los hábitos higiénicos básicos se establecieron compromisos; sin embargo la evaluación requiere de seguimiento domiciliario.

La paciente es egresada con una satisfacción en la atención hospitalaria, con sangrado tras-vaginal escaso, signos vitales estables, con herida quirúrgica limpia y con vendaje abdominal compresivo, tratamiento de antibiótico para complementar esquema y analgésico vía oral. Cita a consulta externa a los siete días con el ginecólogo para control de puerperio tardío y retiros de puntos, cita en un mes a medicina preventiva para revisión de dispositivo intrauterino. Respecto al bebe se cita con el pediatra a los siete días para control del niño sano y a los dos meses a medicina preventiva para cumplir cita de la cartilla de nacional de vacunación.

CONCLUSIONES

Durante la realización de mi trabajo del proceso atención de Enfermería observe algunas deficiencias en la asistencia proporcionadas en los cuidados brindados a las usuarias. asimismo que existe un déficit de conocimientos referentes al proceso de atención de Enfermería para su realización y aplicación.

El puerperio Quirúrgico, tiene una consideración financiera que debe tomarse en cuenta por el impacto de la cesárea electiva de repetición sobre el costo de la atención de salud, y sobre todo por que la población que asiste a este hospital es de bajos recursos y a veces no le es posible cubrir los gastos que origina la estancia hospitalaria.

Es claro que la mayoría de mujeres que han tenido su primera operación cesárea a causa de la desproporción céfalo pélvico, deben recibir la oportunidad de un parto vaginal en su siguiente embarazo a término, mediante la valoración de una prueba de trabajo de parto.

SUGERENCIAS.

- 1.- Que se implemente el proceso atención de Enfermería en la práctica como instrumento de trabajo en las instituciones de salud.
- 2.- Que en las instituciones de salud sea una norma aplicable como una prueba de trabajo de parto a las mujeres con embarazo a término que han tenido una cesárea previa, en aquellos casos que estén en condiciones de poder hacerlo.
- 3.-Que se tome como un modelo de mejora en los procesos de Enfermería los cuales facilitaran la labor de los cuidados enfermera-paciente.

GLOSARIO

ADINAMIA.-falta de fuerza física.

ALERGIA.- alteración de la capacidad de reacción del organismo.

ALUMBRAMIENTO.-Proceso mediante el cual la placenta sale al exterior.

ANALGÉSICO.- Fármaco aplicado para la abolición de la sensibilidad o dolor, sin perder los restantes modos de sensibilidad.

ANATOMO FISIOLÓGICO.- Función de cierta parte del cuerpo.

ANEMIA.- Falta de sangre; clínicamente, disminución por debajo de las cifras normales de concentración de hemoglobina o número de electrolitos.

ANESTESIA.- Abolición de la sensibilidad dolorosa, se aplica para poder intervenir quirúrgicamente a un paciente.

ANTIBACTERIANA O ANTIBIOTICO.- Que impiden el desarrollo de las bacterias.

ANTIPIRÉTICO.- Medicamento eficaz contra la fiebre.

ASTENIA.-Decaimiento, debilidad.

ATONÍA UTERINA.- Útero flácido.

BINOMIO.- Expresión algebraica formada por la suma de dos términos.

BIOLÓGICO.- Relativo a la biología.

BRADICARDIA.-Disminución de la frecuencia cardíaca.

CAPUT SUCEDANEUM.- Inflamación del cuero cabelludo.

CEFALO.- Referente a la cabeza.

CERVIX.- Cuello de la matriz.

CESAREA.-Operación o extracción del feto, placenta y membranas ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

CIRUGÍA.- Rama de la medicina que trata las enfermedades y accidentes, totalmente o en partes, por partes manuales, o con ayuda de instrumentos especiales, es decir una intervención u operación quirúrgica.

CONGESTIÓN.-Acumulación de alguna secreción.

