

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE
CHIAPAS.**

**FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA
SUBSEDE VENUSTIANO CARRANZA**

CURSO ESPECIAL DE TITULACIÓN

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN PACIENTE POSTQUIRURGICO**

“CESAREA”

CASO CLINICO DE ENFERMERIA.

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA

PRESENTA:

DIANA LUISA GARCÍA DE LA TORRE.

VENUSTIANO CARRANZA, CHIAPAS

FEBRERO DE 2018





Venustiano Carranza, Chiapas
27 de febrero de 2018

C. Mtro. Lisandro Caballero Velázquez

Coordinador de la subsede Venustiano Carranza

Presente

Adjunto al presente me permito enviar a usted relación debidamente requisitada, con la cual hago de su conocimiento y compruebo que he entregado un ejemplar denominado:

Proceso de atención de enfermería en pacientes postquirúrgico "cesárea"

Impreso y en archivo electrónico que me fue autorizado, a efecto de que proceda con el trámite a que haya lugar

ATENTAMENTE

Diana Luisa Garcia De la Torre.

Nombre y firma del (la) Sustentante

CCP. Expediente



Anexo

ESCUELA: _____	1 Impreso y un electrónico
BIBLIOTECA: _____	1 Electrónico
PRESIDENTE: <u>Lic. Berenice I. Morales Rodríguez</u>	1 Engargolado
SECRETARIO: <u>Mtro. Gonzalo Amarante Sánchez Méndez</u>	1 Engargolado
VOCAL: <u>Med. Víctor Molina La Flor</u>	1 Engargolado

ATENTAMENTE

Diana Luisa Garcia De la Torre.

Nombre y firma del (la)
sustentante

INDICE.

INTRODUCCIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN.	8
OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.	9
Objetivo general	9
Objetivo específico.	9
CAPITULO I. METODOLOGÍA:.....	10
1.1 SELECCIÓN DEL CASO.....	10
1.2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.	12
1.3 PRESENTACIÓN DEL PACIENTE.....	13
1.4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	16
1.4.1 VALORACIÓN-HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACION CLINICA.	16
1.4.2 Valoración de enfermería.	18
1.4.3 FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO.	25
1.4.4 VALORACIÓN- HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACION FÍSICA DEL RECIEN NACIDO.	25
CAPITULO II. FUNDAMENTACIÓN.	56
2.1 MARCO TEÓRICO.....	56
2.1.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.	56
2.1.2 Embarazo.....	58
2.1.2 Evolución del embarazo o etapas.....	62
2.1.3 Complicaciones del embarazo.....	65
2.1.4 Cesárea.....	71
2.1.5 factor quirúrgico - inducción fallida de trabajo de parto.	72
2.1.6 clasificación de cesárea.	73
2.1.6 Tipos de incisiones de la piel.....	74
2.1.7 Incisiones uterinas.....	74
2.1.8 Tiempo quirúrgico:.....	76
2.1.9 Técnica quirúrgicas tipo kee.	83
2.1. 10 Indicaciones de cesárea.	87
2.1.10 Complicaciones de la cesárea.	88

2.2 MARCO LEGAL.....	90
2.2.1 Derecho de los pacientes.....	90
2.2.2 Derecho de la enfermera.....	92
2.2.3 Ley general de salud título quinto investigación para la salud.....	94
2.2.4. Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares .	97
2.2.5 Artículo 4°.....	101
2.2.6 Artículo 8° de la constitución política de los estados unidos.....	102
2.2.7 Norma oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.....	102
2.2.8. Norma oficial Mexicana NOM 05-SSA2-1993 De los servicios de planificación.	104
2.2.8 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.....	104
2.2.9 Norma oficial mexicana 012 NOM SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.....	106
2.2.10 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.....	108
2.3 MARCO BIOÉTICO.....	111
2.3.1 Bioética.....	111
2.3.2 Principios de bioética.....	112
2.3.3 Concepto de consentimiento informado.....	113
2.3.4 Decálogo o código de ética.....	114
CAPITULO III.....	118
PLAN DE ALTA.....	118
CONCLUSIONES.....	120
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	122
GLOSARIO.....	123
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.....	127
ANEXOS.....	134

INTRODUCCIÓN.

La cesaría es un procedimiento quirúrgico en la que se realiza la extracción del feto a través de vía abdominal realizando una incisión que permita acceder al útero y extraer al feto. Este procedimiento se lleva a cabo bajo las indicaciones que justifique el riesgo de la salud; existen causas clasificadas e indicaciones puede ser maternas, fetales o mixtas.

Al no tener éxito en un trabajo de parto vaginal, se recurrió al procedimiento quirúrgico por distocia asociada a una inducción fallida del trabajo de parto. La intervención quirúrgica se interpone como una resolutive del caso, tomado en cuenta diferentes aspectos sobre la situación presentada y reevaluando la condición materna, el bienestar fetal y la más importante la decisión emitida por la madre y familiares según sea el caso.

Como bien sabemos toda cirugía tiene riesgos y beneficios. Por lo consiguiente se proceder a informar sobre posibles complicaciones y riesgos que estas pueden desencadenar; para ello se extiende el consentimiento informado que es un documento de vital importancia para llevar a cabo la realización de dicha intervención.

A continuación estudiaremos el caso en donde la finalidad es brindarle cuidados a la paciente femenina valorándola con los patrones funcionales de Marjori Gordon, en base a sus patrones alteradas e ir priorizándolas y obtener como resultado una pronta recuperación. Brindando cuidados adecuados a la paciente utilizando las taxonomías NANDA, NOC, Y NIC.

Por lo consiguiente el trabajo se divide en 3 capítulos. El primer capítulo abarca la metodología, que comprende de manera objetiva el estudio a realizar, en ello encontramos, la selección de caso en el que describe el enfoque teórico; hace mención sobre datos que necesitamos para recabar, además de una ficha de identificación que se verá más adelante, cabe mencionar que en esta solo encontraran iniciales de la persona por confidencialidad del paciente, así mismo la presentación del paciente, y también en este mismo capítulo se desarrolla el PAE con sus 5 pasos respectivos, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

En el segundo capítulo se aborda el marco teórico, el marco legal y por último el marco bioético. Representan todo el lenguaje teórico que permita darle una explicación verídica y sintetizada. Que son capaces de abstraer teóricamente los datos obtenidos o que serán de utilidad en la técnica de investigación. De acuerdo a las leyes, normas oficiales mexicanas y artículos, estas nos amparan los derechos tanto del investigador como del paciente.

El tercer capítulo se ejecuta el desenlace del proceso de atención de enfermería en el que se presenta el plan de alta como las indicaciones respecto al cuidado y manejo de su salud. La conclusión, como los resultados obtenidos. Como también un apartado de recomendaciones y sugerencias que va dirigida a la investigación realizada. Al finalizar se encuentra los anexos como los documentos que legales, (consentimiento informado) y como guía de valoración. Y finalmente la bibliografía que desataca la investigación basada en la evidencia.

JUSTIFICACIÓN.

El profesional de Enfermería como agente de salud, tiene la responsabilidad de fungir como promotor social, que participe en acciones de fomento, control y prevención y en este caso se trata de ello.

Esta investigación fue realizada como trabajo final del diplomado quirúrgico para obtener el título de licenciado en enfermería. El área quirúrgica cubre el campo del diplomado para la titulación, la cual, se enfoca en la identificación de los problemas de salud que requieren de resolución quirúrgica, de tratamientos, y cuidados generales y específicos. Lo anterior fundamenta que los profesionales de enfermería se cuenten con una sólida formación científica y humanista.

La relevancia de este trabajo de investigación tiene como meta planificar los cuidados posquirúrgicos de cesárea. La cual forma parte de la operación obstétrica más comúnmente efectuada, ha sido motivo de preocupación en los últimos años, vinculada al impacto de este tipo de cirugía en la morbilidad y mortalidad maternas. El incremento de la cesárea en Chiapas es de 20.8% que la constituye la cesárea por urgencia y un 9.2% en cesáreas programadas. La investigación en cuidados, además de producir incrementos en el desarrollo profesional, transmite a la población soluciones a las múltiples demandas de salud que precisan de un incremento en los conocimientos que tiene que producirse por las respuestas científicas a los problemas que se plantean. En este sentido, se justifica la realización de este estudio que permitirá informar y poner en práctica un conjunto de técnicas y conocimientos basados en la evidencia.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.

Objetivo general.

- Desarrollar un proceso de atención a enfermería con la elaboración planes de cuidados estandarizados (PLACES) en pacientes pos-operados de cesárea en el hospital rural Venustiano Carranza. Julio 2017

Objetivo específico.

- Evaluar el estado de salud de la individuo, con la valoración, bajo el modelo de Maryori Gordon
- Interpretar la información recabada para la elaboración de diagnósticos de enfermería.
- Sintetizar la información de recolección de datos para el fácil manejo de la investigación.
- Ejecutar intervenciones de acuerdo con los diagnósticos elaborados.

CAPITULO I. METODOLOGÍA:

1.1 SELECCIÓN DEL CASO.

Para el proceso atención enfermería basada en estudio descriptivo-interpretativo a través de una metodología mixta con enfoque cualitativo y cuantitativo: el cualitativo, debido a que está basado en problemas de salud y hechos reales. Cuantitativos, pues se describe con el plan de cuidado estandarizado (PLACE) en el que de acuerdo con las intervenciones hechas se obtienen una puntuación.

El estudio se realizó en el hospital rural- prospera Venustiano Carranza, Chiapas; Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista en profundidad y la observación del paciente elegido así también la revisión de expediente.

Teniendo en el tipo de análisis principal es precisamente descriptivo interpretativo.

- Lo descriptivo, que esta se describa de la manera más rica y libre posible.
- Lo interpretativo; trata de sacar a la luz los significados ocultos, extraer de la reflexión una significación que profundice por debajo de los significados superficiales y obvios.

Para este estudio se eligió a una persona del sexo femenino, en edad fértil. La muestra se escogió mediante un muestreo intencional siguiendo las siguientes estrategias:

- Muestreo por conveniencia: consistente en seleccionar los casos que se encuentran disponibles o por comodidad del investigador. Se tomaron como criterios de inclusión:
- Consentimiento de la persona.
- Diagnostico parto quirúrgico “cesárea”
- Edad fértil.

Se tomaron como criterios de exclusión:

- Negación a participar.

Este trabajo fue realizado con el apoyo de la paciente M.Y.R.D. la cual me dio el consentimiento de realizar la exploración física, (inspección, palpación, percusión, auscultación y medición), la realización de una entrevista basada bajo el modelo de Maryori Gordon (11 patrones funcionales) además de permitir el acceso de su expediente clínico.

Llevando a cabo la toma de signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y T/A), con la fundamentación en diferentes libros de fundamentos de enfermería, manuales de enfermería, libros de obstetricia, NANDA, NIC Y NOC.

Primeramente se realizaron las siguientes actividades; se empezó desde la elaboración del consentimiento informado el día 09/07/17. De acuerdo con lo expuesto anteriormente, se seleccionó a la paciente con la estrategia predispuesta.

El día 10/07/17 A la presentación se información sobre el proceso de atención a enfermería (PAE), planteando lo dispuesto se le otorga la hoja de consentimiento informado.

Posteriormente se realizó la valoración de los 11 patrones funcionales bajo el modelo de Mayori Gordon. De acuerdo a la valoración obtenida se agrupo la información por patrones funcionales, elaborando una descripción de cada una de ellas; se analizaron los patrones para ver los patrones alterados y de ahí se partió para la elaboración de los diagnósticos de enfermería. Las cuales se jerarquizaron por impacto de aplicación.

También se procedió a explorar el expediente clínico para encontrar cualquier hallazgo que sea de relevancia para llevar a cabo la investigación.

El día 11/07/17 acudí con la paciente en el servicio de Hospitalización Gineco-obstetricia donde aplique los conocimientos teóricos-prácticos, impartándole pláticas de promoción y prevención a la salud. Y realizando las intervenciones de acuerdo con lo diagnósticos alterados.

De acuerdo con la evolución que obtuvo M.Y.R.D. se le dio de alta siendo las 14:00 horas con un diagnóstico de egreso de Puerperio quirúrgico inmediato secundario periodo de expulsión prolongado. Se le explica el plan de alta de la paciente de los posteriores cuidados que tendrá.

1.2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre del paciente: M. Y. R. D	
Edad: 19 años	Ocupación: ama de casa
	Religión: católica
Fecha de nacimiento: 14 de enero de 1998	Nacionalidad: Mexicana.
	Grupo sanguíneo: "O" Factor: positivo
Localidad: Colonia Nicolás Ruiz	Sexo: Femenino.
	Peso: 58 kg Talla: 1.48 cm
Escolaridad: preparatoria completa	Nombre del esposo: C. A. J. R.
	Edad: 21 Escolaridad: Preparatoria completa.
Estado civil: unión libre	Dx medico: G: 1 embarazo de 40.3 SDG por FUM / 40.0 por USG
Fecha de ingreso: 07/ 07/2017 Servicio: Ginecología y obstetricia	

Tabla 1: ficha de identificación del paciente.

Diagnóstico de egreso: Puerperio quirúrgico inmediato secundario periodo de expulsión prolongado.

1.3 PRESENTACIÓN DEL PACIENTE.

Paciente femenino de 19 años de edad que acude al hospital rural prospera-Venustiano Carranza el día 07/07/17 a la 09:35 hrs. en el servicio de urgencias por dolor tipo obstétrico refiere embarazo a término de 40 SDG por datos de ultrasonido y 40.2 por FUM trayendo consigo una hoja de referencia medica de su unidad, Con signos vitales de T/A: 110/70 F/C: 80 F/R: 20x', temperatura : 36.5 con peso de 58 Kg obteniendo esos datos pasa a la valoración médica acompañada de su suegra, se encuentra orientada en tiempo y espacio con 1 cm de dilatación por lo que la médico, indica el ingreso al servicio de urgencias a las 10:40, se solicitan estudios de laboratorio (BH, HGB, HTO,PLAQ., TP, TPT, Grupo RH) refiere contar con un ultrasonido el más recientemente realizado el día 03/07/17, pasa a urgencias observación, siguiendo las indicaciones se canaliza a las 11:00 hrs con punzocat # 14 en vena cubital superficial, se obtiene muestras con los tubos correspondientes para mandarlas a analizar, se deja con solución Hartmann de 500 ml carga rápida, y continua con Sol. Fisiológica de 1000 P/8 horas, que dando en ayuno.

A la entrega de los resultados de laboratorios se encuentran estos resultados: BH: 8,800; HGB: 128; HTO: 38.1%, PLT: 186,00; TP: 9.4; TPT: 29.4; Grupo y RH: "O" positivo.

Fue trasladada 12:00 al servicio de hospitalización en el área de gineco-obstetricia. Posterior a la revaloración del turno de la tarde 13: 40 pm se modifica la dieta, inicia dieta normal, quedando así durante la noche y al día siguiente cambia a dieta líquida a las 08:00,continua sin medicamentos por pasar hasta el momento esperando evolución uterina, indicando cuidado generales de enfermería. El 08/07/2017 08:00 indican misoprostol vía vaginal, pero no se administra por indicaciones de la ginecóloga, en soluciones queda la misma Fisiológica 1000/12 hrs, con vigilancia estrecha del binomio (actividad uterina y FCF). Con signos vitales 10:00 T/A: 90/60 F/R: 20, F/C: 82 y temperatura de 36.2° C, se monitoriza también la FCF: 156 x', al día siguiente 09/07/2017 se obtienen los siguientes signos vitales T/A: 90/60 F/R: 22, F/C: 84 y temperatura de 36.5° C, FCF: 162X', con dieta normal, solución glucosa 300 ml p/ 2 hrs, continua sol. Salinas 1000/12 horas.

Paciente cursando tercer día de estancia en el área de hospitalización, sin evolución uterina por lo que se induce al trabajo de parto administrando misoprostol

08:45, con estrecha vigilancia del binomio por médico y enfermería, por lo que los resultados no fueron esperados, por una inducción fallida de parto se decide interrumpir embarazo por vía abdominal.

Medicamentos administrados:

FARMACOS					
Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Hora
Misoprostol	Tableta		Única vaginal	d/u	9:10
Ranitidina	Ámpula	50 mg		d/u	10:50
Metoclopramida	Ámpula	10 mg		d/u	10:50

Tabla 2: Medicamentos administrados el día 10 de julio del 2017

Se llena formatearía correspondiente como (consentimientos informados, cirugía segura) etc sin faltantes siendo las 14: 10 se prepara paciente para intervención quirúrgica, realizando vendaje miembros inferiores con la técnica en espiral, y tricotomía abdominal Se traslada paciente al área de quirófano 14:12 con papelería completa y materiales correspondiente, se hace entrega 14:14 a nuestras compañeras proporcionándole los datos y confirmando que será intervenida quirúrgicamente, ingresa paciente a las 14:30 al quirófano 1, 14:33 se inicia con procedimiento anestésico realizando asepsia y antisepsia en la zona epidural, posteriormente se administra anestesia a las 14:37 y termina a las 14:41 una vez anestesiada se instala sonda Foley # 16, antes de abrir cavidad se monitorización de signos vitales T/A: 125/80 F/C:80 X' Y F/R 25, se colocan campos estériles en la región abdominal, inicia corte tipo keel para comenzar con la cirugía 14:45, sus signos vitales de inicio son T/A: 113/93 F/C:95 X' Y F/R 20, Spo2 98%, nace producto único vivo del sexo masculino a las 14:49 con un Apgar de 8-9, con un peso de 2835 kg talla 48 cm, segmento inferior 21, pie 8, PC: 35, PT:33 y Perímetro abdominal 30 cm, se realizan los cuidados mediatos e inmediatos se administra 2 gotas de cloranfenicol oftálmico dosis única a las 15 hrs, vitamina A 2 gotas vía oral a las 15 hrs y vitamina K 2 m I.M dosis única a las 15 hrs. Al mismo tiempo que se están dando los cuidados al bebe, se retira placenta 14:55 y se realiza aspiración de la cavidad, con conteo de gasas completa por lo que se procede a cierre de cavidad y termina cirugía a las 15: 27 en donde continua vigilando bajo los efectos de la anestesia y mientras esto no

suceda no se pasa a hospitalización, maneja los signos estables, mientras el menor se encuentra en cuna térmica esperando la recuperación de la madre, siendo las 17:15 fue trasladada al área de hospitalización, junto con su bebe y papelería para continuar con su reposo.

Durante su hospitalización fue cuidada por su suegra, mama y esposo, continuaba con solución fisiológica de 1000 p/12 horas.

FARMACOS					
Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Hora
Cefotaxima	Ámpula	1 gr	i.v	c/8	22-6
ketorolaco	Ámpula	30 mg		c/8	16-24
Paracetamol	Tableta	1 gr		c/8	24

Tabla 3: Medicamentos administrados el día 10 y 11 de julio del 2017 con sus respectivos horarios e intervalos.

1.4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

1.4.1 VALORACIÓN-HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACION CLINICA.

Nombre del paciente: M.Y.R.D.		
ANTECEDENTES	<p>ANTECEDENTES HEREDO- FAMILIARES:</p> <p>Diabetes mellitus, hipertensión arterial, tuberculosis pulmonar, alcoholismo, obesidad, neoplasias, cardiopatías, alergias, tabaquismo, dependencia a drogas o medicamentos, malformaciones congénitas, disfunciones familiares</p>	<p>Refiere antecedente diabético por parte del padre.</p> <p>El resto negado.</p>
	PERSONALES NO PATOLÓGICOS:	
	<p>Lugar de nacimiento: <u>col. Nicolás Ruiz.</u></p> <p>Estado civil: <u>unión libre:</u></p> <p>Religión: <u>católica.</u></p> <p>Tipo de relaciones sexuales: <u>heterosexual.</u></p> <p>Tipo de alimentación: <u>buena.</u></p> <p>Higiene personal: <u>buena</u></p> <p>Tiempo en su ocupación:</p> <p>Grupo RH: <u>“O” POSITIVO</u></p> <p>Fecha de nacimiento: <u>14 de enero 1998</u></p> <p>Escolaridad: <u>preparatoria completa.</u></p>	<p>Sedentarismo: <u>si</u></p> <p>Numero de pareja de sexuales: <u>1</u></p> <p>Calidad de habitación: <u>construida de materias duraderos y cuenta con servicios básicos de urbanización. Zoonosis (perro)</u></p> <p>Actividad específica: ama de casa</p>
	<p>Personales patológicos:</p> <p>Médicos, quirúrgicos, transfuncionales, tabaquismos, alcoholismo dependencia a drogas o medicamentos, alérgicos y otros.</p>	<p>Niega crónico-degenerativos toxicológicos y traumatismos, cirugías y hemotransfusiones negadas</p>
	GINECO- OBSTÉTRICOS:	
<p>Menarca: <u>12 años</u> ritmo: <u>30x5</u> IVS: <u>18 años</u> fUM: <u>26-09-2016</u></p> <p>Fup: <u>0</u> embarazos: <u>1</u> partos: <u>0</u> aborto: <u>0</u> cesárea: <u>0</u> hijos macrosomicos: <u>0</u></p> <p>Hijos con bajo peso al nacer: <u>0</u> tipo de método de planificación familiar: <u>desea DIU</u> TIEMPO DE uso de método: <u>0</u></p>		

Tabla 4 historia clínica.

Exploración física por sistema.

-Aparato digestivo:

No presenta náuseas, vómito, refiere dolor abdominal (por la herida quirúrgica) aumenta con alguna postura o movimiento esto le impide realizar las actividades diarias, a veces los dolores son intensos que le impide dormir no hay presencia de flatulencias, no tiene hemorragia el sagrado es normal a su condición. Su alimentación no le es suficiente durante su hospitalización, su digestión es normal, las evacuaciones es normal, no tiene disfagia mucho menos sienten dolor al tragar.

-Aparato cardiovascular:

No hay presencia de dolor torácico ni disnea, no se localizan palpitaciones, ruidos cardíacos rítmicos y regulares, intensidad moderada. Hay una ligera disminución de la presión arterial, sin presencia de cefalea.

Aparato respiratorio:

No presenta tos ni esputo, ni sudoración nocturnas, campos pulmonares limpios y ventilados, no tiene la sensación de que le falta el aire.

-Aparato urinario

No hay presencia de alteraciones en la micción ni dolor lumbar o edema renal, no hay cambios en la coloración de orina no hay presencia de incontinencia o retención urinaria o hematuria. Se le retiró sonda vesical en recuperación.

Aparato genital:

Hay presencia de sangrado genital sin ningún tipo de flujo o dolor ginecológico. Sin antecedentes de enfermedades venéreas y ninguna alteración aparente, desarrollo de acuerdo a su edad. A la interrogación nos menciona que su menarca fue a los 12 años de edad que no mancha muchas toallas sanitarias.

-Aparato hematológico

Sin presencia de datos de anemia, se observa una leve palidez de tegumentos, siente cansancio últimamente, Sin adenopatías o bulto en el cuello, en axilas, en ingle.

-Sistema endocrino:

Sin datos de poliuria, polifagia o polidipsia, ni diaforesis. Todo dentro de lo normal.

-Sistema musculo esquelético:

Presencia de frio después de la cirugía, ligera inflamación y hay una moderada limitación del funcionalismo por la herida quirúrgica en el abdomen, no hay deformidades ni dolor articular o de las extremidades cuello o espalda.

-Sistema nervioso:

Sin cefalea, no ha convulsionado ninguna vez, presenta déficit transitorio; es decir que en algún momento no puede pronunciar bien la letra S, niega perder el equilibrio o que en algún momento se ha caído. Últimamente ha cambiado su sueño por lo que su ciclo le es insuficiente para dormir.

No hay presencia de dolor torácico ni disnea, no se localizan palpitaciones, ruidos cardiacos rítmicos y regulares, intensidad moderada. Hay una ligera disminución de la presión arterial, tiene presencia de leve intensidad de cefalea.

-Aparato respiratorio:

No presenta tos ni esputo, sudoración nocturnas campos pulmonares limpios y ventilados, no tiene la sensación de que le falta el aire. Se valoró varios días y sus parámetros fueron normales.

-Sistema sensorial:

Visión normal, agudeza visual normal, no hay dolor ocular. Hay nerviosismo, e insomnio como consecuencia del dolor.

-Sistema neurológico.

Se encuentra orientada en los tres planos, persona tiempo y espacio, actitud positiva y vocabulario adecuado.

1.4.2 Valoración de enfermería.

Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud.

Objetivo:

Se trata de Paciente femenino de nombre M. Y. R. D de 19 años de edad; es originaria del ejido Nicolás Ruiz, con preparatoria terminada vive en unión libre, se dedica al hogar; practica la religión católica; ha tenido una buena salud, por el momento se encuentra estable.