DIAFORESIS.-Sudoración profusa.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.- Apreciación de aquellas necesidades de los pacientes que pueden ayudar a una enfermera a llevar a cabo la acción de Enfermería.

DIAGNÓSTICO.- Determinación de la naturaleza de una enfermedad.

DISNEA.- Dificultad en la respiración a veces debido a una enfermedad del corazón o de los riñones respectivamente.

DISTOCIA.- Parte anormal o patológico fetal, debida ala forma, tamaño o posición del feto.

DISTOCICO.-Parto difícil, complicado.

DIURESIS.- Secreción de orina por el riñón.

EDEMA.- Acumulación excesiva de líquido subcutáneo y espacio intersticial en tejido celular.

ENTUERTOS.-Dolor abdominal post-parto.

ESTRÉS.- agresión contra un organismo vivo, esfuerzo, violencia, tensión. Conjunto de reacciones (biológicas, psicológicas) que se desencadenan en el organismo cuando éste se enfrenta de forma brusca con un agente nocivo, cualquiera que sea su naturaleza.

ESTROGÉNOS.-Hormona sexual.

ETIOLOGÍA.- Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas de enfermedades.

EUTOCICO.- Parto natural, fácil normal.

FETO.- Producto de concepción desde el final del tercer mes hasta el parto.

FISIOPATOLOGÍA.- Estudio de las funciones en el curso de la enfermedad y de las modificaciones que sufren a causa de ésta.

FLEBITIS.- Inflamación de la pared de una vena.

FONDO UTERINO.-Porción superior del útero.

HEMOSTASIS.-Detención espontánea o artificial, de un flujo sanguíneo o hemorragia.

HERPES.- Afección inflamatorio de la piel, caracterizado por la aparición de pequeñas vesículas transparentes reunidas en grupos rodeados de una areola roja.

HIDRATACIÓN.- Combinación de un cuerpo con el agua; paso al estado de hidrato.

HIDROCEFALIA.- Dilatación anormal de las cavidades ventriculares cerebrales, a consecuencia de una alteración de la dinámica normal del líquido cefalorraquídeo.

HIPERTEMIA.-Aumento de la temperatura.

HIPERTENSIÓN.-Aumento del tono o tensión en general; especialmente en la presión vascular o sanguínea.

HIPOTALAMO.- Porción del di encéfalo que forma el suelo y parte de la pared lateral del III ventrículo; comprende el quiasma óptico, los cuerpos mamilares, el tuber cinéreo, infundíbulo e hipófisis.

HIPOTENSION.- Tensión o presión baja o reducida especialmente de la sangre.

HIPOTONÍA MUSCULAR.-Disminución del tono muscular.

HIPOXIA.- Falta de aire del recién nacido.

HISTICOS.- Relativo a un tejido o de su naturaleza.

HOLISTICO.- Integración total.

INDEPENDIENTE.-Autónomo.

INDICACIÓN.- Conjunto de circunstancias del enfermo que sirven como guía para la aplicación de un determinado tratamiento.

INDUCCIÓN DEL PARTO.- iniciación de las contracciones uterinas, provocadas por varios métodos antes de su comienzo espontáneo.

INFECCIÓN.- Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivientes patógenos y acción morbosa de los mismos y una reacción orgánica consecutiva.

INFILTRADA.- Sustancia depositada por infiltración.

JUICIO CLÍNICO.-Conclusión del estado de salud.

LACERACIÓN.- Desgarro, herida por desgarro.

LACTÓGENO.- Producir leche

LOQUIOS.-Líquidos de los órganos femeninos durante el puerperio.

MACROSOMIA.- Desarrollo o tamaño exagerado del cuerpo .

MASTALGÍA.- Dolor o neuralgia de la mama.

MASTITIS.- Inflamación de la glándula mamaria.

MEMBRANA.- Órgano o capa delgada del tejido de funciones diversas.

MENARCA.- Establecimiento de la menstruación.

METODOLOGÍA.- Pasos a seguir.