Subjetivo:

niega tener enfermedades crónicas degenerativas como: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, tuberculosis pulmonar, asma, epilepsia, neoplasias, cardiopatías, artritis; niega alergias, y no tener adicciones de tabaquismo, dependencia a drogas o medicamentos y alcoholismo; actualmente vive en casa de sus suegros la cual está hecha material resistente con techo de concreto y pared de ladrillo, cuenta con luz, agua, drenaje; hace mención que tienen animales domésticos como perros y aves en casa. Expone que sus hábitos higiénicos son rutinariamente, baño diario con cambio de ropa, cepillado dental 3 veces al día; cuenta con vacunas aplicadas de toxoide tetánico (TD) con esquema completa con una última dosis aplicada durante la 13 SDG, también cuenta con la vacuna de la influenza; durante su vida solo se ha hospitalizado en una sola ocasión por el embarazo a término con presencia de dolor suprapúbico y lumbar con intensidad leve de 24 hrs de evolución. Y que ha sido sometida a una intervención quirúrgica por parto quirúrgico “Cesárea tipo Keer”. Sin transfusiones sanguíneas. Después de la intervención quirúrgica efectuada, ella menciona de algunas molestias pero que ahora su mayor preocupación es respecto al cuidado del bebé. Además de que también comenta que no tiene producción de leche materna eso la tiene intranquila.

-Grado de dependencia: Parcialmente dependiente.

- Patrón 2: Nutricional – metabólico.**Objetivo:**

Se observa las características de la piel y mucosas hidratadas, y con un buen estado de conciencia, con piezas dentales completas, sin presencia de caries, mucosas orales hidratadas, sin alteración en la masticación, ni en la deglución, no tiene prótesis dentarias, a la exploración no hay ninguna lesión o marca de ella, su temperatura corporal 36.2° C, actualmente tiene un peso de 54 kg, con talla de 1.48, la paciente presenta un IMC de 24.65 con esta cifra se concluye que está en un peso normal con tendencia a sobrepeso. Durante su estancia hospitalaria la alimentación es indicada de acuerdo con la dieta adecuada para ella. La cual durante los días que paso se le indicó dieta normal gozando de desayuno, comida y cena excepto desde el momento que se le indicó parto quirúrgico “cesárea” se mantuvo en ayuno durante más de 8 hrs.

Subjetivo:

Hace mención que realiza dos comidas al día; desayuno a las 10 de la mañana, comida a las 5 de la tarde. Niega ser alérgica a ningún alimento, refiere que a veces

presenta náuseas sin vómito. comenta que toma de 1 a 2 litros de agua, consume refresco 2/7; La ingesta típica de alimentos diaria son frijoles que siempre están presentes en el comedor, realiza dos comidas al día, Su alimentación no tiene un orden específico pero la dieta habitual a la semana se basa del consumo de carnes como res, pollo, puerco y el pescado 1/7, verduras 3/7, frutas 2/7, derivados de lácteos 1/7; consume moderadamente sal, azúcar, según sus respectivas comidas al igual consume tortillas en cada ingesta de alimento; consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

Grado de dependencia: parcialmente dependiente

- Patrón 3: Eliminación

Objetivo:

Tiene una instalación de sonda vesical, procedimiento que se le realizó durante el periodo preoperatorio, la diuresis que se retira es de 1200 ml al día. Aproximadamente con una consistencia de amarillo claro no es fétida. Necesita acompañamiento parcial para ir al baño, utiliza cómodo a veces, actualmente utiliza pañal para adulto para llevar un control de la sangre desechada, tiene evacuaciones de 2 veces al día con un peso aproximado de 100grs, con tono color marrón. Sin presencia de diaforesis.

Subjetivo:

Niega presencia de anuria, poliuria, disuria, nicturia, tenesmo, hematuria, incontinencia e infecciones de las vías urinarias; hace mención de que tiene flatulencias y peristaltismo activo, sin distensión abdominal, suele ir acompañada al sanitario. Al ir al baño no presenta dolor o alguna molestia, para defecar o misionar no necesita de pastillas que no tiene problemas algunos para su control.

Grado de dependencia: independiente.

- Patrón 4: Actividad – ejercicio.

Objetivo:

La paciente presenta poca fuerza y energía, que le son insuficiente para afrontar las actividades de la vida diaria, manifiesta debilidad y cansancio debido a la intervención quirúrgica que se le realizó, además de sentir dolor en la zona afecta, no puede realizar muchos movimientos por temor a una dehiscencia por lo que necesita de otra persona para realizar algunas actividades como: baño, aseo, vestido, o movilidad. No realiza ningún tipo de ejercicio.

Subjetivo:

Anteriormente practicaba básquetbol como deporte, antes de vivir con su pareja; evaluando su situación actual determina que sus tiempos se verán limitados por los cuidados que ambos necesitan (madre-hijo) y las obligaciones que ahora ella asume. En sus tiempos libres le gusta ver la televisión, pero por ahora que esta post-operada y recuperándose en las instalaciones de la clínica, lo único que puede hacer en su tiempo libre es descansar y amamantar a su bebe estar al pendiente de él. Ha manejado una presión arterial estable de 110/70 mm HG y con una respiración de 20x¹

Grado de dependencia: parcialmente dependiente

- Patrón 5: Sueño - descanso**Objetivo:**

Se presencia somnolencia, cansancio, su estado mental es el estrés debido a la desesperación para el cuidado su bebé también de los cuidados específicos que él requiere, presenta ojeras.

Subjetivo:

Expresa que duerme poco con 4 horas de descanso y que al día siguiente se siente cansada, le parece insuficiente lo que duerme, tiene diurnas aproximadamente de 2 horas con periodos cortos, a veces suele tener pesadillas, pero que al mínimo ruido despierta. Concilia el sueño sin necesidad tomar alguna sustancia o pastilla para dormir., pero cuando escucha los llantos de su bebe despierta para amamantarlo. Esto sucede frecuentemente.

Grado de dependencia: parcialmente dependiente.

- Patrón 6: Cognitivo - perceptual**Objetivo:**

Se encuentra consiente, alerta a mínimo estímulo, orientada en persona, tiempo y espacio, con escala de Glasgow de 15, manifiesta emociones y sentimientos de nerviosismo, niega alguna capacidad diferente, esta consiente de su padecimiento actual, conoce su motivo de ingreso a la clínica de campo. Se observa la adecuación de sus 5 sentidos el primero, visual puede ver y distinguir objetos o personas claramente cerca o a distancia, no utiliza lentes para facilitarle su vista, tampoco utiliza audífonos entiende lo que se dice, escucha claro y preciso, su sentido del gusto es aceptable sabe distinguir los sabores, tiene una comunicación verbal clara, es una persona apta para tomar decisiones por si misma. Tiene buena atención a mensajes verbales sus respuesta son de acuerdo a

las preguntas. A la palpación se percibe que tiene presencia de sensibilidad, en el ámbito olfatorio esta normal, sin aparentes alteraciones, distingue olores, sabores

Subjetivo:

Refiere solo hablar español, y se considera una persona despistada por lo que le cuesta trabajo concentrarse, en ocasiones se le olvidan las cosas. Existen problemas con el lenguaje le cuesta pronunciar una letra la letra R. Presenta dolor abdominopelvico por la herida quirúrgica, que se le realizo al mínimo movimientos el dolor está presente por lo que evita realizarlos.

Grado de dependencia: parcialmente dependiente.

- Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto

Objetivo:

A la inspección se encuentra nerviosa, con ansiedad, sus cambios de fascias son frecuentes, no tiene contactos oculares durante la conversación evade la vista. Se han producido cambios en su cuerpo, durante el embarazo subió de peso pero está consciente de lo que sucedería.

Subjetivo:

Refiere estar bien consigo misma se acepta tal como es, Niega que no se enfada frecuentemente solo cuando que lo ameriten, esta aburrida durante su estancia hospitalaria, tiene temor a no poder desempeñar el papel de mamá o no poder realizar bien las cosas, tiene autoestima de nivel medio, menciona tener un pequeño problema con su lenguaje al no poder pronunciar la R.

Grado de dependencia: parcialmente dependiente

- Patrón 8: Rol - relaciones

Objetivo:

Aparentemente se ve que tiene una buena relación con sus demás familiares, es una persona, se encuentra en el rol de madre primeriza en el que en el momento tiene una considerable apoyo por parte del

Subjetivo:

Vive en casa de sus suegros las cuales habitan 6 personas y ahora 7 con el nuevo integrante de la familia. Pertenece a una familia extensa. Expresa que tiene buena comunicación con su suegra y su marido solo en ocasiones igual que todas las parejas presentan algunas diferencias; Cuando tienen discusiones evita pelear y mejor se duerme. Indica que en su hogar hay 2 jefes de familia, que son los proveedores del

había realizado estudios de Papanicolaou, ni autoexploración de mamas, por falta de información.

Grado de dependencia: Independiente.

- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés

Objetivo:

Actualmente MYRD se encuentra hospitalizada por el parto quirúrgico “cesárea, se encuentra estable con moderado condición de estrés relacionado con la ansiedad con el ambiente hospitalario.

Subjetivo:

M.Y.R.D. relata haber terminado la preparatoria. Pensando en su futuro y viendo la situación en el que se encontraba en esos momentos, de no tener recursos para seguir estudiando y lo difícil de entrar en la universidad, lo más factible fue, formar su propia familia junto a C.A.R.J. la cual estaba consiente que cambiaría totalmente su vida de hija y rol de estudiante. Y ahora afrontaría otra responsabilidades como ama de casa responsable de alimentación de su marido y otros actividades etc. explica que por ser madre primeriza se encuentra nerviosa y que algunas cosas le causan incertidumbre respecto a su bebe y de ella. Pero la tranquiliza pensar que tiene el apoyo de su suegra y su mama para auxiliarla en el momento que la requiera

Grado de dependencia: parcialmente dependiente

- Patrón 11: Valores - creencias

Objetivo:

A la inspección no se presencia de ningún tipo de objeto que indique para ella, valores o creencias. Su salud actual le impedirá asistir a su iglesia debido al reposo que debe tener.

Subjetivo:

Desde pequeña ha tenido conocimiento de las creencias religiosas, y asistía a la iglesia cuando tenía disponibilidad de tiempo. Práctica la religión católica asiste a la iglesia una vez al mes la cual refiere que es un refugio cuando ella tiene problemas y es el único lugar en donde encuentra consuelo, ella opina que las enfermedades no son por castigo de Dios, niega relación religiosa con alguna enfermedad. Y que la muerte es parte de la vida, esta consiente que nadie se libra de la muerte, y en algún momento a ella también le tocara.

Grado de dependencia: Independiente.

1.4.3 FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

Ficha de identificación:			
<u>NOMBRE:</u>	RN J.R.	<u>PESO:</u>	2,835 g
<u>N° DE CUNA</u>	Alojamiento conjunto cama #3	<u>TALLA:</u>	48 cm
<u>FECHA DE NACIMIENTO:</u>	10/07/2017	<u>SEXO:</u>	Masculino
<u>HORA DE NACIMIENTO:</u>	14:49	<u>SERVICIO:</u>	Hospitalización
<u>DX MEDICO:</u>			
Recién nacido tardío de 39 SDG/ peso adecuado para la edad.			

TABLA: 5: Ficha de identificación del recién nacido

1.4.4 VALORACIÓN- HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACION FÍSICA DEL RECIEN NACIDO.

Se trata de recién nacido de término del sexo masculino, hijo de madre de 19 años, sin crónicos degenerativos, producto de la gesta uno, con control prenatal desde el primer trimestre con seis consultas. Paciente procedente de recuperación el día 10/07/2017, producto de embarazo a término con trabajo de parto en fase latente, se inicia inducción del trabajo de parto, se realiza ruptura espontánea de membrana encontrando líquido meconial, por lo que se decide interrupción de la vía abdominal. Se procede a realizar cesárea tipo keel. La cual se realiza sin eventualidades adversas, donde se obtiene producto masculino, el 10/07/2017 a las 14:49, líquido amniótico claro, respira y llora al nacer, vigoroso, se realizan maniobras básicas de reanimación, se pinza y liga cordón trivascular, peso 2835 gr. Talla de 48 cm. Apgar 8/9 Capurro 39 SDG, se administra profilaxis oftálmica, aplicación de vitamina K y vitamina A, se corrobora permeabilidad anal.

A la exploración física FC 140x, FR 50x, TEMP 37°C paciente activo y reactivo, buena coloración de tegumentos, mucosa hidratadas, normocefalo, fontanela anterior normotenso, ojos simétricos, con movilidad y apertura espontánea, adecuada implantación de pabellones auriculares, narinas permeables, paladar integro, esófago

cuello sin masas con tórax simétrico, murmullo vesicular presente, sin soplos aparentes, abdomen blando, depresible, no se palpan megalias, muñón umbilical con dos arterias y una vena, sin evidencia de sangrado. Extremidades integras barlow y ortolani negativos, columna aparentemente integra, genitales fenotípicamente masculino y ano permeable, reflejos presentes.

- **Valoración con los 11 patrones funcionales del bebe:**

Patrón 1: percepción manejo de la salud.

Objetivo:

Paciente recién nacido J.R. producto del sexo masculino, sin crónico degenerativos, producto de gesta 1, con 6 consultas de control prenatal, nacido sano, se brindaron cuidados mediatos e inmediatos, con valoración de Apgar 8/9, se administra profilaxis oftálmica, aplicación de vitamina K y vitamina A, se realizó baño con cambio de ropa.

Subjetivo:

A la valoración se encuentra paciente estable, consiente, con reflejos activos sin medicamento indicado, durante el nacimiento Hasta ahora está siendo atendida por el personal médico y de enfermería desde la recepción durante el parto hasta la entrega al servicio de hospitalización.

Grado dependencia: independiente.

Patrón 2: nutricional – metabólico.

Objetivo:

Tiene un peso de 2835 gr. Una talla de 48 cm. Perímetro cefálico de 35 cm, perímetro torácico de 33 cm, perímetro abdominal 30cm, segmento inferior 21 cm y pie de 8 cm.

Se observa las características de la piel y mucosas hidratadas. Presenta buena coloración en labios y encías, sin piezas dentales, boca hidratada, lengua centrada con movimiento, tabique lineal normal sin presencia de secreciones, cabello escaso de color negro, hidratado, uñas en buenas condiciones, cortas y limpias, presentando perístalsis en abdomen plano y blando. La dieta está a base de leche materna a libre demanda, se observa problema de succión inadecuada, por mal agarre de pezón.

Subjetivo:

La frecuencia que la madre le da seno materno es de cada 4 horas o cada vez que llora. Con un tiempo aproximado de 5 minutos.

Grado de dependencia: parcialmente dependiente.

Patrón 3: eliminación.**Objetivo:**

Recién nacido que utiliza pañal desechable, la última evacuación fue a las 18:00, con una coloración amarillo oscuro, sin presencia de diarrea, ni melena, y una vez ha llenado el pañal de uresis. Sin problemas de micción, a febril, sin diaforesis

Subjetivo:

La madre refiere el cambio del pañal desde el nacimiento hasta el momento ha defecado una vez.

Grado de dependencia: parcialmente independiente.

Patrón 4: actividad – ejercicio.**Objetivo:**

Desde el nacimiento se pasó en la cuna térmica se mantuvo ahí en un lapso de 30 minutos, hasta la recepción de hospitalización se mandó a alojamiento conjunto con la madre. Se mantiene en actividad sedentaria ya que solo se encuentra acostado, POR lapsos de tiempo es abrazado por la abuela.

Subjetivo:

El niño es dependiente en su autocuidado necesita ayuda baño, vestido. Se observa que el individuo no presenta ninguna alteración en el patrón respiratorio ni fatiga, ni disnea, ni agitación al comer o al cambiar de posición o estar acostado.

Grado de dependencia: parcialmente dependiente.

Patrón 5: sueño – descanso.**Objetivo:**

En lo anterior mencionado el niño se mantuvo recostado en la cuna térmica la cual ahí concilio en sueño después fue trasladado a hospitalización donde la abuela del menor lo acogió y abrazo en el momento se mantuvo consiente, alerta, con una irritabilidad media, hasta que de nuevo concilio el sueño

Subjetivo:

Aparentemente, el RN ha estado activo, que a mínimo ruido se despierta; a horas de su nacimiento ha conciliado el sueño como 2 horas aproximadamente, por el momento está envuelto con una chambrita, con su respectivo atuendo.

Grado de dependencia: independiente.

Patrón 6: cognitivo – perceptual.**Objetivo:**

Manifiesta cambios en la sensibilidad al tacto, al frío y al calor. Aparentemente sin alteraciones neurológicas

Subjetivo:

Recién nacido con condiciones óptimas de audición, reacciona al ruido, al percibir cambio de voz de las personas, cambios en el tono de la voz. Se evalúa reflejos visuales, sin ceguera, no procede a valoración de percepción de olores. El tipo de lenguaje emplea llanto.

Grado de dependencia: independiente.

Patrón 7: autopercepción – auto concepto.**Objetivo:**

Recién nacido que se encuentra tranquilo con molestia e irritabilidad a la revisión, sin condición social consiente.

Subjetivo.

La madre refiere ansiedad a la voz alta

Grado de dependencia: independiente.

Patrón 8: rol – relaciones.**Objetivo:**

Recién nacido de sexo masculino RNJR, el desarrollo de su lenguaje es normal de la única forma de comunicarse es mediante el llanto. La Madre menciona que no habla dialecto y su lengua materna es únicamente el español

Subjetivo:

RDG del sexo femenina de 56 años de edad abuela del recién nacido. Su ocupación es ama de casa. Por el momento se encuentra bajo el cuidado del binomio. CAJR del sexo masculino de 21 años de edad padre del recién nacido, trabaja de agricultor. Es el encargado también del cuidado y gastos que se generen la estancia

MYRD del sexo femenino de 19 años de edad madre del recién nacido, su oficio es de ama de casa. Por el momento se encuentra hospitalizada en el HRPVC en recuperación. Y también encargada de la alimentación prever seno materno al recién nacido.

Grado de dependencia: independiente.

Patrón 9: sexualidad – reproducción.

Objetivo: Paciente del sexo masculino con pocas horas de nacer, con genitales de acuerdo a la edad y sexo.

Patrón 10: adaptación – tolerancia al estrés.

Objetivo:

A la inspección se alcanzar ver que el recién nacido se encuentra consiente, con una irritación de lev intensidad

Subjetivo:

La madre refiere que su hijo manifiesta irritabilidad al escuchar mucho ruido, cuando se siente mojado o tenga una evacuación. Se tranquiliza después de ser arrullado y abrazado por la madre o la abuela, dándole seno materno.

Grado de dependencia: parcialmente independiente.

Patrón 11: valores – creencias.

Objetivo:

El pequeño no comprende ninguna religión; Por lo que carece de conocimiento sobre la religión.

Subjetivo:

Procedente de una madre con religión católica.

Grado de dependencia: independiente.

JERARQUIZACION DE LOS PATRONES FUNCIONALES		
Patrones funcionales de Marjory Gordon	Grado de dependencia por valoración	Diagnósticos
1. Cognitivo perceptual	Parcialmente dependiente	Dolor agudo
2. Sueño - descanso	Parcialmente dependiente	Trastorno del patrón del sueño
3. Actividad - ejercicio	Parcialmente dependiente	Deterioro de la movilidad física
4. Nutrición – metabolismo	Parcialmente dependiente	Disposición para mejorar la nutrición
5. Adaptación- tolerancia al estrés	Parcialmente dependiente	Insomnio
6. Rol- relaciones	Parcialmente dependiente	Deterioro de la interacción social
7. Autopercepción- concepto	Parcialmente dependiente	Disposición para mejorar el auto concepto
8. Percepción manejo de la salud	Parcialmente dependiente	Lactancia materna ineficaz

Tabla 6: Identificación del grado de dependencia según Marjory Gordon. Ahí muestra los patrones alterados encontrados durante la valoración de la madre.

JERARQUIZACION DE LOS PATRONES FUNCIONALES		
Patrones funcionales de Marjory Gordon	Grado de dependencia por valoración	Diagnósticos
1. Nutrición metabólico	Parcialmente dependiente	Patrón de alimentación ineficaz del lactante
2. Eliminación	Parcialmente dependiente	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Tabla 7: Identificación del grado de dependencia según Marjory Gordon. Ahí muestra los patrones alterados encontrados durante la valoración del recién nacido.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio 12: Confort **Clase 1: Confort físico**
Pag: 439

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Dolor agudo

Factores relacionados (causas) (E)

- Procesos quirúrgicos.

Características definitorias (signos y síntomas)(s)

- Conducta expresiva inquietud
- Postura erguida para evitar el dolor
- Expresión facial del dolor muecas
- Desesperanza
- Evidencias del dolor mediante pruebas estandarizadas del dolor.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJOS DIARIOS																																															
<p>Control del dolor</p> <p>Dominio: IV</p> <p>Clase: Conducta de salud (Q)</p> <p>Pag: 273</p> <p>Resultado:</p> <p>Nivel del dolor</p> <p>Clase: V</p> <p>Sintomatología</p> <p>Dominio: V</p> <p>Salud percibida</p> <p>Pag: 476</p>	<p>-</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifiesta cambios en los síntomas al personal de enfermería • Refiere síntomas incontrolables a enfermería. • Reconoce síntomas asociados del dolor. • Refiere dolor controlado. • Reconoce el comienzo del dolor. <ul style="list-style-type: none"> • Dolor referido • Inquietud • Agitación • Irritabilidad • Duración de los episodios del dolor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado. <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Moderado 	<p style="text-align: center;">Valoración</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 35%; text-align: center;">Inicial</th> <th style="width: 35%; text-align: center;">Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3/5</td> <td style="text-align: center;">3/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td>2/5</td> <td style="text-align: center;">2/5</td> <td style="text-align: center;">3/5</td> </tr> <tr> <td>3/5</td> <td style="text-align: center;">3/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td>2/5</td> <td style="text-align: center;">2/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td style="text-align: center;">-----</td> <td style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 35%; text-align: center;">Inicial</th> <th style="width: 35%; text-align: center;">Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1/5</td> <td style="text-align: center;">1/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td>2/5</td> <td style="text-align: center;">2/5</td> <td style="text-align: center;">3/5</td> </tr> <tr> <td>3/5</td> <td style="text-align: center;">3/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td>2/5</td> <td style="text-align: center;">2/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td>2/5</td> <td style="text-align: center;">2/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td style="text-align: center;">-----</td> <td style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>				Inicial	Final	3/5	3/5	4/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	4/5	2/5	2/5	4/5	-----	-----	-----	9				Inicial	Final	1/5	1/5	4/5	2/5	2/5	3/5	3/5	3/5	4/5	2/5	2/5	4/5	2/5	2/5	4/5	-----	-----	-----	9		
	Inicial	Final																																																
3/5	3/5	4/5																																																
2/5	2/5	3/5																																																
3/5	3/5	4/5																																																
2/5	2/5	4/5																																																
-----	-----	-----																																																
9																																																		
	Inicial	Final																																																
1/5	1/5	4/5																																																
2/5	2/5	3/5																																																
3/5	3/5	4/5																																																
2/5	2/5	4/5																																																
2/5	2/5	4/5																																																
-----	-----	-----																																																
9																																																		

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Nivel de agitación Clase: (M) Bienestar psicológico Dominio: (III)Salud psicosocial Pag: 444	<ul style="list-style-type: none"> Inquietud Irritabilidad Gestos inadecuados Sueño interrumpido. Insomnio 	1. Grave	Valoración Inicial Final
		2. Sustancial	3/5 4/5 2/5 4/5
		3. Moderado	2/5 3/5 2/5 3/5
		4. Leve	-----
		5. Moderado	7

INTERVENCIONES (NIC): manejo del dolor
CAMPO: Fisiológico: básico CLASE:E Fomento de la actividad física
Pag. 342

ACTIVIDADES

- ✓ Utilizar estrategias con el personal de enfermería para mejorar la comunicación.
- ✓ Animar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa que informe al personal de enfermería para administrarle algún analgésico..
- ✓ Utilizar un método de valoración adecuado según la escala del dolor (EVA), que permita el seguimiento de los cambios del dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales
- ✓ Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- ✓ Animar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa.

INTERVENCIONES (NIC): Administración de Analgésicos
CAMPO: Fisiológico complejo CLASE: H Control de fármacos
pag:99

ACTIVIDADES

- ✓ La paciente distingue la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de ser medicada.
- ✓ Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- ✓ Dolor intenso administrar los analgésicos indicados (Metamizol 1 ml PRN c/6 horas) via intravenosa.
- ✓ Se administró analgésico a la hora adecuada evitaremos que el dolor vuelva más intenso y así disminuya.
- ✓ Hacerle mención y enseñarle a la paciente que los analgésicos solo se aplicaran antes que el dolor sea intenso y que estos tienen intervalos para su aplicación, para que se solicite la medicación.

INTERVENCIONES (NIC): Control del estado de animo
CAMPO: 3 Conductual CLASE: R Pag: 160

ACTIVIDADES

- ✓ Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales)
- ✓ Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos al estado de ánimo.
- ✓ Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar un control).
- ✓ Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño. (tiempo de reposo).



Comisión permanente de enfermería
Universidad de ciencias y artes de Chiapas.
Facultad de ciencias odontológicas y salud
pública
Subsede Venustiano Carranza



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA																																
<p>Dominio :4 actividad y reposo</p> <p>Clase 1 sueño reposo Pag: 240</p>																																				
<p>Etiqueta (problema) (P)</p> <p><i>Trastorno del patrón del sueño</i></p> <p>Factores relacionados (causas) (E)</p> <ul style="list-style-type: none"> Factores ambientales como ruidos, luz temperatura, entorno. <p>Características definitorias (signos y síntomas)(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambios en el patrón de sueño. Despertar sin querer. Insatisfacción con el sueño. No sentirse descansado. Dificultad para conciliar el sueño. 	<p>Descanso Salud funcional (I)</p> <p>Clase: mantenimiento de la energía(A)</p> <p>Pag.325</p> <p>Nivel del dolor</p> <p>Clase: V</p> <p>Sintomatología</p> <p>Dominio: V</p> <p>Salud percibida</p> <p>Pag: 476</p>	<p>-</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiempo del descanso. Patrón del descanso. Calidad del descanso. Descansado físicamente. Aspecto de estar descansado. <p>Dolor referido</p> <ul style="list-style-type: none"> Irritabilidad Inquietud Agitación Duración de los episodios del dolor 	<p>1.-Gravemente comprometido</p> <p>2.- Sustancialmente comprometido</p> <p>3.- Moderadamente comprometido.</p> <p>4.-Levemente comprometido.</p> <p>5.-Moderado comprometido</p> <p>1. Grave</p> <p>2. Sustancial</p> <p>3. Moderado</p> <p>4. Leve</p> <p>5. Moderado</p>	<p>Valoración</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Inicial</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Final</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-----</td> <td style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">7</td> </tr> </table> <p>Valoración</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Inicial</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Final</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2/5</td> <td style="text-align: center;">3/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2/5</td> <td style="text-align: center;">4/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-----</td> <td style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">9</td> </tr> </table>	Inicial	Final	2/5	4/5	3/5	4/5	2/5	4/5	3/5	4/5	3/5	4/5	-----	-----	7		Inicial	Final	1/5	4/5	2/5	3/5	3/5	4/5	2/5	4/5	2/5	4/5	-----	-----	9	
Inicial	Final																																			
2/5	4/5																																			
3/5	4/5																																			
2/5	4/5																																			
3/5	4/5																																			
3/5	4/5																																			
-----	-----																																			
7																																				
Inicial	Final																																			
1/5	4/5																																			
2/5	3/5																																			
3/5	4/5																																			
2/5	4/5																																			
2/5	4/5																																			
-----	-----																																			
9																																				

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
Dominio: III Salud psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> Trastorno del sueño Irritabilidad Inquietud Tensión facial Dificultad para la concentración 	1. Grave	Valoración	
Clase: M Bienestar psicosocial		2. Sustancial	Inicial	Final
Nivel de ansiedad		3. Moderado	2/5	4/5
Pag: 446		4. Leve	3/5	3/5
		5. Ninguno	3/5	3/5
			3/5	4/5
			-----	-----
			14/25	18/25
				4

INTERVENCIONES (NIC): Mejorar el sueño
CAMPO: 1 Fisiológico básico CLASE: F Facilitación de los autocuidados pag:366

ACTIVIDADES

- ✓ Observo y registro el número de horas de sueño de la paciente
- ✓ Vigilo el patrón de sueño del paciente
- ✓ Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, dolor/molestias y frecuencia urinaria) o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- ✓ Ayudar el aumento de las horas de sueño
- ✓ Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.

INTERVENCIONES (NIC): manejo del dolor
CAMPO: Fisiológico: básico CLASE: E Fomento de la actividad física
Pag. 342

ACTIVIDADES

- ✓ Observar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida y su estado de ánimo,
- ✓ Control los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente y así disminuir las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos)
- ✓ Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de desarrollo que permita el seguimiento de los cambios del dolor (EVA) y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales
- ✓ Proporciono folleto que contiene información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos

INTERVENCIONES (NIC): Control del estado de ánimo
CAMPO: 3 Conductual CLASE: R Pag: 160

ACTIVIDADES

- ✓ Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigiliar
- ✓ Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo.
- ✓ Evaluo el estado de ánimo
- ✓ Ayudo a la paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar un diario).
- ✓ Vigilancia de la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información y toma de decisiones).



Comisión permanente de enfermería
Universidad de ciencias y artes de Chiapas.
Facultad de ciencias odontológicas y salud pública
Subsede Venustiano Carranza



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio :4	Clase 2				
Actividad y reposo	Actividad y ejercicio				
	Pag: 236				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) (P)					Valoración
<i>Insomnio</i>					Inicial Final
Factores relacionados (causas) (E)					
<ul style="list-style-type: none"> • Factores ambientales ruido, luz, ambiente. 		Dominio: I Salud funcional Clase: A Mantenimiento de la energía Conservación de la energía Pag: 267	<ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio entre actividad y descanso • Reconoce limitaciones de energía • Reconoce limitaciones de energía • Mantiene una nutrición adecuada • Adapta el estilo de vida al nivel de energía 	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	2/5 4/5 3/5 4/5 2/5 4/5 3/5 4/5 3/5 4/5 ----- ----- <div style="text-align: center; font-weight: bold;">7</div>
Características definitorias (signos y síntomas)(s)					Valoración
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de humor • Dificultad para conciliar el sueño • Dificultad para mantener el sueño • Trastorno del sueño que produce consecuencias al día siguiente • Energía insuficiente. 		Dominio: III Salud psicosocial Clase: M Bienestar psicológico Nivel de agitación pag: 444	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para continuar las tareas • Insomnio • Sueño interrumpido • Camina de un lado para otro. • Dificultad para procesar la información 	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	2/5 4/5 3/5 4/5 2/5 4/5 2/5 3/5 3/5 4/5 ----- ----- <div style="text-align: center; font-weight: bold;">7</div>

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
Dominio: III Salud psicosocial Clase: M Bienestar psicosocial Nivel de ansiedad Pag: 446	<ul style="list-style-type: none"> Trastorno del sueño Irritabilidad Inquietud Tensión facial Dificultad para la concentración 	1. Grave	Inicial 2/5	Final 4/5
		2. Sustancial	3/5	4/5
		3. Moderado	3/5	3/5
		4. Leve	3/5	3/5
		5. Ninguno	3/5	4/5
		-----	-----	-----
			Valoración 4	

INTERVENCIONES (NIC): Prevención de caídas
CAMPO: Fisiológico: básico CLASE: E Fomento de la actividad física Pag. 410

ACTIVIDADES

- ✓ Controla marcha, equilibrio y el cansancio al deambular
- ✓ Disponer luz nocturna en la mesilla de noche para que pueda descansar bien si es necesario..
- ✓ Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse
- ✓ Identifico déficits físicos del paciente que pueda aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado

INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la energía
CAMPO: 1 Fisiológico básico CLASE: A Control de actividad y ejercicio pag:310

ACTIVIDADES

- ✓ Determino la actividad y en qué medida se necesita para aumentar la resistencia.
- ✓ Animo a la expresión de los sentimientos sobre las limitaciones.
- ✓ Determino los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- ✓ Consultar con el dietista posibles modos de aumentar la ingesta de alimentos con alto contenido energético.
- ✓ Ayudo el reposo en cama/limitación de actividades (aumentar el número de períodos de descanso) con períodos de descanso protegidos de elección.

INTERVENCIONES (NIC): Control del estado de ánimo
CAMPO: 3 Conductual CLASE: R Pag: 160

ACTIVIDADES

- ✓ Ayudo al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigiliar
- ✓ Evaluo el estado de ánimo,
- ✓ Ayudo al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar un registro..
- ✓ Ayudo al paciente a expresar los sentimientos de una forma adecuada
- ✓ Utilizo ayudas para la memoria y pistas visuales para ayudar al Paciente con déficits cognitivos.



Comisión permanente de enfermería
Universidad de ciencias y artes de Chiapas.
Facultad de ciencias odontológicas y salud pública
Subsede Venustiano Carranza



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

<i>Actividad y reposo</i>	sueño reposo Pag: 246				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTAD O (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) (P) <i>Deterioro de la movilidad física</i>		Deambulaci ón segura	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Va de un lado a otro por un camino dado.</i> • <i>Deambula sin hacerse daño</i> • <i>Deambula sin perjudicar a otros.</i> • <i>Se viste adecuadamente.</i> • <i>Se queda en una zona segura cuando está solo</i> 	1.-Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.-Aveces demostrado. 4.-Raramente demostrado. 5.-Siempre demostrado	Valoración <i>Inicial Final</i> 2/5 4/5 5/5 5/5 4/5 5/5 3/5 4/5 3/5 4/5 ----- ---- 17/25 22/25
Factores relacionados (causas) (E)		Dominio:V			
Dolor		<i>Conocimiento y conducta de la salud</i>			
Características definitorias (signos y síntomas)(s)		<i>Clase: Control de riesgo y seguridad</i>			
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dificultad para girarse</i> • <i>Disconfort</i> • <i>Disminución de la amplitud de movimientos.</i> • <i>Enteltecimiento del movimiento.</i> 		<i>Pag: 312</i>			
<i>Tembloz inducido al movimiento</i>		Dominio:I			
		Salud funcional			
		<i>Clase: C</i>			
		Movilidad			
		<i>PAG: 432</i>			
		MOVILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mantenimiento del equilibrio.</i> • <i>Mantenimiento de la posición corporal.</i> • <i>Se mueve con facilidad.</i> • <i>Coordinación.</i> • <i>Ambulación.</i> 	1.-Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido. 4.-Levemente comprometido. 5.-No comprometido.	Inicial Final 2/5 4/5 2/5 4/5 2/5 5/5 4/5 5/5 3/5 4/5 ----- ---- 13/25 22/25 9

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA	
Dominio: I Salud funcional Clase: C Movilidad AMBULAR Pag: 110	<ul style="list-style-type: none"> Camina a paso lento Anda por la habitación Camina distancias cortas Camina a paso moderado Camina distancias moderadas 	1.-Gravemente comprometido	Inicial 2/5	Final 4/5
		2.- Sustancialmente comprometido	3/5	4/5
		3.- Moderadamente comprometido.	2/5	3/5
		4.-Levemente comprometido.	2/5	3/5
		5.-No comprometido	3/5	4/5
			-----	-----
			12/25	18/25
			6	

INTERVENCIONES (NIC): Vigilancia
CAMPO: 4 seguridad y protección CLASE:V Control de riesgo
Pag. 441

ACTIVIDADES

- ✓ Determino los riesgos de salud del paciente
- ✓ Obtengo información sobre la conducta y las rutinas normales
- ✓ Implico al paciente y la familia en las actividades de marcha de la paciente
- ✓ Observo la capacidad del paciente para realizar las actividades de equilibrio de la paciente.
- ✓ Determino la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata.

INTERVENCIONES (NIC): prevención de caídas
CAMPO: 4 seguridad y protección CLASE: V Control de riesgo pag: 410

ACTIVIDADES

- ✓ Identifico conductas y factores que afectan al riesgo de caídas
- ✓ Controlo la marcha, el equilibrio el cansancio al deambular.
- ✓ Desarrollo maneras para que el paciente participe de forma segura en actividades de ocio.
- ✓ Identifico déficit físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidades de Caídas en un ambiente dado..
- ✓ Pregunto al paciente por su percepción de equilibrio

INTERVENCIONES (NIC): identificación de riesgo
CAMPO: 4 seguridad y protección CLASE:V Control de riesgo Pag. 274

ACTIVIDADES

- ✓ Identifico los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo
- ✓ Identifico los riesgos ambientales y conductuales, para continuar con la marcha.
- ✓ Instruir sobre los factores y planificar la reducción del riesgo en el entorno.
- ✓ Aplico las actividades de reducción del riesgo.



Comisión permanente de enfermería
Universidad de ciencias y artes de Chiapas.
Facultad de ciencias odontológicas y salud pública
Subsede Venustiano Carranza



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio :2 <i>Nutrición</i>	Clase 1 <i>Ingestión</i> Pag: 189																		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO O (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA														
<p>Etiqueta (problema) (P)</p> <p><i>Disposición para mejorar la nutrición</i></p> <p>Manifestado por:</p> <p>Expresa deseo de mejorar</p>		<p>Dominio: II Salud fisiológica Clase: K Digestión y Nutrición PAG: 391</p> <p>Estado nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de nutrientes • Ingesta de alimentos • Energía • Ingesta de liquido • Relación/ peso y talla 	<p>1. -Desviación del rango normal</p> <p>2. Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal</p> <p>4. Desviación leve del rango normal</p> <p>5. Sin desviación del rango normal</p>	<p>Valoración</p> <p>Inicial</p> <p>Final</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 50%; text-align: center;">3/5</td><td style="width: 50%; text-align: center;">4/5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2/5</td><td style="text-align: center;">5/5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3/5</td><td style="text-align: center;">5/5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2/5</td><td style="text-align: center;">4/5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4/5</td><td style="text-align: center;">5/5</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">14/25</td><td style="text-align: center;">23/25</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">9</p>	3/5	4/5	2/5	5/5	3/5	5/5	2/5	4/5	4/5	5/5	-----		14/25	23/25
		3/5	4/5																
2/5	5/5																		
3/5	5/5																		
2/5	4/5																		
4/5	5/5																		

14/25	23/25																		
<p>Dominio: III Salud fisiológica</p> <p>Clase: K Nutrición</p> <p>Función gastro intestinal</p> <p>PAG: 403</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apetito • Tolerancia alimentos/alimentación • Pérdida de peso • Vómitos • Diarrea 	<p>1.-Gravemente</p> <p>2.- Sustancialmente</p> <p>3.- Moderadamente</p> <p>4.-Levemente</p> <p>5.-Ninguno.</p>	<p>Valoración</p> <p>Inicial</p> <p>Final</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 50%; text-align: center;">3/5</td><td style="width: 50%; text-align: center;">4/5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2/5</td><td style="text-align: center;">4/5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4/5</td><td style="text-align: center;">4/5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2/5</td><td style="text-align: center;">5/5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5/5</td><td style="text-align: center;">5/5</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">16/25</td><td style="text-align: center;">22/25</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">6</p>	3/5	4/5	2/5	4/5	4/5	4/5	2/5	5/5	5/5	5/5	-----		16/25	22/25		
3/5	4/5																		
2/5	4/5																		
4/5	4/5																		
2/5	5/5																		
5/5	5/5																		

16/25	22/25																		

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud Clase: S Conocimientos sobre salud Conocimiento o dieta prescrita Pag: 213	<ul style="list-style-type: none"> Dieta prescrita Beneficios de la dieta Beneficios de la dieta prescrita Estrategias para cambiar los hábitos alimentarios Relaciones entre dieta, ejercicio y peso 	1. .-Ningún conocimiento	Inicial	Final
		2. Conocimiento escaso	3/5	4/5
		3. Conocimiento moderado	2/5	3/5
		4. Conocimiento sustancial	3/5	4/5
		5. Conocimiento extenso	-----	-----
Valoración			14/25	19/25
			5	

INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la nutrición
CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: D Apoyo nutricional pag: 317

ACTIVIDADES

- ✓ Determino el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- ✓ Determinar las preferencias alimentarias del paciente
- ✓ Ajusto la dieta proporcionando alimentos con alto contenido proteico; sugerir el uso de hierbas.
- ✓ Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias, dieta con líquidos claros, dieta líquida completa, dieta blanda, o dieta que se tolere)
- ✓ Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias,

INTERVENCIONES (NIC): Manejo del peso
CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: D Apoyo nutricional Pag. 353

ACTIVIDADES

- ✓ Identifico la dieta prescrita.
- ✓ Comento con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio y la pérdida de peso
- ✓ Comento con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar al peso
- ✓ Comento con la paciente los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso
- ✓ Desarrollo con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y/o cambios en el peso corporal

INTERVENCIONES (NIC): Alimentación
CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: D Apoyo nutricional Pag. 114

ACTIVIDADES

- ✓ La paciente hule las comidas para estimular el apetito.
- ✓ Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente
- ✓ Identifico la dieta prescrita
- ✓ Come sin prisas, lentamente, para evitar náuseas.
- ✓ Hicimos un ambiente placentero durante la comida



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio : 7 Rol/Relaciones	Clase 3 Desempeño del rol				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO O (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJES N DIANA
<p>Etiqueta (problema) (P)</p> <p><i>Deterioro de la interacción social</i></p> <p>Factores relacionados (causas) (E)</p> <p><i>Alteración en el auto concepto</i></p> <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro del funcionamiento social • Insatisfacción con los compromisos sociales • Interacción funcional con otras personas • Disconfort en situaciones sociales • Deterioro en situaciones sociales 		<p>Equilibrio emocional</p> <p>Dominio: III</p> <p>Salud</p> <p>psicosocial</p> <p>Clase: M</p> <p>Bienestar</p> <p>psicológico</p> <p>Pag: 354</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muestra un estado de ánimo sereno • Conversa a un ritmo moderado • Mantiene un peso estable • Refiere un nivel de energía estable • Refiere capacidad para realizar las tareas diarias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente de demostrado 5. Siempre demostrado 	<p>Valoración</p> <p>Inicial Final</p> <p>2/5 4/5</p> <p>3/5 5/5</p> <p>2/5 4/5</p> <p>2/5 4/5</p> <p>----- ----</p> <p>11/25 21/25</p> <p>:</p> <p style="font-size: 1.2em;">9</p>
		<p>Dominio: III</p> <p>Salud</p> <p>psicosocial</p> <p>Clase: M</p> <p>Bienestar</p> <p>psicológico</p> <p>Pag: 162</p> <p>Autoestima</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de las propias limitaciones. • Mantenimiento del contacto ocular • Nivel de confianza • Descripción del yo • Verbalizaciones de auto aceptación 	<ol style="list-style-type: none"> 1.-Nunca positivo 2.-Raramente positivo 3.-A veces positivo 4.-Frecuentemente positivo 5.-Siempre positivo 	<p>Valoración</p> <p>Inicial Final</p> <p>3/5 4/5</p> <p>3/5 5/5</p> <p>2/5 4/5</p> <p>2/5 4/5</p> <p>----- ---</p> <p>12/25 21/25</p> <p style="font-size: 1.2em;">9</p>

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA
Dominio: III Salud psicosocial Clase: N Adaptación psicosocial Pag: 98 Adaptación a la actividad física	<ul style="list-style-type: none"> Se adapta a las limitaciones funcionales Utilizar estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad Identifica maneras para afrontar los cambios de su vida Acepta la necesidad de ayuda física Verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad 	1. Nunca demostrado	Valoración Inicial Final
		2. Raramente demostrado	3/5 4/5 2/5 3/5
		3. A veces demostrado	3/5 4/5 3/5 4/5
		4. Frecuente demostrado	----- ----- 13/25 19/25:
		5. Siempre demostrado	6

INTERVENCIONES (NIC): Apoyo emocional
CAMPO: 3 CODUCTUAL CLASE: R Ayuda para ser frente a situaciones emocionales pag: 121

ACTIVIDADES

- ✓ Comentamos la experiencia emocional con la paciente
- ✓ Realizo afirmaciones empáticas o de apoyo
- ✓ Proporcionamos ayuda en la toma de decisiones referente a su peso
- ✓ Verificamos su nivel de energía
- ✓ Se Identificó déficit físico del paciente.

INTERVENCIONES (NIC): Ayuda en la modificación de si mismo
CAMPO: 3 CODUCTUAL CLASE: R Ayuda para ser frente a situaciones emocionales pag: 142

ACTIVIDADES

- ✓ Ayudamos al paciente a identificar los efectos de las conductas y a corregirlo sobre sus entornos social y ambiental
- ✓ Valoro el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas cognitivamente.
- ✓ Ayudo al paciente a identificar las circunstancias o situaciones en las que se produce la conducta
- ✓ Animo al paciente a que exprese sus emociones.

INTERVENCIONES (NIC): mejora de la autoconfianza
CAMPO: 3 CODUCTUAL CLASE: R Ayuda para ser frente a situaciones emocionales pag: 362

ACTIVIDADES

- ✓ Proporciono información sobre la conducta deseada a pesar de sus limitaciones.
- ✓ Participo en un juego de rol para ensayar la conducta.
- ✓ Explorar la percepción del individuo de los beneficios de ejecutar la conducta deseada
- ✓ Reforzó la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.
- ✓ comentamos la interacción con otros individuos que consiguen cambiar su conducta con éxito(participación en grupo)



Comisión permanente de enfermería
Universidad de ciencias y artes de Chiapas.
Facultad de ciencias odontológicas y salud pública
Subsede Venustiano Carranza



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio :6 Autopercepción percepción/cognició	Clase 1 autoconcepto Pag: 292	RESULTAD O (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)					
Etiqueta (problema) (P) <i>Disposición para mejorar el auto concepto</i> Manifestado por: <ul style="list-style-type: none"> • Acciones congruentes con la expresión verbal • Aceptación de limitaciones • Expresa deseo de mejorar el auto concepto • Expresa satisfacción sobre los pensamientos de sí mismo • Expresa satisfacción con la identidad personal 		Dominio: III Salud psicosocial Clase: M Bienestar psicológico Pag: 162 Autoestima Dominio: (III) Salud psicosocial Clase: (M) Bienestar psicológico Pag: 354 Equilibrio emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de las propias limitaciones. • Mantenimiento del contacto ocular • Nivel de confianza • Descripción del yo • Verbalizaciones de auto aceptación <ul style="list-style-type: none"> • Refiere dormir de forma adecuada • Muestra concentración • Muestra control de los impulsos • Muestra un estado de ánimo sereno. • Mantiene el arreglo y la higiene personal 	1.-Nunca positivo 2.-Raramente positivo 3.-A vece positivo 4.-Frecuentemente positivo 5.-Siempre positivo 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Valoración Inicial Final 3/5 4/5 3/5 5/5 2/5 4/5 2/5 4/5 2/5 4/5 ----- 9 Valoración Inicial Final 2/5 3/5 2/5 3/5 2/5 4/5 2/5 3/5 2/5 3/5 ----- ----- 6

RESULTADO O (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA	
Dominio: III Salud psicosocial Clase: (M) Bienestar psicosocial Pag: 451 Nivel de depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo deprimido. • Pérdida de interés por actividades • Insomnio • Desesperación • Baja autoestima 	1. Grave	Inicial	Final
		2. Sustancial	2/5	4/5
		3. Moderado	1/5	3/5
		4. Leve	3/5	4/5
		5. Ninguno	2/5	4/5
			-----	-----
			9	

INTERVENCIONES (NIC): mejora de la autoconfianza
CAMPO: 3 CODUCTUAL CLASE: R Ayuda para ser frente a situaciones emocionales pag: 362

ACTIVIDADES

- ✓ Exploro la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseado
- ✓ Explorar la percepción del individuo de los beneficios de ejecutar la conducta deseada
- ✓ Reforzamos la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.
- ✓ Identificamos los obstáculos al cambio de conducta
- ✓ comentar la interacción con otros individuos que consiguen cambiar su conducta con éxito(participación en grupo)

INTERVENCIONES (NIC): Apoyo emocional
CAMPO: 3 CODUCTUAL CLASE: R Ayuda para ser frente a situaciones emocionales pag: 121

ACTIVIDADES

- ✓ Comento la experiencia emocional con el paciente
- ✓ No exigimos demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado lo dejamos descansar.
- ✓ Ayudo al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza
- ✓ Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.