MILIGRAMO.- Milésima parte de un gramo.

MILILITRO.- Milésima parte de un litro.

MORBILIDAD.- Número proporcional de persona que enferman en población y tiempo determinado.

MORFOLOGÍA.- Estudio de la forma y estructura de los seres organizados y de las leyes que las rigen.

MORTALIDAD.- Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado.

OBESIDAD.- Relación entre el peso real y el teórico.

OBSTETRICIA.- Rama de la medicina que trata de la gestación y puerperio.

OSEO.- Relativo al hueso compuesto de él.

PAPILOMA.- Término general para las neoformaciones de la piel y mucosas.

PERINEO.- Espacio del ano y las partes sexuales.

POLIURIA.- Secreción y emisión extremadamente abundantes de orina.

POLPNEA.- Respiración rápida y anhelosa.

POTENCIAL.- Que tiene mas prioridad.

PREGRAVÍDICO.- Anterior a la gestación.

PRETÉRMINO.- Antes de tiempo.

PROCESOS VITALES.- Es una serie de cambios en el organismo.

PROFILACTICO.- Relativo a profilaxis.

PROFILAXIS.- Conjunto de medios que sirven para preservar de enfermedades al individuo o a la sociedad. Tratamiento preventivo.

PROGESTERONA.- Hormona sexual.

PROLACTINA.- Hormona que favorece la producción láctea.

PROSTAGLANDINA.- Miembro de una serie de compuestos pertenecientes al grupo de los ácidos grasos, formados a partir de compuestos de 20 átomos de carbono.

PRÓTESIS.- Rama de la terapéutica quirúrgica que tiene por objeto reemplazar la falta de un órgano o parte de otro o artificial.

PUERPERIO.- Sobreparto; período que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelven al estado ordinario anterior a la gestación.

QUIRÚRGICO.- Relacionado con quirófanos.

SACRO.- Relativo a los huesos sacro y cóccix.

SERO HEMATICOS.- Apariencia entre suero y sangre.

SINFISIS.- Conjunto de medios de unión de dos superficies óseas, adherencia anormal entre dos partes, especialmente entre dos hojas serosas.

SUTURA.- En cirugía, reunión de los bordes de una herida o de la solución de continuidad en los tejidos mediante el cosido con hilos o grapas, para asegurar su unión y acelerar la curación

TEGUMENTO.- Envoltura, cubierta, piel o mucosa, especialmente la primera.

TISULARES.- Tejido.

TOCO.- Parto.

TOXICOMANIA.- Inclinação irresistible por las sustancias toxicas, drogadicción.

TRANSVAGINAL.- Esgurrimiento de alguna secreción a través de la vagina.

TUMORECTOMIA.- Extracción de un tumor.

UTERO.- Matriz.

VIRUS.- Cualquiera de los agentes infecciosos más pequeño.

BIBLIOGRAFÍA.

Alfaro-Lefevie, Rosalinda; Aplicación del Proceso Enfermero, Ed. Springer Ver lay, 4a. Edición en Español, España, 1999. P.p. 350.

Benson Ralph C., M. D., Manual de Ginecología y Obstetricia, Ed. El Manual Moderno, 7ª. Edición, México 1985, P. p. 744.

Danforth, D. N. Tratado de Obstetricia y ginecología, Ed. Interamericana, 4ª. Edición, México 1987, P. p. 1058.

Dexus Santiago y Carrera José M. Tratado de Obstetricia Dexos, ed. Salvat, 1ª. Edición, España 1987, P. p. 794.

Enríquez Arellano Genaro, Ginecología y Obstetricia, Ed. A M H G O, No. 3 IMSS, 3ª. Edición, México 1988, P. p. 1029.

Grupo Editorial Océano, Diccionario de Medicina Mosby, Ed. Printer Colombiana, 1ª. Edición, Colombia 1995, P. p. 1437.