INTERVENCIONES (NIC): Mejora la comunicación: Deficit del habla

CAMPO: 3 CODUCTUAL CLASE: Q Potenciación de la comunicación pag: 368

ACTIVIDADES

- ✓ Proporciono métodos alternativos a la comunicación hablada
- ✓ Estuvo en un entorno y rutinas estructuradas(horas y días)
- ✓ Modifico el entorno para minimizar el exceso de ruido y disminuir el estrés emocional y mejorar el sueño
- ✓ Instruimos a la paciente y familia sobre los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos implicados en las capacidades del habla
- ✓ Ajusto el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio :2: Nutrición		Clase: 1 Ingestión pag.186																																					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO O (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA																																		
<p>Etiqueta (problema) (P)</p> <p>Lactancia materna ineficaz</p> <p>Factores relacionados (causas) (E)</p> <ul style="list-style-type: none"> Conocimiento insuficiente de los padres sobre la importancia de la lactancia materna. <p>Características definitorias (signos y síntomas)</p> <ul style="list-style-type: none"> Incapacidad del niño para coger el pecho materno. Percepción de secreción de leche materna inadecuada. Persistencia de irritabilidad en los pezones tras la primera semana de lactancia. Llanto del niño al ponerlo a amamantar. Inquietud del niño en la hora posterior de la toma. 		<p>Adaptación del recién nacido Pag.104</p> <p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Crecimiento y desarrollo (B)</p> <p>Estado nutricional del lactante</p> <p>Pag.394</p> <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Digestión y Nutrición (K)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Interacción con el cuidador Tolerancia a la alimentación Peso Reflejo de succión Alerta mantenida durante la interacción <ul style="list-style-type: none"> Administración parenteral de líquidos Tolerancia alimentaria Ingestión oral de líquidos Tolerancia alimentaria Ingestión de nutrientes 	<p>1.- Desviación grave del rango normal.</p> <p>2.- Desviación sustancial del rango normal.</p> <p>3.- Desviación moderada del rango normal.</p> <p>4.- Desviación leve del rango normal.</p> <p>5.- sin desviación del rango normal.</p> <p>1.-Inadecuado</p> <p>2.-ligeramente adecuado</p> <p>3.-moderadamente adecuado</p> <p>4.- sustancialmente adecuado</p> <p>5.-completamete</p>	<p>Valoración</p> <table border="1"> <tr> <th>Inicial</th> <th>Final</th> </tr> <tr> <td>3/5</td> <td>4/5</td> </tr> <tr> <td>3/5</td> <td>5/5</td> </tr> <tr> <td>3/5</td> <td>4/5</td> </tr> <tr> <td>2/5</td> <td>4/5</td> </tr> <tr> <td>2/5</td> <td>4/5</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>12/25</td> <td>21/25</td> </tr> </table> <p>Valoración</p> <table border="1"> <tr> <th>Inicial</th> <th>final</th> </tr> <tr> <td>3/5</td> <td>4/5</td> </tr> <tr> <td>3/5</td> <td>5/5</td> </tr> <tr> <td>2/5</td> <td>4/5</td> </tr> <tr> <td>2/5</td> <td>4/5</td> </tr> <tr> <td>2/5</td> <td>4/5</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>12/25</td> <td>21/25</td> </tr> </table>	Inicial	Final	3/5	4/5	3/5	5/5	3/5	4/5	2/5	4/5	2/5	4/5	-----	-----	12/25	21/25	Inicial	final	3/5	4/5	3/5	5/5	2/5	4/5	2/5	4/5	2/5	4/5	-----	-----	12/25	21/25	<p>9</p>	
Inicial	Final																																						
3/5	4/5																																						
3/5	5/5																																						
3/5	4/5																																						
2/5	4/5																																						
2/5	4/5																																						
-----	-----																																						
12/25	21/25																																						
Inicial	final																																						
3/5	4/5																																						
3/5	5/5																																						
2/5	4/5																																						
2/5	4/5																																						
2/5	4/5																																						
-----	-----																																						
12/25	21/25																																						

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJÓN DIANA
Estado Apetito Pag: 87 Dominio: <i>Salud fisiológica (II)</i> Clase: <i>Digestión y Nutrición (K)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Deseo de comer Gusto de la comida Estimulación para comer Gustos de comer Disfruta con la comida 	1.-gravemente comprometido	Valoración Inicial final 2/5 4/5
		2.sustancialmente comprometido	3/5 5/5 3/5 4/5
		3.-moderadamente comprometido	2/5 4/5 2/5 4/5
		4.- levemente comprometido	----- ---- 9
		5.- no comprometido	

INTERVENCIONES (NIC): Alimentación con bebiéron PAG. 115

ACTIVIDADES

- ✓ Abrazor al lactante durante la toma.
- ✓ Calento la leche antes de iniciar con la toma.
- ✓ Vigilo el peso del bebe.
- ✓ Fomento la lactancia, estimulando el reflejo de succión, si fuera necesario.
- ✓ Coloco al lactante en una posición semi-fowler durante la toma.

INTERVENCIONES (NIC): succión no nutritiva PAG: 434

ACTIVIDADES

- ✓ Selecciono un chupete blando que cumpla con las normas requeridas para evitar la obstrucción de las vías aéreas.
- ✓ Coloco al bebe de tal forma que la lengua caiga sobre la base de la boca.
- ✓ Coloca el pulgar y el índice bajo la mandíbula del bebe para favorecer el reflejo de la succión.
- ✓ Movio la lengua rítmicamente con el chupete.

INTERVENCIONES (NIC): alimentación PAG: 114

ACTIVIDADES

- ✓ Animo a los padres/familia a que alimenten al paciente
- ✓ Presto atención al paciente durante la alimentación.
- ✓ Coloco la comida a la vista de la persona si tiene un defecto de campo visual
- ✓ Proporciono una pajita con la bebida
- ✓ Proporciono alimentos para comer.



Comisión permanente de enfermería
Universidad de ciencias y artes de Chiapas.
Facultad de ciencias odontológicas y salud pública
Subsede Venustiano Carranza



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Dominio : 11 seguridad y protección Clase: 1 infección pag.406 Etiqueta (problema) (P): Riesgo de infección Factores relacionados (causas) (E): Procedimientos invasivos	Pag.272 Resultado: Control de riesgo Dominio: conocimiento y conducta de la saludI(V) Clase: (t) Control de riesgo y seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar información actual sobre riesgo para la salud. • Identifica los factores de riesgo. • Reconoce los factores de riesgo personales. • Adapta las estrategias de control de riesgo. • Utiliza los servicios sanitarios según sus necesidades. 	1.-Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.-A veces demostrado. 4.-Raramente demostrado. 5.-Siempre demostrado.	Valoración Inicial Final 3/5 4/5 2/5 4/5 3/5 4/5 2/5 4/5 2/5 4/5 ----- ----- 6
	Curación de la herida por primera intensión Pag: 307 Dominio: salud fisiológica (II) Clase: integridad tisular (L)	<ul style="list-style-type: none"> • Supuración purulenta. • Secreción sanguinolenta de la herida. • Aumento de la temperatura cutánea. • Olor de la herida. • Secreción sanguínea del drenaje. 	1.-extenso 2.- Sustancial 3.- Moderado. 4.-escaso. 5.-Ninguno.	Valoración Inicial Final 4/5 5/5 4/5 5/5 4/5 5/5 4/5 5/5 ----- ----- 5

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control del riesgo y seguridad (T) Pag:267 Control de riesgo proceso infeccioso	<ul style="list-style-type: none"> Identifica los factores de riesgo de infección Reconoce los factores de riesgo personales de infección Reconoce las consecuencias asociadas a la infección Mantiene un entorno limpio Efectúa las vacunaciones recomendadas 	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Valoración Inicial Final 4/5 5/5 3/5 4/5 3/5 5/5 3/5 4/5 4/5 5/5 ----- 17/25 23/25 : 6

INTERVENCIONES (NIC): control de infecciones PAG. 158

ACTIVIDADES

- ✓ Enseñar a la personal de cuidados el lavado de manos adecuado.
- ✓ Enseño al paciente y a los familiares a evitar infecciones.
- ✓ Ordeno al paciente venga a consulta si ve la herida infectada
- ✓ Fomentar el reposo.

INTERVENCIONES (NIC): cuidados de la herida PAG: 175

ACTIVIDADES

- ✓ Monitorizo las características de la herida, incluyendo drenaje, color, olor y tamaño.
- ✓ Administro los cuidados del sitio de incisión curación de herida
- ✓ Utilizar un vendaje apropiado al tipo de herida
- ✓ Mantuvo una técnica de vendaje esterilla realizar los cuidados de la herida.
- ✓ Enseño al paciente y a la familia cuales son los signos de infección



Comisión permanente de enfermería
 Universidad de ciencias y artes de Chiapas.



Facultad de ciencias odontológicas y salud pública
 Subsede Venustiano Carranza

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
 Y ARTES DE CHIAPAS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio 2: Nutrición		Clase 1:Ingestion Pag: 193					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
Etiqueta (problema) (P) Patrón de alimentación ineficaz del lactante Factores relacionados (causas) (E) <ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidad oral 		Estado nutricional Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Digestión y Nutrición (K) Pag. 391	<ul style="list-style-type: none"> Ingesta de nutrientes Ingesta de alimentos Ingesta de líquidos Relación peso/talla Hidratación 	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal	Valoración Valoración Inicial Final 2/5 4/5 2/5 3/5 3/5 4/5 2/5 4/5 2/5 4/5 ----- 9/25 19/25 : 10		
Características definitorias (signos y síntomas)(s) <ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para mantener una succión ineficaz Incapacidad para iniciar una succión ineficaz Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración 		Estado nutricional del lactante Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Digestión y Nutrición (K) Pag: 476	<ul style="list-style-type: none"> Ingestión de nutrientes Relación peso / talla Hidratación Ingestión de vitaminas Ingestión de minerales 	1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente	Valoración Inicial Final 2/5 4/5 3/5 3/5 3/5 4/5 2/5 4/5 2/5 4/5 ----- 12/25 19/25 ----- 7		

INTERVENCIONES (NIC): Alimentación con biberón

CAMPO: Fisiológico básico CLASE: D Apoyo nutricional pag. 114

ACTIVIDADES

- ✓ Determinar el estado del lactante antes de iniciar la toma
- ✓ Calentar la leche a temperatura ambiente antes de proceder con la toma
- ✓ Coger al lactante durante la toma
- ✓ Expulsar los gases del bebé frecuentemente durante y después de la toma.
- ✓ Colocar la tetina en la parte superior de la lengua

INTERVENCIONES (NIC): alimentación con taza del recién nacido

CAMPO: Fisiológico: básico CLASE: D Apoyo nutricional Pag. 115

ACTIVIDADES

- ✓ Enseñar a los progenitores sobre los signos de preparación para la toma, incomodidad y terminación de la toma
- ✓ Determinar el estado del recién nacido antes de iniciar la alimentación
- ✓ Inclinar la taza para que la leche contacte con los labios del recién nacido
- ✓ Medir la ingesta de leche del recién nacido en 24 horas.
- ✓ Instruir a los progenitores sobre los procedimientos de alimentación con taza



Comisión permanente de enfermería
Universidad de ciencias y artes de Chiapas.
Facultad de ciencias odontológicas y salud pública
Subsede Venustiano Carranza



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio	Clase: 6
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<p><u>Etiqueta (problema) (P)</u></p> <p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal</p>	
<p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Exposición a temperaturas ambientales extremas.. 	

RESULTADO O (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA																		
Resultado: Control de riesgo: hipotermia Pág. 289	<ul style="list-style-type: none"> Identifica los factores de hipotermia. Identifica signos y síntomas de hipotermia. Reconoce problemas de salud que ponen en peligro la capacidad de conservar el calor. Reconoce la relación entre edad y temperatura corporal. Realiza acciones de autoprotección para mejorar la temperatura corporal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Valoración</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Inicial</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Final</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">4/5</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">5/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">4/5</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">4/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">3/5</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">4/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">3/5</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">4/5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">-----</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">17/25</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21/25</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">4</td> </tr> </table>	Valoración		Inicial	Final	4/5	5/5	4/5	4/5	3/5	4/5	3/5	4/5	-----	-----	17/25	21/25	4	
Valoración																					
Inicial	Final																				
4/5	5/5																				
4/5	4/5																				
3/5	4/5																				
3/5	4/5																				
-----	-----																				
17/25	21/25																				
4																					

**INTERVENCIONES (NIC): Terapia de inducción hipotermia
419**

ACTIVIDADES

- Monitorizar los signos vitales.
- Controlar la temperatura de paciente con un monitor continuo de la temperatura central.
- Controlar el color y la temperatura de la piel.
- Monitorizar la aparición de escalofríos.
- Utilizar calentamiento facial o prendas aislantes para disminuir los escalofríos.
- Administrar la medicación adecuada para prevenir o controlar los escalofríos.
- Controlar y tratar las arritmias.
- Controlar el estado respiratorio.



Comisión permanente de enfermería
Universidad de ciencias y artes de Chiapas.
Facultad de ciencias odontológicas y salud pública
Subsede Venustiano Carranza



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PACIENTE CON HIPOTERMIA

Dominio 11: seguridad/protección	Clase: 2 lesión física
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>	
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	
<u>Factores relacionados (causas) (E):</u>	
EXTERNOS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Excreciones. • Humedad. 	

RESULTADO O (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Integridad tisular: piel membrana y mucosas. Pág.: 401.	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura de la piel. • Sensibilidad. • Hidratación. • Transpiración. • Integridad de la piel. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 	
Termorregulación Pag. 550	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de piel de gallina cuando hace frío. • Tiritona con el frío • Frecuencia respiratoria • Frecuencia cardiaca apical 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	

INTERVENCIONES (NIC): Regulación de la temperatura PAG. 393

ACTIVIDADES

- Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura.
- Vigilar signos vitales.
- Observar el color de la piel.
- Observar si hay alteración de la termorregulación.
- Favorecer la ingesta nutricional y de líquidos.
- Comentar la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del enfriamiento.
-

INTERVENCIONES (NIC): vigilancia de la piel Pág.: 438

ACTIVIDADES

- Observar si hay enrojecimiento calor extremo, edema o drenaje en la piel o mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, texturas, edemas y ulceraciones en las extremidades.
- Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.

PARTICIPANTES:

Elaboró: Tania Rubí Hernández Pérez y Diana Luisa García De La Torre

Revisión y validación:

L.E: Carlos Alfredo Solano Díaz

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

- 1.- NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier. Madrid España 2009
- 2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 4ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2009
- 3.- McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2009

CAPITULO II. FUNDAMENTACIÓN.

2.1 MARCO TEÓRICO.

2.1.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

Los órganos del aparato reproductor femenino las cuales se dividen en 2 en órganos externos e internos. En los órganos externos encontramos los labios mayores, labios menores y monte de pubis y en los órganos internos encontramos el útero, vagina, trompas de Falopio, y los ovarios las cuales se describirán a continuación.

Los labios mayores son dos pliegues externos pares y simétricos de tejido adiposo que rodea el área perineal. Son extensiones del monte del pubis que se dirigen hacia la parte anterior de la vulva y rodean al vestíbulo para proteger los genitales (Fuller J. , Instrumentación quirúrgica: principios y práctica, 2009)

Labios menores también son estructuras pares y simétricas y yacen entre ambos labios mayores. Estos pliegues pigmentados de tejido son delicados y están fijados hacia adelante por el frenillo. se extienden desde el clítoris hasta la abertura vaginal, en donde se unen a la mucosa vaginal. Hacia el frente, se unen justo por delante del clítoris y forman el prepucio (capuchón) de esa estructura.

Monte del pubis o monte de venus es una estructura sobre elevada que cubre la sínfisis pubiana. Contiene tejido conectivo y graso, y representa el límite del aparato reproductor.

El Útero es un órgano piriforme, situado entre la vejiga urinaria y el recto, el útero tiene el tamaño en mujeres que nunca han estado embarazadas mide alrededor de 7.5 cm de largo, 5 cm de ancho y 2.5 cm de espesor. En mujeres con embarazos recientes se dice que el útero es más grande y más pequeño en mujeres menopaúsicas (Tortora & Derrickson, Principios de anatomía y fisiología, 2013)

La porción superior del órgano, en la cual desembocan las trompas uterinas, se llama fondo, la porción media es el cuerpo y el inferior se denomina cuellos. En general, el útero se encuentra inclinado hacia adelante en la cavidad pelviana.

La pared del útero está compuesta por varias capas: el endometrio, el Miometrio y el perímetro. Endometrio es el epitelio que recubre la cavidad uterina y muestra cambios temporales y cíclicos debido a la influencia de las hormonas femeninas y el embarazo.

El Miometrio es la gruesa capa muscular del útero, y también es continuo con los músculos de las trompas uterinas y de la vagina. Este musculo tiene la capacidad de contraerse durante el parto y la menstruación. El perimetrio es la capa serosa que recubre al útero, una reflexión del peritoneo pelviano, el cual forma un bolsillo llamado fondo de saco.

Durante la cirugía del útero, esta porción del peritoneo debe incidirse y luego restaurarse; a este colgajo de vejiga a veces se le llama colgajo "laterovesical". El cuello es la parte inferior del útero que se extiende hacia la cúpula vaginal. El orificio cervical es una abertura que puede dilatarse quirúrgicamente o de manera natural bajo influencia hormonal. Se divide en dos partes: el orificio cervical externo y el orificio cervical interno. Estas dos aberturas se comunican entre sí por un corto conducto: el canal cervical.

Los ligamentos uterinos a veces son difíciles de diferenciar y de comprender. El instrumentista debe conocer bien su ubicación y sus inserciones para anticipar los tiempos o fases técnicas de una operación pelviana.

Los ligamentos rodean al útero y que se insertan en la pared de la pelvis son los ligamentos anchos. Sobre estos ligamentos y cerca de las trompas uterinas o de Falopio se encuentran los ligamentos redondos. Estos ayudan a sostener el útero. Los ligamentos cardinales yacen debajo de los ligamentos anchos y proporcionan apoyo al útero. Los ligamentos úterosacro pasan por detrás del útero y fijan el cuello y el cuerpo del útero al sacro.

Vagina

La vagina es un órgano tubular muscular que limita con el recto por detrás y con la vejiga por delante. Su parte superior se llama cúpula vaginal. Conecta el útero con el vestíbulo (la abertura que se encuentra en el exterior del cuerpo).

El epitelio vaginal muestra varios pliegues llamados rugae que se distienden durante el nacimiento. El cuello y las glándulas de Bartolino, proporcionan una secreción mucosa lubricante de la vagina.

Trompas de uterinas o de Falopio.

Las trompas uterinas se comunican directamente con el útero y se encuentran una a cada lado de este. Cada trompa tiene cuatro secciones: el intersticio (que comunica con el útero), el istmo en el sector medio, la ampolla (porción más ancha de la trompa) y el infundíbulo en el extremo terminal.

Las fimbrias son pequeñas proyecciones que se extienden desde el extremo de cada trompa y dirigen el ovulo hacia el infundíbulo durante la ovulación. Las trompas son órganos muy angostas, de solo 3 a 5mm de ancho. No se conectan con el ovario sino que están suspendidas del borde superior de la pelvis por el ligamento infundibulopelvic. El borde inferior esta fijo por el mesosalpinx. El conjunto de las trompas, los ovarios y sus ligamentos se denominan anexos.

Ovarios.

El ovario es la gónada o glándula sexual femenina. Ambos ovarios, órganos de la reproducción femenina y responsables de la producción de hormonas sexuales, yacen uno a cada lado del útero en la parte superior de la cavidad pelviana. Los ovarios están suspendidos por el mesoovario, que es un segmento de tejido peritoneal insertado en el útero a través de los ligamentos uterosacro. Cada ovario mide entre 3 y 4 cm, tiene forma ovalada y contiene aproximadamente un millón de óvulos, presentes en el momento del nacimiento. (Fuller J. , Instrumentación quirúrgica; principios y práctica, 2009)

2.1.2 Embarazo.

El embarazo (gestación) es el estado materno que consiste en desarrollar un feto dentro del cuerpo. El producto de la concepción desde la fecundación hasta la semana 8 del embarazo recibe el nombre de embrión y a partir de esta semana y hasta el parto se llama feto. Para fines obstétricos, la duración del embarazo se basa en la edad gestacional; la edad estimada del feto calculada a partir del primer día del último periodo menstrual (normal), si se supone un ciclo de 28 días. La edad gestacional se expresa en semanas cumplidas, a diferencia de la edad de desarrollo (edad fetal), que es la edad calculada a partir del momento de la implantación. (Decherney & Nathan, 2003)

El diagnóstico del embarazo es relativamente fácil contando con diversos instrumentos y equipos médicos que existen hoy en día; uno de los signos positivos de embarazo consiste en poder demostrar la presencia de estructuras embrionarias mediante ultrasonido, electrocardiografía, auscultación directa, embrioscopia, fetoscopia e inclusive por los movimientos fetales o por una prueba inmunológica de la hormona Gonadotropina coriónica humana (HCG).

Durante la fecundación e implantación la porción amputar de la trompa ocurre la fecundación, y el óvulo fecundado es transportado a su lugar de implantación en el

endometrio, cuando aún está en la fase de blastocito. La implantación ocurre seis o siete días tras la ovulación. (Manual de CTO de medicina y cirugía, 2011)

Durante el embarazo ocasiona la elevación de determinadas hormonas y la aparición de otras que normalmente no existen cuando la mujer no está embarazada.

La hormona Gonadotropina coriónica humana. (HCG) uno de los métodos diagnósticos del embarazo la cual, comienza a producir a partir del día 6 luego de la concepción las cuales se pueden hacer por dos métodos de determinación por la orina o la sangre. Manejan cifras en relación dependiendo del método que permiten detectar entre 1 500 y 2000 mUI/cc y las segundas entre 500 y 1 000 mUI/cc. Es importante recordar que como la prueba es tan sensible que es posible tener una prueba positiva antes de la fecha esperada de la menstruación y luego no haber un embarazo clínico, esto quiere decir embarazo bioquímico; presentar una prueba de embarazo positiva sin signos clínicos de embarazo (Aller & Pages, Obstetricia moderna, 2012)

Otro dato importante es conocer que luego de un aborto estas pruebas pueden permanecer positivas porque la HCG está presente hasta unos 24 días luego de un curetaje y por tanto una prueba positiva no significa que el embarazo continúa.

Aller J. et al. Refiere que La HCG alcanza su pico sérico máximo alrededor de la semana 8-12 y luego desciende bruscamente hasta la semana 20, a partir de la cual se mantiene más o menos estable hasta el momento del parto, después del cual desaparece (Aller & Pages, Obstetricia moderna, 2012)

Las pacientes con embarazo ectópico la pruebas de la HCG se logra una concentraciones superiores a las 25 mUI/cc en suero y de 50 mUI/cc en orina, pero como la concentración de HCG en estos casos nunca alcanza los valores obtenidos en embarazos normales. (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)

En las mujeres embarazadas ocurren ciertos cambios físicos, psicológicos como hormonales las cuales se mencionaran como parte importante del desarrollo normal como anormal del proceso de embarazo.

El crecimiento abdominal de mujeres en edad reproductiva es progresivo y es más notorio en multíparas, lo cual ocurre al tercer mes de embarazo si fuese posible ello; sin embargo, no sólo ocurre en los embarazos sino que puede aparecer en patologías tumorales de cualquiera de los órganos intrabdominales y en casos de ascitis. (Aller & Pages, Obstetricia moderna, 2012)

Los Cambios uterinos sometido a la acción mecánica del feto en crecimiento y a la acción hormonal se hace manifiesto a partir de la semana 6-7 y es posible detectarlo mediante tacto vaginal. A partir de la semana 12 el útero deja de ser un órgano pélvico y pasa a la cavidad abdominal, a lo cual; este signo es probable ya que puede ser tumores pélvicos de cualquier naturaleza y que pueden confundirse con el útero grávido, como: fibromas, hematometra, piometra, etc. Pueden tener contracciones uterinas de poca intensidad, indoloras, con una frecuencia aproximada de una cada minuto y que por lo regular solo puede ser detectadas por medio de equipos especiales. (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)

A partir del sexto mes, es posible la palpación de partes fetales; sin embargo, se puede confundir con miomas uterinos, tumores multilobulados de ovario, etc mediante las maniobras de Leopold permite, en ausencia de equipos ecosonográficos determinar la posición del feto. (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)

Algunos de los signos presuntivos durante el embarazo son: amenorrea, fatiga, náuseas y vómitos, cambios en las mamas, hiperpigmentación y percepción de movimientos fetales etc. Las cuales se describirán a continuación:

- La amenorrea en una mujer con vida sexual activa con este síntoma se debe considerar embarazada hasta que se demuestre lo contrario porque, aunque la amenorrea puede ser de tipo funcional, su causa más frecuente es el embarazo. Por otra parte, la presencia de sangrado genital que simula una regla no descarta un embarazo porque el sangrado genital es muy frecuente en la embarazada, al punto que 1 de cada 4 mujeres puede tener algún tipo de sangrado macroscópico durante el embarazo, siendo más frecuente en multíparas que en primigestas. La fecha de la última menstruación no constituye un signo seguro para el cálculo de la edad gestacional, porque es posible que una mujer logre embarazo sin una regla previa por tanto, el embarazo puede tener más o menos tiempo del que se cree. (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)
- Las náuseas y vomito Es un signo típico del primer trimestre de la gestación pero no exclusivo del embarazo porque se puede presentar en trastornos digestivos, uso de anticonceptivos orales, factores emocionales, etc (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)

- La fatiga, caracterizada somnolencia y disminución de la capacidad física normal, es un síntoma frecuente en los primeros meses de la gestación que se debe a la elevada producción de progesterona durante el embarazo (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)
- Cambios en las mamas es un signo precoz asociado a la elevada producción de hormonas, la aparición de calostro. Igualmente se puede observar en mujeres bajo terapia hormonal, tumores hormono-funcionantes como adenomas hipofisarios, tumores de ovario, con el uso de ciertos tranquilizantes y antes de la menstruación, sobre todo en pacientes con displasia mamaria. (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)
- Las manifestaciones cutáneas se encuentran; La aparición de una hiperpigmentación de los pómulos, conocida con el nombre de cloasma gravídico, es sólo un signo presuntivo porque se puede observar en enfermedades del colágeno y con el uso de anticonceptivos orales. lo mismo se puede decir de la hiperpigmentación que aparece en línea media infraumbilical, llamada línea nigra del embarazo que aparece alrededor del tercer mes, aunque puede aparecer antes en las multíparas. (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)

El diagnóstico diferencial debe hacerse con miomas uterinos, quistes de ovario y paraováricos, tumores de trompa, vejiga, riñón pélvico, tumores del sigmoides, etc. De los cuales estén involucrados los órganos pélvicos que pueden intervenir. (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)

El diagnóstico de embarazo es uno de los más importantes del ejercicio de la profesión debido a las implicaciones médicas, sociales, legales y personales que tiene. Si bien el diagnóstico de embarazo es fácil, por la cantidad de métodos precisos que existen para hacer un diagnóstico precoz, en ocasiones pasa desapercibido porque algunas mujeres pueden tener alteraciones menstruales y estar embarazadas a pesar de tener sangrado genital.

2.1.2 Evolución del embarazo o etapas.

Uno de los logros más significativos en obstetricia lo constituye el control prenatal, el cual implica la evaluación sistemática y meticulosa de la gestante desde el inicio mismo del embarazo hasta su exitosa culminación.

La identificación temprana de los factores de riesgo permite una atención más especializada de acuerdo con el factor de riesgo que presente la paciente, y así se evitan complicaciones. El diagnóstico de riesgo se hace durante toda la atención prenatal e incluye, además, el parto y el puerperio. (Socorrás, Enfermería Ginecoobstetrica, 2009)

La cual, la consulta prenatal se denomina al procedimiento médico que tiene como propósito atender a la mujer durante la gestación a objeto de reducir la morbi-mortalidad materno-fetal a su mínima expresión. Para lograr este objetivo se deben seguir normas y procedimientos que permitan un adecuado control de la evolución del embarazo tanto para la madre como para el producto de la gestación. (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)

La fecundación.

La vida de todo ser humano se dice que da comienzo desde el momento de la fecundación, o sea la función de los gametos femeninos y masculinos que han tenido previamente un proceso de maduración y ocurre habitualmente en el tercio externo de la trompa.

Durante el proceso de maduración ambos gametos pierden la mitad del número inicial de cromosomas, de manera que cada uno contiene 23 cromosomas (haploide) (Ricol, Obstetricia y ginecología, 2004)

El crecimiento intrauterina fundamentalmente ligado a diversos factores una de las principales es la nutrición fetal, la cual depende de la transferencia placentaria. Durante las primeras semanas de la gestación el embrión humano experimenta un proceso de diferenciación y formación de órganos, que se completan a las 9 semanas. A partir de esta etapa, los órganos no están totalmente desarrollados, pero ya pasa a ser un feto. (Ricol, Obstetricia y ginecología, 2004)

A las 22 semanas el feto ha adquirido un peso de 500 g. y hasta ese momento (Ricol, Obstetricia y ginecología, 2004); la edad del feto relacionada con la menstruación,

calculada según la regla de naegele que consiste en restarle 3 meses a la fecha de la última regla y añadirle 7 días. (Aller & Pages, Obstetricia moderna, 2012)

El desarrollo dentro del útero del nuevo ser pasa por dos fases:

1. La primera constituye el “Período Embrionario”, que comprende aproximadamente los primeros dos meses y medio.
2. La segunda se denomina “Período Fetal” y se inicia al terminar la anterior y comprende el resto del embarazo. (Barrero, y otros, 2006)

Durante el embarazo también genera cambios fisiológicos, como el aumento de peso debido a las presencia del feto, el líquido amniótico, la placenta, el crecimiento uterino y el incremento del agua corporal total; asimismo aumento de depósito de proteínas, triglicéridos y minerales, hay un aumento pronunciado del tamaño de las mamas como resultado de la preparación para la lactancia y dolor lumbar (curvatura vertebral). Se producen diversas modificaciones en sistema cardiovascular materno. El volumen sistólico se incrementa en un 30% y el gasto cardiaco (volumen por minuto) de 20 a 30% debido al gran aumento del flujo hacia la placenta y la incrementar del metabolismo. La frecuencia cardiaca se eleva en un 10- 15%, y el volumen de la sangre se incrementa en un 30- 50%, sobre todo, durante la segunda mitad del embarazo. Estos incrementos son necesarios para satisfacer las demandas adicionales de oxígeno y nutrientes por parte del feto. Cuando una mujer embarazada yace en decúbito dorsal, el útero aumenta de tamaño puede comprimir la aorta y provocar una disminución del flujo sanguíneo hacia al útero.

Al final del primer mes, el embrión mide medio centímetro y comienzan a formarse el cerebro, la columna, los riñones, el hígado, el aparato digestivo y lo que más adelante serán los brazos y las piernas. (Barrero, y otros, 2006)

El útero ocupa la mayor parte de la cavidad pelviana. A medida que el feto sigue creciendo, el útero se extiende cada vez más hacia arriba en la cavidad abdominal. Hacia el final de un embarazo a término, el útero ocupa casi toda la cavidad abdominal y se extiende por arriba hasta el borde costal, cerca del apéndice xifoides del esternón. Desplaza el intestino delgado, hígado y el estómago de la madre hacia arriba, eleva el

diafragma y ensancha la cavidad torácica. La presión sobre el estómago puede forzar su contenido hacia el esófago y producir sensación de ardor. (Tortora & Derrickson, 2013)

En el segundo mes el embrión mide unos 2'5 cm. La cabeza está bien diferenciada y en ella se distinguen los ojos, la nariz, la boca y las orejas. También se diferencian bien los brazos y las piernas en sus distintas partes o segmentos. Los principales órganos se han formado y el corazón empieza a latir. Al final de este período el embrión mide unos 4 cm y se denomina feto. (Barrero, y otros, 2006)

Al tercer mes, el feto tiene una forma que recuerda a la especie humana. Es capaz de realizar movimientos por sí solo. Ahora mide entre 8 y 10 cm. Tiene una cabeza muy grande con relación a su cuerpo. En este momento su cuerpo se encuentra básicamente formado. A partir de ahora es capaz de deglutir o tragar, y en el aparato digestivo se acumula una sustancia de color verde llamada meconio que se irá expulsando durante los primeros días de vida. (Barrero, y otros, 2006)

Hacia el cuarto mes, los genitales externos están bien formados. La piel se va desarrollando y produce una sustancia blanquecina que se denomina "vernix", que recubre al feto y contiene gran cantidad de grasa. Esta sustancia protege su piel del continuo contacto con el líquido amniótico en el que está inmerso y suele recubrir al feto hasta el nacimiento. (Barrero, y otros, 2006)

Entre los cuatro y cinco meses de embarazo empezará a notar cómo se mueve vuestro hijo o hija. Al principio se mueve muy suavemente y a veces tendréis dudas, pero más adelante, cuando se mueva con mayor fuerza, lo notaréis perfectamente. En estos meses es capaz de llevarse la mano a la boca, puede tener tos o hipo y suele a ratos dormir y despertarse sucesivamente. (Barrero, y otros, 2006)

Aproximadamente a los seis meses aparece el pelo en la cabeza. Crecen las cejas y las pestañas y todo su cuerpo se cubre de un vello muy fino que se denomina "lanugo". En esta fase pesa algo más de 1.000 gr. y mide unos 35 cm. (Barrero, y otros, 2006)

Sobre el séptimo mes se va completando la maduración de sus órganos (pulmón, aparato digestivo...). A partir de ahora vuestro hijo o hija empezará a engordar porque su cuerpo ya acumula grasa. (Barrero, y otros, 2006)

Durante el octavo y noveno mes, vuestro bebé sigue creciendo hasta alcanzar el peso que tendrá en el nacimiento, alrededor de los 3 ó 3,5 kg. Su longitud es de unos 50 cm. Durante estos meses le crece el pelo y las uñas, sus movimientos los notaréis de una forma más brusca. El feto tenderá a ponerse con la cabeza hacia abajo, es decir, hacia la

pelvis en dirección al cuello del útero. Ésta es la postura más adecuada para el parto y desde ese momento ya no se moverá tanto. (Barrero, y otros, 2006)

El peso del útero aumenta desde 60-80 g. en ausencia del embarazo hasta un total de 900-1200 g al termino debido a la hipertrofia de la fibras musculares en los trimestres segundo y tercero. (Tortora & Derrickson, Principios de anatomía y fisiología, 2013)

2.1.3 Complicaciones del embarazo

El embarazo es uno de los procesos más perfectos de la naturaleza, donde se llevan a cabo una serie de cambios de adaptación con el fin de lograr el normal desarrollo y crecimiento del producto de la concepción. Sin embargo, existen patologías que alteran su evolución normal y producen elevadas tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal.

La identificación temprana de los factores de riesgo permite una atención más especializada de acuerdo con el factor de riesgo que presente la paciente, y así se evitan complicaciones. El diagnóstico de riesgo se hace durante toda la atención prenatal e incluye, además, el parto y el puerperio

Antes del nacimiento puede producirse un aborto por enfermedades o lesiones de la madre o del feto.

La amenaza de aborto. Es un cuadro clínico caracterizado por un sangrado vaginal escaso o moderado, acompañado o no de dolor en la región hipogástrica, sin modificaciones cervicales. Las causas del sangrado no pueden ser resueltas sin el uso del ultrasonido, mediante el cual se decidirá si el embarazo es viable o no. (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)

La prevalencia del aborto es de aproximadamente un 12%. Este porcentaje aumenta con la edad y puede llegar a un 50% en mujeres de 35 años o mayores. (Guia de practica clinica, 2009)

En la mayoría de los abortos deben realizarse dilatación y cueretaje. En el trastorno llamado aborto retenido o feto muerto y retenido, el producto de la concepción (el feto) muere pero permanece dentro del útero durante más de dos meses. A comparación de un aborto incompleto este es aquel en el que solo se expulsa parte del producto de la concepción. Y aborto inminente, situación en la que la paciente está a punto de abortar. Puede ser precedido por sangre uterino. (Fuller J. , 2009)

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) complica aproximadamente al 8% de los embarazos, 3% de los cuales son partos pretérminos, siendo la causa de un tercio de los nacimientos pretérminos. (Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil, 2015)

Según la etiología en tres clasificaciones externo, interno y los propios de la membrana. En la etiología externo se encuentra por infecciones o traumatismo, por etiología interna; como dilatación prematura del cérvix, distensión del segmento uterino, desproporción Cefalopélvica, Presentaciones anormales. Y por etiología propios de la membrana esta adelgazamiento y poca elasticidad (Arellano, 2007)

La ruptura prematura de membrana (RPM) ocurre por diferentes mecanismos entre los que figuran la apoptosis, disolución de la matriz amniocoriónica exacerbada por las fuerzas de las contracciones, colonización e Infección del tracto genital que es capaz de iniciar la cascada de las citoquinas, etc. (Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil, 2015)

El Diagnóstico Generalmente es clínico basado en la historia de salida de líquido asociado al examen físico. Se recomienda realizar con espéculo vaginal estéril. El examen digital aumenta el riesgo de infección, y debe evitarse. Ante la presencia de líquido en fondo de saco vaginal se pueden realizar pruebas de apoyo pero la evidencia de salida de líquido amniótico es suficiente para realizar el diagnóstico. Un alto porcentaje, cerca del 95 %, de los diagnósticos de RPM se realiza por la historia y el examen Clínico. Si el examen físico es negativo y no se observa salida de líquido, se puede reevaluar luego de un periodo de tiempo o utilizar otros métodos. (Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil, 2015)

El estudio de ultrasonografía, provee información como la presencia de oligohidramnios sin evidencia de alteración urinaria fetal. Un índice normal de líquido amniótico no excluye el diagnóstico, pero se debe buscar otras causas de descarga vaginal como la incontinencia urinaria, vaginitis, cervicitis, salida de moco, labor pretérmino, semen (Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil, 2015)

El Manejo y tratamiento. Ante factores adversos, se debe interrumpir el embarazo utilizando profilaxis para el Streptooccos del grupo B si no existe cultivo ano-vaginal negativo. Si hay amnionitis dar antibióticos de amplio espectro. Si no existe datos adversos se manejará según la edad gestacional. Profilaxis para estreptococo b

hemolítico del grupo B el Método de terminación del embarazo dependiendo la presentación cefálica por inducción del Parto Vía Vaginal o por Operación Cesárea claro por indicación obstétrica. (Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil, 2015)

La enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) como el trastorno que se presenta durante la gestación, parto o puerperio que se caracteriza por la elevación de las cifras tensionales a valores iguales o mayores de 140/90 mmHg acompañada por signos y síntomas que permiten clasificarla según su severidad. (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)

Según la OMS existe hipertensión arterial cuando se comprueba una TA de 140/90 latidos/min o más, por 2 veces consecutivas, con intervalos de 6 horas; en relación a obstetricia se considera que existe hipertensión arterial cuando existe un aumento de 30 mm/hg o más de TA sistólica y de 15 mm de Hg o más de la presión diastólica. Así mismo hay hipertensión cuando la presión arterial media (PAM) es de 105 mm de Hg o mas. (Ricol, Obstetricia y ginecologia, 2004)

Las cuales se clasifican de la siguiente manera:

1. Preeclampsia leve (PEL). Se presenta en pacientes con embarazo de 20 semanas o más, con cifras de tensión arterial entre 140/90 mmHg y 159/109 mmHg, signos de edema grado I, que es el localizado en los pies o el área pretibial, o grado II que es marcado en miembros inferiores. Además, hay proteinuria en orina de 24 horas mayor de 300 mg pero menor de 500 mg o de hasta 2 cruces (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)
2. Preeclampsia severa (PES). En estos casos, la cifra de tensión arterial es igual o mayor de 160/110 mmHg, obtenida en dos tomas con intervalo de 6 horas, el edema es grado III, que es el localizado en abdomen, región sacra, manos o cara o grado IV, que es la anasarca. Además, proteinuria de 500 mg o más en orina de 24 horas o de 3 a 4 cruces en una muestra tomada al azar. Pueden haber signos y síntomas visuales como escotomas centelleantes o visión borrosa, La presencia de signos neurológicos como tinitus, cefalea persistente, exacerbación de los reflejos osteotendinosos, clonus o hasta coma, se deben a los efectos de la preeclampsia sobre el flujo sanguíneo cerebral que causa edema, anemia focal, trombosis y hemorragia. (Aller & Pages, Obstetricia moderna, 2012)

3. Eclampsia. Ocurre cuando la paciente presenta cualquiera de los signos y síntomas descritos anteriormente acompañados de convulsiones y/o coma no atribuibles a otra causa. Generalmente presenta síntomas prodrómicos como cefalea persistente, fotofobia, visión borrosa, dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, hiperreflexia severa y clonus. (Aller & Pages, Obstetricia moderna, 2012)

Algunos factores de riesgo que proporcionan mayor probabilidad para el desarrollo de preeclampsia son: gestación múltiple y en las condiciones de comorbilidad subyacentes están la hipertensión arterial preexistente o presión diastólica 90mm/hg, nefropatía preexistente o proteinuria (1+ en más de una ocasión o cuantificada 0.3 g/24 hrs), diabetes mellitus tipo I o II preexistente, lupus eritematoso sistémico, tener una edad reproductiva de 40 años o más, y por último un IMC DE 35. (Guia de practica clinica, 2012)

Toda mujer embarazada deben saber que después de las 20 SDG. pueden desarrollar preeclampsia, inclusive en los lapsos entre cada consulta prenatal y deben estar capacitadas para identificar la necesidad de acudir a urgencia de gineco- obstetricia en cualquier momento. (Guia de practica clinica, 2012)

El manejo obstétrico. Al igual que en los casos anteriores, depende de la edad gestacional y del bienestar materno-fetal. En los casos de embarazo a término se debe interrumpir la gestación y la vía dependerá de las características del cuello uterino y de la condición materno-fetal. En general, si el bienestar fetal está conservado y hay respuesta al tratamiento médico en las primeras 24 horas, se puede mantener una conducta expectante bajo una vigilancia estricta materno-fetal hasta lograr la madurez. (Aller & Pages, Obstetricia moderna, 2012)

En caso de que el bienestar fetal este comprometido, no haya respuesta al tratamiento en 24 horas o aparezcan complicaciones, se debe interrumpir el embarazo. De ser posible, se recomienda el uso de esteroides para inducir madurez pulmonar e interrumpir a las 24 horas de la última dosis. (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)

La Preeclampsia severa (PES) en el segundo trimestre es un dilema obstétrico. El momento de interrupción del embarazo constituye una decisión difícil para la madre y el especialista porque el tratamiento intensivo con interrupción inmediata causa morbi-mortalidad fetal muy alta, pero los intentos por prolongar el embarazo también pueden

causar muerte fetal y exponen a la madre a una morbilidad importante e incluso mortalidad. (Aller & Pagés, Obstetricia moderna, 2012)

Durante el embarazo la rubeola es la infección por virus que se adquiere desde el momento de la concepción hasta el nacimiento del niño. La infección puede ser o no evidente.

La infección natural confiere inmunidad permanente, aunque se han registrado casos de reinfección documentados serológicamente después de una infección natural o después de la vacunación, por lo que se debe tener presente esta enfermedad durante la atención del embarazo ya que existe la posibilidad reinfección durante la gestación. La importancia de prevenir la presencia de rubeola en la mujer embarazada es evitar que su hijo presente el síndrome de rubeola congénita. (Guía de práctica clínica, 2011)

La confirmación de la infección aguda de rubeola en la mujer embarazada a menudo es difícil, el diagnóstico clínico no es seguro porque una gran cantidad de casos son subclínicos además los signos y síntomas son similares a los de otras enfermedades (Guía de práctica clínica, 2011)

La rubéola ha sido la responsable directa de una cantidad inestimable de muerte fetal y más importante aún, de malformaciones congénitas severas. El riesgo fetal es inversamente proporcional a la edad de la gestación, es decir, máximo en el primer trimestre, de 50 a 90 % y desciende después al cuarto y quinto mes. La rubéola afecta prácticamente a todos los sistemas y órganos y la manifestación más frecuente es el crecimiento intrauterino retardado, aunque también se pueden presentar: Lesiones oculares como glaucoma y microftalmía, Defectos cardíacos como cardiopatías, miocarditis, conducto arterioso persistente, etc. (Socorrás, Enfermería ginecoobstetrica, 2009)

Acciones de enfermería dependientes.

1.- Interrupción del embarazo: cuando una embarazada contrae rubéola en el primer trimestre, se debe informar a la pareja el riesgo de lesiones graves en el recién nacido. La decisión está sujeta a la voluntad de la pareja. (Socarras, 2009)

2. Inmunización: es el principal tratamiento. Se deben tomar precauciones ante la remota posibilidad de que el virus de la vacuna, si se suministra en épocas tempranas, pudiera infectar al feto. (Socarras, 2009) Por tal razón:

a) Si la mujer está embarazada, no debe recibir la vacuna.

b) Si no está embarazada y es vacunada, debe evitar la gestación, cuando menos en los 3 meses siguientes.

Otra complicación que se puede presentar en el embarazo es la diabetes.

La diabetes mellitus a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por una hiperglucemia provocada por defectos de la insulina en la secreción, en la acción o en ambas. (Academia Mexicana de cirugía, 2013)

En la mujer embarazada, la hiperglucemia persistente puede ser la manifestación de una serie de padecimientos heterogéneos que participan en la elevación de la glucosa sanguínea como consecuencia de alteraciones en el metabolismo intermedio, presentes antes del embarazo, o bien puede ser la primera manifestación de la incapacidad de algunos organismos predispuestos para metabolizar de manera adecuada los carbohidratos, por razones frecuentemente genéticas o inmunitarias, siendo el embarazo el que pone de manifiesto dichas deficiencias. (Academía mexicana de cirugía, 2013)

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta.

La gestante acude a urgencias por dolor abdominal intenso, sangrado y endurecimiento brusco del abdomen (hipertensión). El diagnóstico es clínico y urgente. La ecografía sirve para distinguir un hematoma retro placentario, viabilidad fetal, así como para el diagnóstico diferencial (placenta previa, rotura uterina, vasa previa). (Vázquez, Rodríguez, Pérez, & Palomo, 2017)

Si el feto está vivo, debe realizarse cesárea urgente, ya que la muerte del feto suele ser súbita. El parto vaginal solo puede intentarse en gestantes multíparas con buenas condiciones cervicales y sin signos de sufrimiento fetal. Si el feto está muerto: se intentará la vía vaginal mediante amniotomía y oxitócicos, recurriéndose a la cesárea si el parto no evoluciona o el estado general de la paciente empeora. Si optamos por tratamiento conservador, tanto en los casos de Placenta Previa como en los de Desprendimiento de Placenta leve y estable, las medidas a tomar serán las siguientes: (Vázquez, Rodríguez, Pérez, & Palomo, 2017)

- a) Reposo en cama.
- b) Dieta absoluta, control de diuresis y perfusión endovenosa.
- c) Valoración de la pérdida hemática cada 48 horas. Transfundir en caso necesario.
- d) Corticoides para la maduración pulmonar.

- e) Control del bienestar fetal cada 24 horas o más frecuente si la metrorragia es importante.
- f) Valoración ecográfica de la placenta y del crecimiento fetal.
- g) Tratamiento tocolítico si se asocia amenaza de parto prematuro.
- h) Profilaxis antibiótica si es preciso.

2.1.4 Cesárea

La operación cesárea es el procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de obtener el nacimiento de un feto, usualmente vivo, a través de una incisión en el hipogastrio que permita acceder al útero. La cesárea tiene un origen incierto y anecdótico que se remonta al año 1.500 d.C. (Rubio & Müller, 2011)

Esta intervención obstétrica es de suma utilidad especialmente cuando nos hallamos frente a sus llamadas “indicaciones absolutas”. Por distintos motivos, la frecuencia de cesárea ha sido aumentada en los últimos años impulsada por sus indicaciones relativas y el riesgo médico-legal. A esto se suma en la actualidad la aparición de la problemática de la “cesárea por demanda”, que surge del pedido de pacientes de tener su parto mediante cesárea solo basadas en su voluntad y sin indicación médica alguna. La operación cesárea no está exenta de riesgos ni para la madre ni para el feto, por lo que su indicación debería ser cuidadosamente ponderada y, en los casos de “cesárea por demanda”, sus riesgos adecuadamente informados a la paciente y documentados a través de un consentimiento informado. (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico, 2016)

Inicialmente la mortalidad asociada al procedimiento fue de casi el 100%. El advenimiento de la era antibiótica y la evolución de las técnicas y materiales quirúrgicos han hecho de este procedimiento obstétrico una de las cirugías más realizadas alrededor del mundo. Su implementación ha permitido mejorar el pronóstico de patologías que antes representaban una causa importante de morbimortalidad materna y perinatal tales como las distocias, las hemorragias del tercer trimestre, el bajo peso al nacer y la preeclampsia, entre otras entidades obstétricas. (Rubio & Müller, 2011)

Buena parte del éxito de la cesárea depende de una indicación adecuada. Por otro lado, las implicaciones médico-legales obligan a justificar plenamente los riesgos que la

ejecución de tal procedimiento representa para la madre y el feto. Las indicaciones de la operación cesárea hacen referencia a las circunstancias clínicas en las cuales el pronóstico materno-fetal se optimiza utilizando este procedimiento quirúrgico. Muchas de ellas resultan evidentes (por ejemplo, feto en situación transversa), pero otras son motivo de controversia (como la de cesárea anterior). Pueden clasificarse en maternas, fetales y ovulares según el origen de la indicación, y en absolutas y relativas si existe criterio unificado con respecto a la conveniencia de la cesárea o si, por el contrario, existen conductas alternativas (Creasy & Resnik, 2009)

La solicitud materna (cesárea por complacencia) constituye en la actualidad una causa importante de cesárea. La estimación de la frecuencia de esta "indicación" es incalculable debido a las diferentes definiciones usadas y el uso de diversos códigos de diagnóstico por parte de los obstetras. Se ha estimado que actualmente la cesárea por pedido materno puede representar un 4 a 18% de las indicaciones de ésta. Hay diversas opiniones éticas con respecto a dicha conducta, pero se observa que los obstetras con menos años de graduados tienen mayor aceptación hacia esa "indicación" (Robson, Tan, & Adeyemi, 2009)

2.1.5 factor quirúrgico - inducción fallida de trabajo de parto.

Aspectos generales:

La inducción y la conducción del trabajo de parto son componentes integrales de la atención perinatal para poder obtener recién nacidos sanos, sin producir ningún daño a la madre.

Inducción, Consiste en provocar a voluntad la aparición de contracciones en el útero grávido, antes del inicio espontáneo del trabajo de parto, con el propósito de lograr el nacimiento. Estas contracciones ocasionan el borramiento y la dilatación cervical a fin de permitir el nacimiento del producto de la concepción. La diferenciación entre maduración cervical e inducción del trabajo de parto a veces es artificial porque representan etapas de un mismo proceso donde ocurra con éxito la inducción, es necesario que ocurra la maduración. Este proceso se ve influido por diferentes factores como la intención del obstetra, la dosificación del fármaco, la paridad, la edad gestacional, etc.

Conducción. Consiste en aumentar la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas que se iniciaron espontáneamente.

El fracaso de la inducción varía entre 5% y 15% y se produce con mayor frecuencia en las inducciones con cuello desfavorable. (Alles & Pages, 2012)

Si la inducción del trabajo de parto falla, los profesionales de la salud deben discutir la situación con las pacientes. La condición materna y el embarazo deben de ser reevaluados, así como el bienestar fetal, mediante monitoreo electrónico fetal. Si la inducción falla, las decisiones acerca del futuro manejo deben ser tomadas de acuerdo con los deseos de la mujer y circunstancias clínicas; las opciones de manejo subsecuente incluyen: (Guías de practica clinica, 2013)

- Nuevo intento de inducir trabajo de parto (el tiempo depende de la situación clínica y de los deseos de la mujer.
- Operación cesárea.

2.1.6 clasificación de cesárea.

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente.

-Primera: Es la que se realiza por primera vez.

-Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.

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

B. Según indicaciones

-Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

-Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

C. Según técnica quirúrgica.

-Corporal o clásica.

-Segmento corporal (Tipo Beck).

• Segmento arciforme (Tipo Kerr).