Guyton Hall, Tratado de Fisiología Médica, Ed. Mc. Graw Hill, Interamericana, 9ª. Edición, México, 1998, P.p. 1200.

Hernández Ramírez Luz María, Rodríguez Jiménez Sofía, Sandoval Alfonso Leticia, Proceso de Enfermería, Ed. Sistema Universidad Abierta, Escuela de Enfermería y obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México 2000, P. p. 187.

Iyer Patricia W. et. al. Proceso y diagnóstico de enfermería, Ed. Mc. Hill, 3ª. Edición en español, México, 1997. P.p. 456.

Iyer Patricia, tapich B. J., Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, Ed. interamericana Mc. Graw hill, interamericana México 1993, P.p. 1535

Kozier E. Barbara, Enfermería Fundamental, Conceptos y prácticas, Ed. Interamericana, 2ª. Edición, México 1989, P. p. 1182.

Kozier, E. Barbara, et. al., Fundamentos de Enfermería, Volumen 1, Ed. Mc. Graw Hill Interamericana, 5a. Edición, España 1999, P.p. 1132.

Leddy Susan, et. Al., Bases Conceptuales de Enfermería Profesional, Ed. Harper y Raw, Publiser, 1ª. Edición, U. S. A., 1989, P.p. 378.

Luis Rodrigo Ma. Teresa, Diagnósticos Enfermeros, Ed. Hareourt Brace, 3ª. Edición, España 1998, p. p. 252.

Llaca Rodríguez Victoriano, Fernández Alba Julio, Obstetricia Clínica, Ed. Mc. Graw Hill, Interamericana, 1ª. Edición, México, 2000, P.p. 580.

Masson, Diccionario terminológico de Ciencias Médicas, Ed. Liberduplex, S. A., 13a. Edición, Barcelona, España 2002, P. p. 1

Mondragón Castro Héctor, Obstetricia Básica Ilustrada, Ed. Trillas, 3ª. Reimpresión, México 1994, P. p. 820.

Murray Mary Ellen, Atkinson Leslie D., Proceso Atención de Enfermería, Ed. Mc.graw Hill Interamericana, 5ta. Edición, Editores México1996, P.p.225.

Normark, Rohweder, Bases Científicas de Enfermería, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México 1979, P. p. 691.

Océano/Cetrum, Enciclopedia de Enfermería, Volumen 5, Materno Infantil II, Ed. Grupo Editorial Océano, Edición Original, España 1997, P. p. 960.

R. Fuller Joanna, Instrumentos Quirúrgica, Principios y Práctica, Ed. Medica Panamericana, 2ª. Edición, Argentina 1992, P. p. 672.

Ramírez Alonso Félix, Obstetricia para la Enfermería Profesional, Ed. Manual Moderno, S U A E V E D U N A M, 1ª. Edición, México 2002, P. p. 552.

Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero, Aplicación Actual, Segunda Edición, Ediciones Cuellar, México, 1999, P.p. 277.

Roldan de T. Amparo de S. María stella, Proceso de Enfermería, [http:// tone. Udea. Edo. Co./reuntal / sep/99/proceso.htm](http://tone.Udea. Edo. Co./reuntal / sep/99/proceso.htm). Universidad de Antioquia, P. p. 14

Salas Duverges Schwarcz, Obstetricia. Ed. Librería el Atenco, 5ª. Edición cuarta reimpresión, Argentina 1987, P.p. 1035.

Sociedad de Médicos Cirujanos del Hospital de Gineco-Obstetricia No. Uno-Cuatro del IMSS., Procedimientos en Obstetricia. Ed. Hospital Luis Castelazos Ayala IMSS, México 1998, P. p. 585.

Wilson Robert y Corrinton Elsie, Gineco- Obstetricia. Ed. El Manual Moderno, 1ª. Edición, México 1991, P.p. 580.

Witter Duglas Beberly, Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana, 3ª. Edición, México 1979, P. p. 544.

No. Cuenta 401118991

Tel. 75555 4-60-57