2.1.6 Tipos de incisiones de la piel.

Existen varios tipos de incisiones de la piel, en forma transversal (pfannenstiel, Maylard, Joel-cohen) y en forma vertical (mediana infraumbilical, paraumbilical). Las indicaciones transversas son las más utilizadas por sus escasas complicaciones, otorgan el campo necesario y tienen excelente resultado estético. (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico, 2016)

- Pfannenstiel: se realiza a uno 2- 3 cm por encima de la sínfisis pubiana; incisión de la piel transversal baja con una ligera curva superior, siguiendo el pliegue de la piel. (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico, 2016)
- Maylard: incisión de piel similar, pero los músculos rectos abdominales se seccionan para permitir un acceso más amplio; esto puede provocar mayor daño a los tejidos y mayor posibilidad de complicaciones (hematomas, dolor). (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico, 2016)
- Joel-cohen: es una incisión cutánea transversa recta, recomendada por muchos guías como incisiones de primera elección para el abdomen. Se hace a unos 3 cm por encima de la sínfisis púbica y no es arciforme. Es superior a la incisión de pfannenstiel tradicional. Se minimiza la disección cortante. (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico, 2016)
- Las incisiones medianas han quedado relegadas para pacientes con acceso abdominales previas por estas incisiones, inexperiencia del cirujano con incisiones transversas. Anteriormente también se indicaban estas incisiones ente emergencias por el rápido acceso, pero esto debe ser decidido por el cirujano actuante, quien elegirá cual incisión realizar ante una emergencia, según su formación y adiestramiento. (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico, 2016)

2.1.7 Incisiones uterinas.

Arciforme tipo munro-kerr.

Es la incisión utilizada en la denominada cesárea segmentaria actual. Después de realizar una pequeña incisión en el segmento uterino con bisturí, se ingresan los dedos índice del operador que, mirando hacia los pies de la paciente, aumentan la incisión

uterina en forma arciforme concavidad superior. Esta incisión provee del espacio necesario para extraer al feto, tiene poco sangrado, fácil reparación y bajo riesgo de rotura en embarazos siguientes. (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque práctica, 2016)

Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias. (Secretaría de Salud Dirección General de Salud Reproductiva , 2005)

Es la técnica utilizada en la mayoría de las situaciones obstétricas antes descritas y también la más usada alrededor del mundo. De relativa simplicidad, permite un rápido acceso a la cavidad uterina y por ello es el método de elección. El sangrado de la pared uterina es menor gracias a la formación del segmento uterino. Para realizar este procedimiento se realiza una laparotomía. (Rubio & Müller, 2011)

Corporal o clásica.

Con poco uso en la actualidad, es la incisión vertical del cuerpo uterino, da un acceso importante al útero. Pero con mucha pérdida sanguínea y con muchos riesgos de rotura uterina en embarazos futuros.

La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo. (Secretaría de Salud Dirección General de Salud Reproductiva , 2005)

Incisión en T invertida.

Se utiliza cuando existe dificultad en extraer el feto mediante una incisión segmentaria y esta se amplía en forma de T invertida convirtiéndola en un incisión segmento corporal. (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque práctica, 2016)

Segmento corporal: (Beck)

La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior. (Secretaría de Salud Dirección General de Salud Reproductiva , 2005)

2.1.8 Tiempo quirúrgico:

El tiempo quirúrgico de una cesárea se define como el tiempo que transcurre desde la realización de la incisión inicial al cierre de la piel. Un tiempo quirúrgico prolongado aumenta el riesgo de infecciones.

Cualquiera sea el tipo de operación a realizarse, todas ellas tienen tiempos que le son comunes.

Los tiempos quirúrgicos son 5:

1. Posición operatoria
2. Antisepsia de la piel y colocación de los campos quirúrgicos
3. Diéresis
4. Operación propiamente dicha
5. Síntesis

1. Primer tiempo quirúrgico: “Posición operatoria”

Se llaman posiciones operatorias a las actitudes y formas en que se colocan el enfermo y la mesa de operaciones. Ellas dependen del sitio y tipo de operación que el cirujano deba realizar; se toma en cuenta la vía de acceso elegida por el cirujano y la técnica de administración de anestesia.

La selección de la posición quirúrgica la hace el cirujano consultando con el anestesiólogo, con los ajustes necesarios para la anestesia. La responsabilidad de colocar al paciente en la posición operatoria, es de la enfermera circulante, con la guía, aprobación y ayuda del anestesiólogo y del cirujano o ayudante. Es una responsabilidad que comparten todos los miembros del equipo.

Generalmente el paciente está en decúbito dorsal, después de haber sido pasado de la camilla a la mesa quirúrgica. Puede anesthesiarse en esta posición y luego colocarse en la posición operatoria, o a la inversa. Los factores que influyen en el tiempo en el que el paciente debe ser colocado son: sitio de la operación, edad y estatura del paciente, técnica de administración del anestésico, y dolor al moverlo si está consciente.

Medidas de seguridad:

El enfermo debe estar bien identificado al transferirlo a la mesa quirúrgica, y confirmado el sitio quirúrgico.

- La mesa se coloca en una posición segura, fija cuando el enfermo esté sobre ella y durante la transferencia del sujeto de la camilla a la mesa y viceversa.
- Es necesaria la ayuda adecuada del paciente para evitar una lesión. Se recomienda un mínimo de cuatro personas para levantar o mover a un paciente inconsciente. Pueden utilizarse mecanismos para transferirlo o levantadores.

El anestesiólogo protege la cabeza del paciente todo el tiempo y le da sostén durante el movimiento. La cabeza debe mantenerse en un eje neutral y voltearse muy poco para mantener la vía respiratoria y la circulación cerebral.

- El médico tiene la responsabilidad de proteger e inmovilizar una fractura durante los movimientos.
- El paciente anestesiado no se mueve sin el permiso del anestesiólogo.
- El paciente anestesiado debe moverse muy despacio y con cuidado para permitir que el sistema circulatorio se ajuste, y se controle el cuerpo durante el movimiento.
- Ninguna parte del cuerpo debe extenderse fuera de los bordes de la mesa, o estar en contacto con las partes metálicas o superficies sin protección.
- La exposición del cuerpo será mínima para prevenir la hipotermia y conservar su lugar.
- El movimiento y la posición no deben obstruir o desconectar catéteres, venoclisis y monitores.
- Cuando el paciente se encuentra en decúbito dorsal, tobillos y piernas no deben cruzarse. Esto crearía una presión oclusiva en los vasos sanguíneos y nervios.

- Cuando el paciente se encuentra en decúbito ventral, es decir, sobre el abdomen, el tórax debe liberarse de presión para facilitar la respiración.
- Cuando el paciente se encuentra en posición lateral, es necesario colocar almohadas a lo largo y entre las piernas para prevenir la presión de los vasos y nervios.
- Se debe proteger al paciente de lesiones por aplastamiento, en las zonas de flexión durante el movimiento de la mesa.

Preparación para la colocación

Antes de que el enfermo ingrese al quirófano, la enfermera circulante debe:

- a. Revisar la posición necesaria, según las normas de la institución y las indicaciones del cirujano.
- b. Pedir ayuda si desconoce cómo colocar al paciente
- c. Consultar al cirujano en cuanto llegue, si no está segura sobre cuál es la posición que se utilizará.
- d. Acondicionar el equipo necesario para realizar el procedimiento
- e. Probar los dispositivos para seguridad del paciente.

2. Segundo tiempo quirúrgico: “Antisepsia de la piel y colocación de los campos quirúrgicos”

Con la preparación de la piel se intenta conseguir que el sitio quirúrgico esté del todo libre de microorganismos transitorios y residentes, de suciedad y de grasa dérmica, de tal manera que la incisión pueda hacerse a lo largo de la piel con peligro mínimo de infección.

Después que el paciente ha sido anestesiado y colocado en la mesa quirúrgica, la piel del sitio quirúrgico y una zona más extensa a su alrededor, se limpian nuevamente en forma mecánica con un agente antiséptico, antes de colocar los campos quirúrgicos.

Para realizar la antisepsia de la piel se utilizan: 1 o 2 bols de acero inoxidable; una solución antiséptica; 1 pinza para hisopo y gasas.

En el bols estéril que tiene la instrumentadora, se colocará la solución antiséptica seleccionada, dejando caer la misma desde una distancia de 10 a 15 cm del bols para evitar contaminaciones.

La instrumentadora armará un hisopo con 4 o 5 gasas y lo prenderá con la pinza destinada a ello, esta tendrá de 15 a 20 cm de longitud.

Luego, entregará estos elementos al cirujano para que realice la antisepsia de la piel, iniciándola en el sitio de la incisión, con movimientos circulares cada vez más amplios hacia la periferia. Luego se cambiará el hisopo y se repetirá la operación, las veces que sea necesario teniendo en cuenta la precaución de cambiar las gasas tantas veces como se repita el procedimiento.

Ombliigo: el ombliigo, ubicado en el abdomen, es una zona considerada contaminada ya que puede albergar microorganismos en los detritus que se acumulan normalmente allí. Por ello, la solución de la primera gasa debe exprimirse dentro del ombliigo para ablandar los detritus mientras se frota el resto del abdomen.

Otra posibilidad es limpiar primero el ombliigo con torundas y pinzas separadas para evitar el derrame de solución sucia sobre la zona dérmica limpia, y recién luego comenzar la preparación abdominal con un hisopo nuevo desde la línea de incisión hacia afuera.

Colocación de los campos quirúrgicos

La colocación de los campos quirúrgicos es el procedimiento que se realiza para cubrir al paciente y las zonas circundantes con una barrera estéril que forme y mantenga un campo estéril durante la operación.

Los campos quirúrgicos son tres. El primero está constituido por dos sábanas, una podálica y otra cefálica y dos compresas de tela. Se colocan en el siguiente orden: primero la sábana podálica, luego la cefálica con la que se formará la tienda del anestesista y por último, las compresas laterales, de este modo quedará delimitado el primer campo. Las sábanas y compresas se fijan mediante el uso de las pinzas de 1º campo. Pinzas de Backhaus, o realizando puntos de transfixión con hilo de lino y aguja recta lanceolada.

El segundo campo quirúrgico se realiza con dos compresas de gasa que se colocan en forma paralela a la línea en la que se realizará la incisión.

El tercer campo quirúrgico se realiza utilizando también compresas de gasa, pero esta vez dentro de la cavidad y sirve para proteger órganos y vísceras, a al vez que facilita la visualización de las estructuras anatómicas. Medidas de seguridad

1. Colocar los campos sobre una zona seca.
2. dedicar tiempo suficiente a la aplicación cuidadosa.

3. Dejar espacio suficiente para observar la técnica estéril
4. Manipular lo menos posible los campos.
5. No atravesarse sobre la mesa quirúrgica para cubrir el lado puesto, se debe dar la vuelta a la mesa.
6. Colocar campos y pinzas de campo, al lado de la mesa, desde donde el cirujano pueda tomarlas y manejarlas.
7. Llevar los campos doblados a la mesa quirúrgica. Cuidar el frente del camisolín estéril, parándose tan lejos de la mesa no estéril como sea necesario.
8. Levantar los campos lo suficiente para evitar que toquen zonas no estériles, pero evitando tocar las lámparas.
9. Mantener elevado el campo, hasta que esté justo sobre el área indicada y recién bajarlo hasta donde permanecerá. Una vez que se colocó la sábana, no se reacomoda. Si un campo se coloca mal, se desecha.
10. Si se contamina un campo, no lo toque más. Se desecha sin contaminar los guantes u otros instrumentos.
11. Si existe duda en cuanto a la esterilidad, se debe considerar contaminado el campo.
12. Si se descubre un agujero al colocar el campo, debe cubrirse con otro o desecharlo por completo.

3.- Tercer tiempo quirúrgico: Diéresis.

Se llama diéresis al acto de penetración a través de los tejidos con la finalidad de obtener la curación de una enfermedad. En términos generales podemos clasificar la diéresis en dos tipos: una por sección en frío, y la otra en caliente.

Dentro de la sección en frío tenemos:

- a) La sección de los tejidos por instrumentos cortantes: bisturí y tijera.
- b) Por divulsión. La diéresis por divulsión corresponde a la tarea de separar planos musculares o conjuntivos penetrando a través de ellos con instrumentos romos, pinzas de Kocher, tijeras que se abren en profundidad para separarlos, separadores de Farabeuf, también puede realizarse con dos dedos llevados rápidamente hacia arriba y hacia abajo.

- c) Por punción con aguja, trocar o punta de bisturí delgado en sitio afectado o en cavidades con fines diagnósticos o terapéuticos para dar salida a sangre, pus, serosidad, líquido ascítico o introducir medicamentos.

La diéresis caliente se realiza con bisturí eléctrico o electrobisturí, a través del cual y por acción del calor se produce la sección de los tejidos y/o la hemostasia. La diéresis lleva implícitas las maniobras de hemostasia y separación.

Hemostasia: puede ser transitoria o definitiva. La hemostasia transitoria puede realizarse por compresión digital o manual sobre el sitio que sangra, o bien a través del uso de pinzas hemostáticas. La hemostasia definitiva se realiza por ligadura de los vasos con hilos no absorbibles, por sutura de aquéllos o por electrocoagulación utilizando el electrobisturí.

Separación: de los labios o bordes de la herida. Pueden utilizarse separadores manuales, llamados así porque es necesario ejercer una fuerza de tracción manual sobre ellos para lograr su objetivo; o separadores autoestáticos que poseen diferentes mecanismos (de cremallera o de fijación por tornillos) para mantenerse en el sitio que fije el cirujano durante el transcurso de la operación propiamente dicha.

Los separadores autoestáticos facilitan y alivian la tarea del equipo quirúrgico, al liberar las manos de los cirujanos.

4.- Cuarto tiempo quirúrgico: operación propiamente dicha.

Comprende los actos que ejecuta el cirujano para realizar la operación programada. Comienza con una exploración general de las vísceras vecinas para proceder luego a realizar la operación sobre el órgano u órganos lesionados.

Dentro de la operación propiamente dicha se puede realizar exéresis, que consiste en la extirpación o ectomía de un órgano o una parte, o una formación patológica. Comprende también el acto de una biopsia que consiste en tomar un trozo de tejido para análisis anatomopatológico inmediato: biopsia por congelación cuyo resultado se obtiene en 5 minutos, o mediato o tardío, en cuyo caso se envía a estudio.

Las biopsias se pueden obtener por vía endoscópica, laringoscópica, rectoscópica, esofagoscópica, etc., por intermedio de pinzas de ramas largas que terminan en sacabocados.

Durante la operación propiamente dicha, se realizan las maniobras de exposición y exploración.

Exposición: la separación es la maniobra destinada a desplazar estructuras en un sentido tal que se puedan exponer los planos subyacentes. Una vez que se ha alcanzado el plano más profundo y, mediante el uso de instrumental largo, de presión continua, se realiza la exposición de los tejidos u órganos cuya finalidad es realizar una observación minuciosa de las condiciones de aquellos, además de localizar e identificar la zona afectada que debe ser tratada.

Exploración: se realiza para examinar orificios, conductos, trayectos fistulosos, cavidades normales o patológicas, para lo cual se utilizan instrumentos para exploración.

5.- Quinto tiempo quirúrgico: síntesis

Terminada la operación propiamente dicha, se realiza la reunión de los tejidos seccionados o síntesis para cuya ejecución se utilizan agujas, portoagujas e hilos o suturas, con ayuda de una pinza para presión de tejidos con dientecillos o pinza de Brown. Para la sutura de piel, se utilizan agujas rectas lanceoladas y pinza de disección con dientes de ratón. (Saldaña, 2013)

2.1.9 Técnica quirúrgicas tipo keer.

Concepto: consiste en un parto quirúrgico a través de la pared abdominal y útero.

Instrumental:

- 1 equipo de bloqueo.
- 2 equipos de aseo
- 1 equipo de aspiración
- 1 equipo de aspiración.
- 1 tubo de aspirador.
- 1 electrocauterio (opcional).

Suturas:

- Acido poliglicolico # 1 (3)
- Catgut cromico del # 0 (2)
- Nylon 3/0 (1)

Ropa:

- Bulto de cirugía general.
- Campos extras

Material textil:

- Compresas de esponjear
- Gasas con trama

Material de consumo:

- Guantes del 6 1/2, 7, 7 1/2, 7 8
- Hojas de bisturí # 21 (2)
- Sondas de alimentación # 8 fr u 5 fr
- Cistoflo
- Jeringa desechable de 10 ml
- Sonda Foley # 16
- Sonda de aspiración infantil #08
- Pañales de adulto
- Venda de 30 cm
- Aguja de raquea.

Aparato electromedicos:

- Fluxómetro de oxígeno
- Incubadora o cuna radiante
- Balanza
- Equipo de aspiración

Solución al campo:

- Cloruro de sodio al 0.9% 1000 ml

Anestesia:

- Bloqueo peridural.

Abordaje:

- Abdominal anterior

Insición

- insición media o transversa

Posición del paciente:

- Decúbito dorsal

Asepsia:

- Del nivel de tetillas al segundo tercio del muslo incluyendo genitales con yodopovidona espuma.

Procedimiento:

Instrumentista:

- 1.- riñón con yodopovidona espuma, sol, gasas raytex y pinza foerester.
- 2.- una sábana de pie, 4 campos al tercio, 4 pinzas erinas, sabana hendida y 4 compresas

Cirujano:

- 1.-Antisepsia y asepsia de la región a intervenir.
- 2.- delimitación del área quirúrgica

Instrumentista:

- 3.- tubo de aspiración, con cánula yankawer.
- 4.- 1er, bisturí No 3 con hoja No 21.
- 5.- segundo bisturí No 3 con hoja No 21, separadores farabeuf, pinza de disección c/d y compresas secas.
- 6.- tijera de metzembaum, pinza de disección c/d y valva recta.

- 7.- tijera metzembaum, pinza Kelly, valva recta supra púbica y compresas húmedas.

- 8.- segundo bisturí No 3 con hoja No 21, pinza Kelly.

- 9.- segundo bisturí No 3 con hoja No. 21 y tijera metzembaum.
- 10.- tijera metzembaum y cánula yankawer
- 11.- pinza Rochester y tijera de metzebaum.
- 12.- pinza de forester, riñón, 2 gasas y compresas secas.
- 13.- ácido poliglicolico del No 1 montado en el porta aguja hegar, pinza de disección s/d y tijera de mayo recta.
- 14.- ácido poliglicolico del No 1 montado en el porta aguja hegar, pinza de disección s/d y tijera de mayo recta.
- 15.-catgut crómico del No. 0 en porta aguja de hegar, pinza de disección s/d y tijera recta.

Notificación al cirujano del cambio del campo quirúrgico.

Cirujano:

- 3.- instalación de aditamentos.
- 4.- incisión de piel.
- 5.- incisión de tejido celular subcutáneo y hemostasia de vasos sangrantes
- 6.- incisión y apertura de aponeurosis, línea alba y músculos rectos abdominales.
- 7.- corte y apertura de peritoneo parietal, refiriéndolo y exponiéndolo la cavidad abdominal, aislando y separando el contenido intestinal del útero.
- 8.- incisión en peritoneo visceral, de útero, segmentaria tipo keer con despegamiento posterior del mismo, rechazando la vejiga.
- 9.- histerotomía uterina
- 10.- amiotomía y extracción del feto mediante maniobras de boca y nariz.
- 11.- pinzamiento y sección del cordón umbilical, pasándose el producto al médico pediatra.
- 12.- extraer placenta, revisa cavidad uterina.
- 13.- cierre del 1er plano de histerorrafia.
- 14.- cierre del segundo plano de histerorrafia.
- 15.- cierre de peritoneo visceral con súrgete continuo.

Cuenta de gasas y compresas resultado de la cuenta

Instrumentista:

- 16.- valva recta y húmeda.
- 17.- 4 pinzas de allis, catgut crómico No 0 en porta aguja de hegar, pinza de disección s/d y tijera de mayo recta.
- 18.- ácido poliglicolico del No 1 montado en porta aguja hegar, pinza de disección c/d y tijera de mayo recta.
- 19.- sol. Fisiológica tibia, gasas seca, ácido poliglicolico del No 3- 0 en porta aguja hegar y pinza de disección s/d y tijera de mayo recta
- 20.- nylon 3-0 montado en porta aguja hegar, pinza de disección c/d y tijera de mayo recta
- 21.- gasa húmeda y seca, compresas húmedas con alcohol y apósito de gasas y venda elástica de 30 cm

Cirujano:

- 16.-revisa anexos y revisa hemostasia, retirando separadores y compresas.
- 17.- refiere y sutura peritoneo parietal.
- 18.- afronta músculos rectos y aponeurosis con puntos separados
- 19.- irrigación del tejido celular subcutáneo y cierre del mismo.
- 20.- cierre de la piel.
- 21 limpieza de herida quirúrgica Colocación de apósitos y vendaje abdominal.

2.1. 10 Indicaciones de cesárea.

La cesárea es una cirugía que se indica en las condiciones correctas, no posee contraindicaciones, y es responsabilidad del médico actuante realizar una indicación de ella que se encuentre dentro de los parámetros que se describen a continuación.

Las cuales se clasifican en 2 grandes grupos en absolutas y relativas cada una de ellas con sus respectivas indicaciones. En la primera se dice que la paciente no tiene otra alternativa para la extracción del feto, y en relación el parto vaginal no debe hacerse por ninguna circunstancia, ni aun con feto muerto. En general, estas cesáreas pueden ser programadas, salvo por alguna circunstancia que implica que la realización antes de la fecha prevista (rotura prematura de membranas, inicio del trabajo de parto). La relativa ellas están relacionadas con las situaciones o patologías en las que pueden o no cumplirse las condiciones necesarias para realizar un parto vaginal. Puede haber diferentes criterios ante una indicación de este tipo y será la opinión del profesional que vaya a practicar la cesárea la que se tomara como válida. (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque practico, 2016)

Indicaciones Absolutas: causa materna (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque practico, 2016)

- Tener 2 o más cesáreas previas; esto aumenta el riesgo de rotura uterina.
- Cáncer de cuello de útero o vagina.
- Tumor previo irreductible

Indicaciones absolutas; causas (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque practico, 2016)

- Situación transversa
- Prueba de fórceps fracasada con feto vivo

Indicaciones relativas: causas (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque practico, 2016)

- Cesárea anterior
- Inducción del parto fracasada
- Agotamiento materno
- Miomatosis uterinas

- Enfermedades sobreagregadas

Falta de progresión del trabajo de parto

- Preeclampsia- eclampsia
- Disdinamias uterinas

Indicaciones relativas: causas fetales (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico, 2016)

- Sufrimiento fetal agudo.
- Monitorización fetal electrónica insatisfactoria
- Presentación pelviana
- Malformaciones fetales (hidrocefalia, tumores)
- Macrostomia fetal (desproporción pelvico-fetal)
- Prematurez
- Presentación cefálica deflexionadas
- Muerte fetal habitual
- Feto muerto
- Embarazo múltiple

Indicaciones relativas: causa ovulares (Katz & Katz, Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico, 2016)

- Placenta previa oclusiva parcial
- Procidencia de cordón

2.1.10 Complicaciones de la cesárea.

La intervención quirúrgica no está exenta de complicaciones y estas se pueden presentar en el transoperatorio o en el posoperatorio:

Complicaciones en el transoperatorio Durante este procedimiento las complicaciones pueden ser de causa materna, anestésica o fetal: (Socorrás, Enfermería ginecoobstetrica, 2009)

- 1) Maternas: hemorragias, lesiones del asa intestinal, lesiones de vejiga y/o uréteres y embolismo del líquido amniótico.

- 2) Anestésicas: respiratorias (hipoventilación, depresión, edema laríngeo, broncoaspiración, broncoconstricción y paro) y cardiovasculares (hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia y paro).
- 3) Fetales: traumas, muerte súbita, bronco aspiración y depresión.

Complicaciones en el posoperatorio

En el posoperatorio las complicaciones que se presentan pueden ser inmediatas o mediatas: (Socorrás, Enfermería ginecoobstetrica, 2009)

- 1) Inmediatas: hemorragias, hematomas, oliguria, anuria y hematuria.
- 2) Mediatas: infecciones respiratorias, cefalea, infecciones urinarias, anemia, deshidratación, íleo paralítico, cuerpo extraño abdominal, dilatación gástrica, complicaciones de la pared abdominal (hematomas, abscesos y dehiscencia), trombo embolismo pulmonar, retención de restos, dehiscencia de la histerorrafia e infecciones puerperales.

2.2 MARCO LEGAL.

Cuando solicitamos los servicios de un médico, le encomendamos nuestra salud y muchas veces nuestra vida. Este es un acto de confianza, no de fe, por lo que todo paciente tiene derechos como tal (Galvez, 2004).

En 1996, nace la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Que tiene por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicio.

La Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, publicada en diciembre del 2001, contiene las prerrogativas de cualquier persona cuando, en su carácter de paciente, recibe atención médica (CONAMED, 2009).

2.2.1 Derecho de los pacientes.

1.-Recibir atención médica adecuada. El personal médico que lo atienda debe estar capacitado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en las que se brinda esta atención. Además, en caso de que necesite recibir asistencia de otro especialista, se le debe informar oportunamente.

2.- Recibir trato digno y respetuoso. Sin importar cuál sea el padecimiento que presente, usted tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica se identifique y le dé un trato digno, que respete sus convicciones personales, principalmente las socioculturales, las de género, y las relacionadas con su intimidad y pudor. Este trato debe hacerse extensivo a sus familiares o acompañantes.

3.- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. Para facilitar el conocimiento pleno del estado de salud del paciente, el médico debe expresarse en forma clara y comprensible, así como brindarle oportunamente información veraz, completa y ajustada a la realidad sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad

4.- Decidir libremente sobre su atención. Usted, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, si acepta o rechaza el procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido e, incluso, el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5.- **Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.** Si con fines de diagnóstico o terapéuticos decide sujetarse a procedimientos que impliquen un riesgo, usted o el responsable tendrán que hacerlo por escrito, pero antes deberán informarles ampliamente en qué consisten estos procedimientos, los beneficios que se esperan y las complicaciones o eventos negativos que pudieran tener. Lo anterior incluye estudios de investigación y donación de órganos.

6.- **Ser tratado con confidencialidad.** El médico tiene la obligación de manejar con estricta confidencialidad la información que le confían sus pacientes y no divulgarla más que con la autorización expresa de éstos, incluyendo la derivada de estudios de investigación a los que se hayan sujetado voluntariamente. La única excepción es cuando la autoridad solicite dicha información en los casos previstos por la ley.

7.- **Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8.- **Recibir atención médica en caso de urgencia.** Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, usted tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9.- **Contar con un expediente clínico.** Los datos relacionados con la atención médica que recibe deben asentarse en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente. Cuando usted lo solicite, deben darle por escrito un resumen clínico veraz, de acuerdo con el fin requerido.

10.- **Ser atendido cuando se inconforme con la atención médica recibida.** El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida por servidores médicos, sin importar si son públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

Los derechos de los pacientes no están estrictamente relacionados con la mala práctica médica, sino que abarcan toda la atención médica, por lo que deben estar a la vista en los hospitales, las clínicas y los consultorios, con el fin de que el paciente los pueda leer antes de ser atendido (Ramirez, 2012)

2.2.2 Derecho de la enfermera

(ONU 1948) La declaración universal de los derechos humanos proclama que todas las personas tienen derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión y a la libertad de opinión y expresión. Las enfermeras al igual que otro individuo, gozan de dichos derechos. Por lo tanto tiene derecho a apelar a su conciencia y negarse a actuar de manera tal que vaya en contra de su libertad de creencias y expresiones.

Carta de los derechos de los enfermeros y enfermeras

1.- Ejercer la Enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales. Tienen derecho a que se les otorguen las facilidades para ejercer la gestión y ejecución del cuidado de enfermería en intervenciones independientes y dependientes al usuario, familia y comunidad, basado en su juicio profesional y sustentado en el Método de enfermería, dentro un marco ético, legal, científico y humanista.

2.- Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional. Tienen derecho a trabajar en instalaciones seguras y apropiadas, que les permitan desarrollar sus actividades en las mejores condiciones de protección para su salud e integridad personal. Cuando las características de sus actividades impliquen riesgos para su salud, tienen derecho al que se les dote de los insumos indispensables para minimizar el riesgo laboral.

3.- Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones. Tienen derecho a recibir del establecimiento donde presten sus servicios, el material equipo y personal requeridos para el desarrollo de su trabajo, conforme a la normativa y las necesidades del área o servicio en el cual desempeñan su actividad profesional.

4.- Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral. En términos de la obligación de dar información en el ámbito de su responsabilidad en el cuidado de la persona, tienen derecho a no revelar la información que sobrepase su competencia profesional y laboral

5.-Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo independientemente del nivel jerárquico. En todos los ámbitos de su ejercicio, tienen derecho a recibir trato digno por parte del paciente y sus familiares, así como de los profesionales y personal relacionados con su práctica profesional, independiente del nivel jerárquico.

6.- Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud. Tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a un sistema de educación, actualización, capacitación y desarrollo profesional de acuerdo a la normativa de la institución donde laboran.

7.- Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales. Tienen derecho a ser considerados para participar en actividades de gestión, investigación y docencia como parte de su desarrollo profesional.

8.- Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales. Tienen derecho a integrarse en organizaciones, asociaciones y colegios que les representen para impulsar el desarrollo profesional, la superación de sus agremiados y para la vigilancia del ejercicio profesional, conforme a la legislación vigente. Así mismo, la elección del organismo colegiado será libre y sin presiones.

9.- Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna. Tienen derecho, como cualquier profesionista, sin discriminación alguna y de acuerdo a sus capacidades, a ocupar cargos directivos y de representación para tomar decisiones estratégicas y operativas en las organizaciones de su interés profesional.

10.- Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados. Tienen derecho de acuerdo a su situación laboral o contractual, a percibir una remuneración por los servicios profesionales que presten.

En la relación médico paciente, la existencia de derechos para los segundos, implica la exigibilidad de su observancia por parte del médico. De no hacerlo, nace la obligación de dar cuenta por las consecuencias de un hecho o acto, por las vías civil, penal o

administrativa. De igual forma, existen ordenamientos jurídicos que posibilitan al médico y enfermera la exigibilidad del respeto a sus derechos. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Ley General de Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Sinaloa
- Reglamento de la Ley de Salud Estatal
- Ley Federal del Trabajo
- Código Civil, Federal y Estatal
- Ley Reglamentaria de las Profesiones

2.2.3 Ley general de salud título quinto investigación para la salud

CAPITULO UNICO

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98. En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán:

I. Un Comité de Investigación;

II. En el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, un Comité de Ética en Investigación, que cumpla con lo establecido en el artículo 41 Bis de la presente Ley, y

III. Un Comité de Bioseguridad, encargado de determinar y normar al interior del establecimiento el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética, con base en las disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación

VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

VIII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Artículo 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

Artículo 102. La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

- I. Solicitud por escrito.
- II. Información básica farmacológica y preclínica del producto.
- III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere.
- IV. Protocolo de investigación.
- V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

Los interesados podrán presentar con su solicitud, dictamen emitido por tercero autorizado para tal efecto por la Secretaría de Salud, el cual deberá contener el informe técnico correspondiente, relativo a la seguridad y validez científica del protocolo de investigación de que se trate, de conformidad con las disposiciones aplicables, en cuyo caso, la Secretaría de Salud deberá resolver lo conducente, en un plazo máximo de treinta días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la presentación de la solicitud y del dictamen emitido por el tercero autorizado.

Artículo 102 Bis. La Secretaría de Salud podrá habilitar como terceros autorizados para lo dispuesto en este Capítulo, a instituciones destinadas a la investigación para la salud, que cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 391 Bis de esta Ley y las demás disposiciones que establezcan las disposiciones reglamentarias.

Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar recursos terapéuticos o de diagnóstico bajo investigación cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento informado por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta ley y otras disposiciones aplicables.

2.2.4. Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares

CAPÍTULO I Disposiciones Generales

Artículo 1.- La presente Ley es de orden público y de observancia general en toda la República y tiene por objeto la protección de los datos personales en posesión de los particulares, con la finalidad de regular su tratamiento legítimo, controlado e informado, a efecto de garantizar la privacidad y el derecho a la autodeterminación informativa de las personas.

Artículo 2.- Son sujetos regulados por esta Ley, los particulares sean personas físicas o morales de carácter privado que lleven a cabo el tratamiento de datos personales, con excepción de:

- I. Las sociedades de información crediticia en los supuestos de la Ley para Regular las Sociedades de Información Crediticia y demás disposiciones aplicables, y
- II. Las personas que lleven a cabo la recolección y almacenamiento de datos personales, que sea para uso exclusivamente personal, y sin fines de divulgación o utilización comercial.

Artículo 3.- Para los efectos de esta Ley, se entenderá por: I. Aviso de Privacidad: Documento físico, electrónico o en cualquier otro formato generado por el responsable que es puesto a disposición del titular, previo al tratamiento de sus datos personales, de conformidad con el artículo 15 de la presente Ley.

II. Bases de datos: El conjunto ordenado de datos personales referentes a una persona identificada o identificable.

III. Bloqueo: La identificación y conservación de datos personales una vez cumplida la finalidad para la cual fueron recabados, con el único propósito de determinar posibles responsabilidades en relación con su tratamiento, hasta el plazo de prescripción

legal o contractual de éstas. Durante dicho periodo, los datos personales no podrán ser objeto de tratamiento y transcurrido éste, se procederá a su cancelación en la base de datos que corresponde.

IV. Consentimiento: Manifestación de la voluntad del titular de los datos mediante la cual se efectúa el tratamiento de los mismos.

V. Datos personales: Cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable.

VI. Datos personales sensibles: Aquellos datos personales que afecten a la esfera más íntima de su titular, o cuya utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para éste. En particular, se consideran sensibles aquellos que puedan revelar aspectos como origen racial o étnico, estado de salud presente y futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, afiliación sindical, opiniones políticas, preferencia sexual.

VII. Días: Días hábiles.

VIII. Disociación: El procedimiento mediante el cual los datos personales no pueden asociarse al titular ni permitir, por su estructura, contenido o grado de desagregación, la identificación del mismo.

IX. Encargado: La persona física o jurídica que sola o conjuntamente con otras trate datos personales por cuenta del responsable.

X. Fuente de acceso público: Aquellas bases de datos cuya consulta puede ser realizada por cualquier persona, sin más requisito que, en su caso, el pago de una contraprestación, de conformidad con lo señalado por el Reglamento de esta Ley.

XI. Instituto: Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos, a que hace referencia la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

XII. Ley: Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

XIII. Reglamento: El Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

XIV. Responsable: Persona física o moral de carácter privado que decide sobre el tratamiento de datos personales.

XV. Secretaría: Secretaría de Economía.

XVI. Tercero: La persona física o moral, nacional o extranjera, distinta del titular o del responsable de los datos. XVII. Titular: La persona física a quien corresponden los datos personales.

XVIII. Tratamiento: La obtención, uso, divulgación o almacenamiento de datos personales, por cualquier medio. El uso abarca cualquier acción de acceso, manejo, aprovechamiento, transferencia o disposición de datos personales.

XIX. Transferencia: Toda comunicación de datos realizada a persona distinta del responsable o encargado del tratamiento.

Artículo 4.- Los principios y derechos previstos en esta Ley, tendrán como límite en cuanto a su observancia y ejercicio, la protección de la seguridad nacional, el orden, la seguridad y la salud públicos, así como los derechos de terceros.

Artículo 5.- A falta de disposición expresa en esta Ley, se aplicarán de manera supletoria las disposiciones del Código Federal de Procedimientos Civiles y de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

Para la substanciación de los procedimientos de protección de derechos, de verificación e imposición de sanciones se observarán las disposiciones contenidas en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

CAPÍTULO II De los Principios de Protección de Datos Personales

Artículo 6.- Los responsables en el tratamiento de datos personales, deberán observar los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad, previstos en la Ley.

Artículo 7.- Los datos personales deberán recabarse y tratarse de manera lícita conforme a las disposiciones establecidas por esta Ley y demás normatividad aplicable.

La obtención de datos personales no debe hacerse a través de medios engañosos o fraudulentos.

En todo tratamiento de datos personales, se presume que existe la expectativa razonable de privacidad, entendida como la confianza que deposita cualquier persona en otra, respecto de que los datos personales proporcionados entre ellos serán tratados conforme a lo que acordaron las partes en los términos establecidos por esta Ley.

Artículo 8.- Todo tratamiento de datos personales estará sujeto al consentimiento de su titular, salvo las excepciones previstas por la presente Ley.

El consentimiento será expreso cuando la voluntad se manifieste verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos.

Se entenderá que el titular consiente tácitamente el tratamiento de sus datos, cuando habiéndose puesto a su disposición el aviso de privacidad, no manifieste su oposición.

Los datos financieros o patrimoniales requerirán el consentimiento expreso de su titular, salvo las excepciones a que se refieren los artículos 10 y 37 de la presente Ley.

Artículo 9.- Tratándose de datos personales sensibles, el responsable deberá obtener el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca.

No podrán crearse bases de datos que contengan datos personales sensibles, sin que se justifique la creación de las mismas para finalidades legítimas, concretas y acordes con las actividades o fines explícitos que persigue el sujeto regulado.

Artículo 10.- No será necesario el consentimiento para el tratamiento de los datos personales cuando:

- I. Esté previsto en una Ley;
- II. Los datos figuren en fuentes de acceso público;
- III. Los datos personales se sometan a un procedimiento previo de disociación;
- IV. Tenga el propósito de cumplir obligaciones derivadas de una relación jurídica entre el titular y el responsable;
- V. Exista una situación de emergencia que potencialmente pueda dañar a un individuo en su persona o en sus bienes;
- VI. Sean indispensables para la atención médica, la prevención, diagnóstico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, mientras el titular no esté en condiciones de otorgar el consentimiento, en los términos que establece la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables y que dicho tratamiento de datos se realice por una persona sujeta al secreto profesional u obligación equivalente, o
- VII. Se dicte resolución de autoridad competente.

Artículo 11.- El responsable procurará que los datos personales contenidos en las bases de datos sean pertinentes, correctos y actualizados para los fines para los cuales fueron recabados.

Cuando los datos de carácter personal hayan dejado de ser necesarios para el cumplimiento de las finalidades previstas por el aviso de privacidad y las disposiciones legales aplicables, deberán ser cancelados.

El responsable de la base de datos estará obligado a eliminar la información relativa al incumplimiento de obligaciones contractuales, una vez que transcurra un plazo de setenta y dos meses, contado a partir de la fecha calendario en que se presente el mencionado incumplimiento.

Artículo 12.- El tratamiento de datos personales deberá limitarse al cumplimiento de las finalidades previstas en el aviso de privacidad. Si el responsable pretende tratar los datos para un fin distinto que no resulte compatible o análogo a los fines establecidos en aviso de privacidad, se requerirá obtener nuevamente el consentimiento del titular.

Artículo 13.- El tratamiento de datos personales será el que resulte necesario, adecuado y relevante en relación con las finalidades previstas en el aviso de privacidad. En particular para datos personales (Constitucion politica de los estados unidos Mexicanos, 2010)

2.2.5 Artículo 4°

La Nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos y costumbres recursos y formas específicas de organización social y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. En los juicios y procedimientos en que aquéllos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley. (Constitucion politica de los estados unidos, 2010)

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y

modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

2.2.6 Artículo 8° de la constitución política de los estados unidos.

Los funcionarios y empleados públicos respetarán el ejercicio del derecho de petición, siempre que ésta se formule por escrito, de manera pacífica y respetuosa; pero en materia política sólo podrán hacer uso de ese derecho los ciudadanos de la República.

A toda petición deberá recaer un acuerdo escrito de la autoridad a quien se haya dirigido, la cual tiene obligación de hacerlo conocer en breve término al peticionario. (constitucion politica de los estados unidos, 2006).

2.2.7 Norma oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

Campo de aplicación.

Esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

La revisión y actualización de esta norma, tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad.

Con la expectativa de que su contenido se convierta en una firme aportación a los esfuerzos y procesos de integración funcional y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, esta norma impulsa el uso más avanzado y sistematizado del expediente clínico convencional en el ámbito de la atención médica y orienta el desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de esta norma se tomarán en cuenta invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios. (Norma oficial mexicana, 2012)

2.2.8. Norma oficial Mexicana NOM 05-SSA2-1993 De los servicios de planificación.

El objetivo de esta norma es unificar los principios, criterios de aplicación, políticas y estrategias para la prestación de servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

El campo de aplicación de esta norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de la institución de los sectores públicos, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar. (Norma oficial Mexicana, 2015)

2.2.8 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puerperas y a los recién nacidos.
dignidad

Con el objetivo de establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.

La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

Atención del parto

Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos: A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma;

Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;

No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta; No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto

La atención del recién nacido vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control a los 7 días y a los 28 días.

Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de cuadros hemorrágicos con el empleo de vitamina K 1 mg. intramuscular y la prevención de la oftalmía purulenta, examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), tablas para la valoración de Apgar del APENDICE B (Normativo), así como para valorar la edad gestacional, madurez física y madurez neuromuscular de acuerdo con el APENDICE C (Normativo) [a criterio de la institución, se podrá utilizar cualquiera de las dos opciones que se incluyen], vacunación BCG y antipoliomielítica, el alojamiento conjunto madre/hijo y la lactancia materna exclusiva;

2.2.9 Norma oficial mexicana 012 NOM SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Esta norma establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en correspondencia con la Ley General de Salud y el Reglamento en materia de investigación para la salud, son de observancia obligatoria para solicitar la autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación, para el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o rehabilitatoria o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos, así como para la ejecución y seguimiento de dichos proyectos.

Esta norma es de observancia obligatoria, para todo profesional de la salud, institución o establecimiento para la atención médica de los sectores público, social y privado, que pretendan llevar a cabo o realicen actividades de investigación para la salud en seres humanos, con las características señaladas en el objetivo de la presente norma.

La autorización de una investigación para la salud en seres humanos, al acto administrativo mediante el cual, la Secretaría de Salud permite al profesional de la salud la realización de actividades de investigación para la salud, en las que el ser humano es el

sujeto de investigación, para el empleo de medicamentos o materiales de acuerdo con el objetivo de esta norma.

La carta de consentimiento informado en materia de investigación, al documento escrito, signado por el investigador principal, el paciente o su familiar, tutor o representante legal y dos testigos, mediante el cual el sujeto de investigación acepta participar voluntariamente en una investigación y que le sea aplicada una maniobra experimental, una vez que ha recibido la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los riesgos y beneficios esperados. Deberá indicarse los nombres de los testigos, dirección y la relación que tienen con el sujeto de investigación.

Los comités en materia de investigación para la salud, al conjunto de profesionales pertenecientes a una institución o establecimiento donde se realiza investigación para la salud o de otros sectores, encargados de revisar, aprobar y vigilar que los proyectos o protocolos de investigación se realicen conforme a los principios científicos de investigación, ética en la investigación y de bioseguridad que dicta la *lex artis* médica y de conformidad con el marco jurídico-sanitario mexicano.

Enmienda, cualquier cambio a un documento que forma parte del proyecto o protocolo de investigación, derivado de variaciones a la estructura metodológica, sustitución del investigador principal o ante la identificación de riesgos en los sujetos de investigación. Los documentos susceptibles de enmienda son: proyecto o protocolo, carta de consentimiento informado, manual del investigador, documentos para el paciente, escalas de medición y cronograma.

La investigación para la salud en seres humanos, en la que el ser humano es el sujeto de investigación y que se desarrolla con el único propósito de realizar aportaciones científicas y tecnológicas, para obtener nuevos conocimientos en materia de salud.

El investigador principal, al profesional de la salud, a quien la Secretaría de Salud autoriza un proyecto o protocolo para la ejecución de una investigación para la salud en seres humanos, conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma y es responsable de conducir, coordinar y vigilar el desarrollo de dicha investigación.

2.2.10 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

La expedición de esta norma tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. (Norma oficial Mexicana NOM 019 SSA32013, 2013)

Establece las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como para la prestación de dicho servicio que en forma independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica. Es obligatoria en los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud en donde se presten servicios de enfermería, así como para las personas físicas que prestan dichos servicios en forma independiente.

Responsabilidades según el grado profesional del personal de enfermería.

El personal no profesional

Las actividades en apoyo a la atención de las necesidades básicas de comodidad e higiene del paciente o actividades relacionadas con la preparación de equipo y material, corresponden preferentemente al personal no profesional, quien debido a su nivel de capacitación debe ejecutar cuidados de baja complejidad delegados y supervisados por personal técnico o profesional de enfermería, su función primordial es de colaborador asistencial directo o indirecto de los profesionistas de la salud. El personal no profesional está facultado para realizar intervenciones de enfermería interdependientes.

Los profesionales técnicos de enfermería:

La prestación de servicios de enfermería que corresponden a en el ámbito hospitalario y comunitario, dada su formación teórico-práctica son los cuidados de mediana complejidad que los faculta para realizar acciones interdependientes derivadas del plan terapéutico e independientes como resultado de la aplicación del proceso atención enfermería. Su función sustantiva es asistencial y las adjetivas son de colaboración en las funciones administrativas y docentes.

Técnicos especializados en enfermería:

La prestación de servicios de enfermería de naturaleza independiente o interdependiente debido a que por su nivel académico, este personal está facultado para otorgar cuidados de mediana complejidad que han sido determinados como resultado de la valoración del equipo de salud y establecidos en el plan terapéutico. Su función sustantiva es asistencial en un campo específico y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

Licenciado en enfermería:

La prestación de los servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los ámbitos hospitalario o comunitario, debido a que su formación de nivel superior lo faculta para desarrollar un plan de intervenciones que puede valorar, ejecutar y evaluar. Es capaz de interactuar de manera interdependiente y desarrollar acciones derivadas del plan terapéutico. Su nivel académico lo hace competente para otorgar cuidados de mediana complejidad de predominio independientes. Cuenta con las competencias para colaborar en la formación de recursos humanos para la salud y para la realización de investigaciones de predominio operativo. Su función sustantiva es asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

Personal de enfermería con estudios de posgrado en un área específica de la práctica profesional:

acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los servicios especializados de la atención a la salud, debido a que cuenta con los conocimientos necesarios para desarrollar un plan de intervenciones independientes que pueda valorar, ejecutar y evaluar proporcionando cuidados de alta complejidad que se deriven del plan terapéutico interdisciplinario. Su ámbito de aplicación son unidades hospitalarias o comunitarias. Aplica modelos tendientes a incrementar la calidad del cuidado, promueve la utilización de modelos y técnicas innovadoras en su especialidad, así como la investigación de su práctica y la aplicación de hallazgos, incluyendo relaciones o colaboraciones interdisciplinarias o multidisciplinarias con profesiones vinculadas a la práctica de enfermería o a un tema o área de investigación aplicada. Su función sustantiva es la asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

Personal de enfermería con maestría:

La prestación de servicios de enfermería, relacionada con los roles de educador, investigador, consultor o asesor en los temas clínicos, de la salud pública, bioéticos o legales implícitos en la atención del personal de la salud con un nivel de participación y liderazgo, debido a que por su grado de formación con estudios avanzados posteriores a la licenciatura en un área específica, lo faculta para asumir esos roles. Identifica problemas de la práctica y sistemas de cuidado que requieran ser estudiados. Colabora en la generación de nuevos conocimientos y en estudios interdisciplinarios o multidisciplinarios. Su función sustantiva es de docencia, administración e investigación.

Personal de enfermería con doctorado:

La prestación de servicios de enfermería, relacionada a las acciones para generar conocimiento en las diferentes áreas de la salud, debido a que por su grado de formación con estudios avanzados de posgrado en un área específica, está facultado para dirigir estudios de investigación interdisciplinaria o multidisciplinaria. Aporta evidencias científicas para la formulación de políticas que mejoren la calidad y la seguridad de los pacientes, así como para la formación de recursos humanos para la salud. Su función sustantiva es de investigación.

2.3 MARCO BIOÉTICO.

2.3.1 Bioética

Definición de la Bioética Históricamente, la bioética ha surgido de la ética médica, centrada en la relación médico-paciente. Respecto a ésta última, la bioética supone un intento de conseguir un enfoque secular, interdisciplinario, prospectivo, global y sistemático, de todas las cuestiones éticas que conciernen a la investigación sobre el ser humano y en especial a la biología y la medicina.

Las definiciones que se han dado son muy diversas y reflejan, en cierta forma, la variedad de enfoques y concepciones. Una de las primeras señala que "La Bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales" (Leon, 2008)

Se aportan aquí importantes precisiones sobre el objeto de estudio: la conducta humana en dos terrenos específicos, las ciencias de la vida (biología) y los cuidados de la salud; y este objeto es estudiado los valores y principios morales y de forma sistemática.

Algunos ponen en eminencia, la necesidad de responder a los nuevos problemas planteados por las ciencias biomédicas. Así, "la bioética es la búsqueda ética aplicada a las cuestiones planteadas por el progreso biomédico"; otros acentúan los aspectos sociales o comunitarios.

Etimológicamente, Bioética, está compuesta por bios y ethiké (vida y ética), uniendo la vida (biológica = ciencia) con la ética (moral = conciencia). La ética es la reflexión crítica sobre los valores y principios que guían nuestras decisiones y comportamientos. La palabra bioética es un neologismo acuñado en 1971 por Van Rensselaer Potter (en su libro Bioethics: bridge to the future), englobaba la "disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos". (Meza & Leguiz, 2012)

Bioética es el uso valorativo interdisciplinario del diálogo entre ciencia y ética a todo nivel, para formular y resolver, en la medida de lo posible, los problemas planteados por la investigación y la tecnología a la vida, a la salud y al medio ambiente (OPS). Representa la Bioética como un puente de comunicación entre los valores morales (ethos)

y los hechos biológicos (bios). A su vez las relaciones entre las personas y entre éstas y los demás seres del planeta, bióticos y abióticos. (Lacadena, 2002)

Bioética para el personal de enfermería.

La calidad de los servicios de salud consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos, es poner los recursos disponibles en función de lograr los mejores resultados en el paciente y la satisfacción del usuario externo e interno. (Casals, 2008)

En México a través de la secretaria de salud y la comisión nacional de bioética en el año 2002 se conformó el código de bioética , donde se establecen los aspectos genéricos de las conductas éticas en la presentación de los servicios de salud , que sirven de marco de referencia a las guías específicas que se consideran necesarias en la operatividad de las unidades aplicativas del sector salud , instituciones formadoras del personal para la salud e instituciones universitarias y de enseñanza superior afines a la bioética. (Reyes, 2009)

El cumplimiento de los principios éticos y bioéticos es un objetivo esencial de la formación profesional en la actualidad, en tanto cada vez se pone de manifiesto con más fuerza la necesidad de preparar al hombre para su inserción plena, responsable y eficiente en un mundo complejo, heterogéneo y cambiante en el que la Ciencia y la Tecnología avanzan vertiginosamente y en el que cada día adquiere mayor relevancia la participación del factor subjetivo en el desarrollo social.

2.3.2 Principios de bioética

Principios de la bioética.

- ✓ Principio de Beneficencia: Este principio tiene como base el no dañar, hacer el bien, pero fundamentalmente los valores éticos están dados en el comprender, significa buscar el bien del paciente en términos terapéuticos.

- ✓ Principio de la No - Maleficencia: En la praxis significa evitar hacer daño, evitar la imperancia, la imprudencia, la negligencia. Este se refiere a la inocuidad de la medicina y procede de la ética médica hipocrática.

- ✓ Principio de la Justicia: Este significa atender primero al más necesitado de los posibles a atender, exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad, jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar, hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falte cuando más se necesite.

- ✓ Principio de Autonomía: Refleja que la prioridad en la toma de decisiones relacionado con la enfermedad es del paciente, el cual decide lo que es conveniente para él durante el proceso de salud enfermedad. La toma de decisiones es un derecho que requiere de información adecuada, conocida esta práctica como el consentimiento informado.

El consentimiento informado es la elección voluntaria hecha por el individuo, libre de coerción del médico, del pesquisador, de otros profesionales de la salud, de los familiares, amigos o de la propia sociedad. (Bacallao, 2002.)

2.3.3 Concepto de consentimiento informado.

Ejercer el Consentimiento Informado con base en lo anterior; esto es, opción para aceptar o rechazar (en la medida permitida por ley), estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos y procedimientos terapéuticos. Además de ser informado ampliamente de posibles consecuencias médicas al optar por una alternativa. (Gispert, 2005)

El consentimiento informado como un proceso gradual y verbal en el seno de la relación enfermero – paciente garantiza que la información ha sido ofrecida por el personal de enfermería y recibida por el paciente. Es fácil caer en la desinformación cuando esta es contradictoria y el intercambio de información es irregular.

La aplicación y conocimiento de los enfoques éticos y bioéticos son indispensables para modificar ideas, hábitos, conductas éticas relacionadas con el ejercicio profesional y nos permiten a su vez elevar el nivel de la calidad en la atención al individuo.

2.3.4 Decálogo o código de ética.

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPÍTULO II. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPÍTULO III. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

Artículo décimo séptimo.- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

CAPÍTULO IV. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPÍTULO V. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPÍTULO VI. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

CÓDIGO DE ÉTICA, PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NOS COMPROMETE A:

- 1) Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- 2) Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
- 3) Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- 4) Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

- 5) Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
 - 6) Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
 - 7) Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
 - 8) Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
 - 9) Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
 - 10) Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.
- (Comision Interinstitucional de enfermeria, 2001)

CAPITULO III.

PLAN DE ALTA.

Paciente femenina de 19 años de edad que egresa por mejoría el día 11/ 07/2017 a las 14:30 de embarazo quirúrgico, con medicamentos indicados de ampicilina de 1gr una cada 6 horas por 7 días.

Promoción a la salud:

- ✓ Inmunizaciones para el bebé. Revisar esquema de vacunación , acudir a su unidad médica más cercana para la aplicación y la prueba de tamiz de talón
- ✓ Exploración de mamas, Es muy importante el cuidado de las mamas para evitar grietas incluso mastitis (inflamación de las glándulas mamarias) que obligaría a suspender la lactancia materna.
- ✓ No es aconsejable el consumo de alcohol.
- ✓ Se aconseja, ambiente cálido y agradable, así como habitación soleada para el recién nacido.

Cuidado de herida e higiene:

- ✓ Lavado de manos antes de la curación de herida
- ✓ Limpie la herida con agua y jabón, (jabón neutro, con uso exclusivo de la herida) después agregar un antiséptico. posteriormente secarla bien Cerrar con unas gasas quedando perfectamente cubiertas.
- ✓ Retiro de puntos a los 8 días posteriores a la intervención.
- ✓ Vigilar el aspecto de la herida y si aparece algunos
- ✓ Si observa que la herida no cicatriza bien, consulte a su unidad médica más cercana.
- ✓ Baño diario
- ✓ Curación del muñón del recién nacido

Nutrición:

- ✓ Siga una dieta similar a la del embarazo (cuide su alimentación). Debe seguir una dieta rica en fibra, verduras y lácteos.
- ✓ Evite el estreñimiento tomando además muchos líquidos (agua, jugos).

- ✓ Evite el estreñimiento y comidas picantes por las hemorroides que pueden aparecer por el esfuerzo del parto.
- ✓ Evite bebidas con gas y cafeína.
- ✓ Si da lactancia materna debe tener en cuenta que el sabor de ciertos alimentos pasa a la leche (cebolla, apio, ajo, espárragos).

Actividad/reposo

- ✓ Puede reiniciar la actividad física y deporte paulatinamente, lo aconsejable es que comience con actividad suave (caminar, pasear) y pasado un mes de la intervención y la herida quirúrgica esté cicatrizada reanude la actividad física habitual, Evitando los esfuerzos físicos (levantar pesado).

Las relaciones sexuales

- ✓ Se pueden reanudar cuando la mujer se encuentre bien y según pérdidas puerperales.
- ✓ No se recomienda otro embarazo hasta pasados 2 años de la intervención, recuerde que su cuerpo tardará un tiempo en recuperarse y en estar preparado para un nuevo embarazo y otro parto.

Otros cuidados:

- ✓ La menstruación aparecerá 40 días después de la cesárea, y durante lactancia, su regla puede retrasarse hasta la finalización de la misma.

Método de planificación familiar:

- ✓ Se le indica que tendrá que llegar a revisión por su método de planificación, a los 6 meses posteriores a la instalación del DIU, además se le indica que por cualquier incidente que esta ocurra acuda a la unidad.
- ✓ Se le explica los efectos secundarios se puede presentar como dolor y sangrado posteriores a la colocación del DIU. Pues el pasaje a través del canal cervical por contracciones uterinas reflejas produce dolor y la otra se encuentra que la mujer sea nulípara.
- ✓ Se le informa que puede tener irregularidades en torno a su menstruación presentando un aumento de flujo menstrual y la dismenorrea aunque este efecto disminuye, de manera usual, con el tiempo.

CONCLUSIONES.

Como conclusión a partir de nuestro punto de vista en particular, podemos expresar que hubieron muchos factores que entorpecieron el avance de este trabajo, como principal problema fue que durante nuestra formación educativa no llevamos el desarrollo de realización de un proceso de atención de enfermería (PAE), además de la compleja ejecución de PLACES, nos causó muchas inseguridades e inquietudes respecto a su elaboración que a nuestro parecer no es funcional, porque el manejo los libros NANDA, NIC, y NOC, son de manejo complicado, también al no contar con los libros físicamente fue otro problema relevante para esta investigación, otro es que el caso clínico ya expuesto que por lo regular un paciente postquirúrgico queda de 24 a 48 hrs para el alta. La cual hace que tanto la valoración y el análisis del caso sea muy superficial porque el tiempo en este caso es un problema para la buena ejecución de intervenciones.

Expresados estos obstáculos se realizó el proceso de atención a enfermería junto con los PLACES en donde la usuaria fue beneficiada con los cuidados realizados. De acuerdo con la valoración con los patrones funcionales de marjory Gordon se obtuvieron los diagnósticos de enfermería. La cual como se obtuvo ocho patrones funcionales alterados todos con un grado parcial de dependencia. Las cuales son las que se mencionan a continuación:

- Cognitivo- perceptual
- Sueño y descanso.
- Actividad – ejercicio
- Nutrición – metabolismo
- Adaptación- tolerancia a estrés.
- Rol – relación
- Auto percepción – concepto.
- Percepción manejo de salud.

Cada una de ellas particularmente se obtuvieron un grado medio de recuperación alcanzada. Pretendiendo siempre el mayor grado de independencia posible. Por ello como intervención final del caso se le impartió una plática de promoción de salud durante el alta, para despejar dudas posibles acerca de su padecimiento actual. Capacitando de la

manera más efectiva y empática posible a la usuaria y al familiar a prevención de las complicaciones quirúrgicas. Instruyendo a los padres en los cuidados relativos al nuevo bebé. Y autocuidados relacionados con el puerperio.

En general esta investigación de enfermería, nos da una satisfacción a su elaboración pues, con ello nos da ganancias experiencia en su aplicación además de conocimientos más arraigados producto de la investigación a fondo.

Ya que estamos convencidos de que una buena información sobre antecedentes patológicos y búsqueda sobre lo relacionado con la paciente puede dar resultado a un correcto diagnóstico real, de riesgo y de bienestar. Por lo cual en este trabajo se presentó un caso quirúrgico (cesárea) en el que mayor sea la información que se obtenga tanto de la paciente intervenida como el proceso natural de la enfermedad se procurará la mejor atención en cuidados. Y así contribuyendo en la enfermería basada en la evidencia científica.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.

- Se sugiere que la elaboración de un proceso de atención enfermería sea realizado para pacientes con estancias hospitalarios prologados, para la mejor aplicación de ellos.
- Se sugiere que los places sean simplificadas para el mejor manejo de ellas.
- Para la elaboración de PLACES, se requiere un curso con mayor duración para la mejor comprensión.

GLOSARIO.

Adenopatía: Aumento de tamaño de cualquier glándula, especialmente de una glándula linfática.

Acufeno: Ruido producido en el oído que puede ser escuchado por otra persona, en especial si utiliza un fonendoscopio.

Apgar: Índice que permite una evaluación del estado de salud de un recién nacido a los pocos minutos de su nacimiento. Se obtiene a partir de una valoración de algunos de los parámetros siguientes: Frecuencia cardíaca, respiración, coloración de la piel, tono muscular, y reacción ante estímulos.

BH: Significan “Biometría Hemática”, y las podemos ver en los informes de análisis de sangre. Cuando el médico pide en los análisis una prueba de BH está solicitando un recuento de nuestros glóbulos rojos y blancos para poder detectar alguna posible deficiencia o anemia, o para asegurarse de que ésta no existe

Cirugía segura: El equipo interdisciplinario revisa y confirmado la esterilidad con resultados de los indicadores y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.

Consentimiento informado: documento en la relación sanitaria, del cual el sujeto competente recibe información suficiente y comprensible del profesional de la salud, que lo capacita para participar activa y voluntariamente en la toma de decisiones respecto a su diagnóstico y tratamiento, y en general respecto al cuidado de su salud.

Colgajo latero cervical: Un colgajo de piel comúnmente se usa para cubrir una lesión grande o profunda, o para reparar piel dañada, es una porción de piel que se mueve de un área del cuerpo a otra.

Cualitativo: Estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales—entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos – que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas.

Curetaje: Conocido como legrado consiste en el uso de una legra o curetra para eliminar el tejido del útero.

Disfagia: Dificultad para deglutir, normalmente asociada a procesos obstructivos o motores del esófago. Los pacientes con procesos obstructivos, como tumores esofágicos o anillo esofágico inferior, son incapaces de deglutir sólidos, aunque pueden tolerar líquidos. Las personas con procesos motores son incapaces de tragar sólidos y líquidos.

Edad gestacional: duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

Feto: Descendiente de un animal vivíparo, normalmente desde la octava semana tras la fertilización hasta el nacimiento.

Fetoscopia: Procedimiento mediante el que se puede observar directamente al feto dentro del útero, utilizando un fetoscopio introducido a través de una pequeña incisión abdominal realizada bajo anestesia local.

Fosfenos: sensación luminosa producida al presionar los glóbulos oculares. Puede aparecer en el desprendimiento de retina de forma espontánea.

GRUPO RH: El factor Rh es una proteína integral de la membrana de los glóbulos rojos. El Rh positivo son aquellas personas que presentan dicha proteína en sus eritrocitos y Rh negativa quienes no presenten la proteína.

Descubrimiento del factor Rh. El factor RH, cuyo nombre científico es Rhesus, representa a una proteína específica que se encuentra en los glóbulos rojos de la sangre. Su presencia, nos hace Rh Positivos y su ausencia Negativos, acompañando así nuestra clasificación sanguínea.

Hb; Hgb; Hb: La hemoglobina es una proteína en los glóbulos rojas que transporta oxígeno. Resultados normales; Hombre: de 13.8 a 17.2 gramos por decilitro (g/dL) o 138 a 172 gramos por litro (g/L) Mujer: de 12.1 a 15.1 g/dL o 121 a 151 g/L ; Los resultados normales para los niños varían, pero en general son: Recién nacido de 14 a 24 g/dL o 140 a 240 g/L Bebé de 9.5 a 13 g/dL o 95 a 130 g/L

Hematuria: Presencia anormal de sangre en la orina. La hematuria es un síntoma de muchas enfermedades renales y de alteraciones del aparato genitourinario.

HTO o HTC: Una prueba de hematocrito mide la proporción del volumen de la sangre que consta de glóbulos rojos, esta medición depende del número de glóbulos rojos y de su tamaño. El hematocrito casi siempre se ordena como parte de un conteo sanguíneo completo.

INR: International Normalized Ratio es una forma de estandarizar los cambios obtenidos a través del tiempo de protrombina. Se usa principalmente para el seguimiento de pacientes bajo tratamiento anticoagulante entre 0,8 y 1,2. Una elevación en esos valores puede deberse a una deficiencia en los factores de coagulación II, VII, IX y X o del fibrinógeno

Intersticio: Espacio intercelular filtrado de plasma con proteínas, donde puede haber o no una pequeña cantidad de células

Itsmo: Se denomina la parte más estrecha de un órgano que comunica dos cavidades.

Hiperpigmentación: Es el oscurecimiento de un área de la piel, causada por el aumento de melanina.

Ligamento infundíbulo-pélvico: También llamado ligamento suspensorio del ovario es un repliegue del peritoneo que se extiende desde el ovario hasta la pared de la pelvis. Algunas fuentes lo consideran parte del ligamento ancho del útero,

Maniobra de Barlow: Se realiza con el niño en decúbito supino, con las caderas flexionadas a 90° y en abducción de 45°. Se mantiene esta posición con el pulgar a nivel de la ingle y los dedos índice y medio en trocánter mayor. Haciendo presión con el pulgar se logra luxar la cabeza femoral del acetábulo.

Maniobra de Ortolani: La maniobra de Ortolani es patognomónica de una luxación de cadera. Al contrario que la maniobra de Barlow, la cabeza femoral está luxada y al hacer presión con el dedo índice y medio sobre el trocánter mayor, ésta se introduce dentro del acetábulo

Meconio: Material que se acumula en el intestino fetal y constituye las primeras heces del neonato. Es espeso y pegajoso, de color verdoso a negro, y está compuesto por secreciones de las glándulas intestinales, líquido amniótico y restos intrauterinos como pigmentos biliares, ácidos grasos, células epiteliales, moco, lanugo y sangre.

Melena: Heces negras, como alquitrán, patológicas, que contienen sangre digerida. Normalmente se producen como consecuencia de un sangrado del tracto GI superior, y con frecuencia son un signo de úlcera péptica o de alteración del intestino delgado.

Mesosalpinx: Corresponde a un meso cuya labor es fijar la tuba uterina. Forma parte del ligamento ancho del útero. Además se relaciona con el ovario.

Mesoovario, estructura formada de una hoja del mesosalpinx y del ligamento ancho.

Método de Capurro: determina la edad gestacional. Se evalúan cinco signos físicos externos (forma del pezón, textura de la piel, forma de la oreja, tamaño del tejido mamario, pliegues plantares) y signos neuromusculares.

PLT: Conteo de plaquetas o conteo de trombocitos es un análisis de sangre para medir la cantidad de plaquetas que hay en la sangre. Las plaquetas ayudan a la coagulación de la sangre y son más pequeñas que los glóbulos blancos y los glóbulos rojos. La cantidad normal de plaquetas en la sangre es de 150,000 a 400,000 por microlitro (mCL) o 150 a $400 \times 10^9/L$.

PTT: Tiempo de tromboplastia parcial, es un tiempo de recalcificación del plasma sin plaquetas al que se agrega un sustituto plaquetario (tromboplastina parcial).

Rugae: Se refiere a una serie de crestas producido por plegado de la pared de un órgano

TP: Tiempo de protrombina es un examen de sangre que mide el tiempo que tarda la porción líquida de la sangre (plasma) en coagularse varía entre 12 y 15 segundos. Una elevación en esos **valores** puede deberse a una deficiencia en los factores de coagulación II, VII, IX y X o del fibrinógeno.

TPT: Tiempo parcial de tromboplastina

TTP ayuda a evaluar el funcionamiento de los factores de la coagulación I, II, V, VIII, IX, X, XI y XII. Los factores de la coagulación son un grupo de proteínas que al activarse (por ejemplo, al detectar una cortadura en la piel) contribuyen a coagular la sangre y así detener los sangrados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.

- 1.-Norma oficial mexicana. (15 de Octubre de 2012). NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. *Diario oficial*, págs. 1- 8.
- 2.-Academia Mexicana de cirugía. (2013). Ginecología y obstetrici. En A. M. cirugía, *Ginecología y obstetricia* (pág. 277). México: Alfil.
- 3.-Academía mexicana de cirugía. (2013). Ginecología y obstetricia. En A. m. cirugía, *Ginecología y obstetricia* (pág. 280). México: Alfil.
- 4.-Aller, J., & Pages, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pages, *Obstetricia moderna* (págs. 5-6). interamericana: McGraw-Hill.
- 5.-Aller, J., & Pages, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pages, *Obstetricia moderna* (pág. 5). interamericana: McGraw-Hill.
- 6.-Aller, J., & Pages, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pages, *Obstetricia moderna* (pág. 8). interamercana: McGraw-Hill.
- 7.-Aller, J., & Pages, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pages, *Obstetricia moderna* (pág. 18). Interamericana: McGrawll-Hiil.
- 8.-Aller, J., & Pages, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pages, *Obstetricia moderna* (pág. 346). interamericana: McGraw-Hill.
- 9.-Aller, J., & Pages, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pages, *Obstetricia moderna* (pág. 338). Interamericana: McGraw-Hill.
- 10.-Aller, J., & Pagés, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pagés, *Obstetricia moderna* (págs. 5-8). interroamericana: McGraw-Hill.
- 11.-Aller, J., & Pagés, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pagés, *Obstetricia moderna* (págs. 8-9). linteramericana: McGraw-Hill.
- 13.-Aller, J., & Pagés, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pagés, *Obstetricia moderna* (pág. 10). Interoamericana: McGraw-Hill.

- 14.-Aller, J., & Pagés, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pagés, *Obstetricia moderna* (pág. 11). interamericana: McGraw-Hill.
- 15.-Aller, J., & Pagés, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pagés, *Obstetricia moderna* (págs. 10-12). Interamericana: McGraw-Hill.
- 16.-Aller, J., & Pagés, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pagés, *Obstetricia moderna* (pág. 16). interamericana: McGraw-Hill.
- 17.-Aller, J., & Pagés, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pagés, *Obstetricia moderna* (pág. 37). Interamericana: McGraw-Hill.
- 18.-Aller, J., & Pagés, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pagés, *Obstetricia moderna* (pág. 343). interamericana: McGraw-Hill.
- 19.-Aller, J., & Pagés, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pagés, *Obstetricia moderna* (pág. 345). Interamericana: McGraw-Hill.
- 20.-Aller, J., & Pagés, G. (2012). Obstetricia moderna. En J. Aller, & G. Pagés, *Obstetricia moderna* (pág. 350). Interamericana: McGraw-Hill.
- 21.-Alles, j., & Pages, G. (2012). Obstetricia moderna. En j. Alles, & G. Pages, *Obstetricia moderna* (pág. 142). Interamericana: McGraw-Hill.
- 22.-Arellano, N. (01 de marzo de 2007). *Complicaciones del embarazo*. Recuperado el 12 de septiembre de 2017, de *Complicaciones del embarazo*: [Http://www.reeme.arizona.edu](http://www.reeme.arizona.edu)
- 23.-Bacallao, J. (2002.). La presencia de la dimensión ética en el trabajo científico. *Rev. Habanera de Ciencias Médicas, La Habana, 22-29*.
- 24.-Barrero, M. L., Fernández, L. M., Gómez, J. J., Monte, C., Pons, A., Rello, C., y otros. (2006). Embarazo, parto y puerperio : recomendaciones para madres y padres. *Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación.*, 16- 29.

- 25.-Casals, J. (13 de Mayo de 2008). *Aplicación de los principios bioéticos en la calidad de la atención de enfermería* . Recuperado el 10 de Julio de 2017, de Aplicación de los principios bioéticos en la calidad de la atención de enfermería .
- 26.-Comision Interinstitucional de enfermeria. (01 de Dicciembre de 2001). *Codigo de etica para enfermeras y enfermeros Mexicanos*. Recuperado el 02 de septiembre de 2017, de Codigo de etica para enfermeras y enfermeros Mexicanos: www.ssa.gob.mx
- 27.-CONAMED. (12 de Enero de 2009). *Comision de arbitriaje medico del estado de sinaloa*. Recuperado el 11 de junio de 2017, de Comision de arbitriaje medico del estado de sinaloa.
- 28.-constitucion politica de los estados unidos. (13 de 02 de 2006). *Articulo 8°*. Recuperado el 2017 de 09 de 2017, de Articulo 8°.
- 29.-Constitucion politica de los estados unidos. (2010). *Constitucion politica de los estados unidos*. Guadalajara.
- 30.-Constitucion politica de los estados unidos Mexicanos. (27 de abril de 2010). *Camara de diputados de H. congreso de la union. secretaria general. secretaria de servicios parlamentarios*. Recuperado el 08 de Agosto de 2017, de Camara de diputados de H. congreso de la union. secretaria general. secretaria de sCamara de diputados de H. congreso de la union. secretaria general. secretaria de servicios parlamentarioservicios parlamentario.
- 31.-creasy, R., & Resnik, R. (2009). *Maternal Fetal Medicin*. Philadelphia: WB Saunders.
- 32.-Decherney, A., & Nathan, I. (2003). Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos. En A. Decherney, & I. Nathan, *Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos* (págs. 211-289). Mexico: Manual el moderno.
- 33.-Fuller, J. (2009). Instrumentación quirúrgica principios y práctica. En J. Fuller, *Instrumentación quirúrgica principios y práctica* (pág. 568). Buenos aires: Medica panamericana.

- 34.-Fuller, J. (2009). Instrumentación quirúrgica: principios y práctica. En J. Fuller, *Instrumentación quirúrgica: principios y práctica* (pág. 566). Buenos aires: Médica panamericana.
- 35.-Fuller, J. (2009). Instrumentación quirúrgica; principios y práctica. En J. Fuller, *Instrumentación quirúrgica; principios y práctica* (pág. 566). Madrid: Médica panamericana.
- 36.-Galvez, R. (20 de 01 de 2004). *derecho de los profesionales de la salud*. Recuperado el 11 de JULIO de 2017, de derecho de los profesionales de la salud.
- 37.-Gispert, J. (2005). Conceptos de bioetica y responsabilidad medica. En J. Gispert, *Conceptos de bioetica y responsabilidad medica* (tercera ed., pág. 53). Mexico, mexico: Manual moderno.
- 38.-Guia de practica clinica. (2009). Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención . *Guía de referencia rapida, 2*.
- 39.-Guia de practica clinica. (17 de Octubre de 2012). *Diagnostico de enfermedad hipertensiva del embarazo*. Recuperado el 13 de Septiembre de 2017, de Diagnostico de enfermedad hipertensiva del embarazo.
- 40.-Guia de practica clinica. (2011). Prevencion, diagnostico y atencion de la rubeola durante el embarazo. *Guia de practica clinica: IMSS-383-10, 2*.
- 41.-Guías de practica clinica. (03 de Diciembre de 2013). *Inducción de trabajo de parto en el segundo nivel de atención*. Recuperado el 13 de Julio de 2017, de Inducción de trabajo de parto en el segundo nivel de atención: <http://www.cenetec.salud.gob.mx>
- 42.-Katz, G., & Katz, M. (2016). Obstetricia, fundamentos y enfoque práctica. En G. Katz, & M. Katz, *Obstetricia, fundamentos y enfoque práctica* (pág. 269). Buenos aires: Médica panamericana.
- 43.-Katz, G., & Katz, M. (2016). Obstetricia, fundamentos y enfoque practico. En G. Katz, & M. Katz, *Obstetricia, fundamentos y enfoque practico* (pág. 266). Buenos aires: Médica panamericana.

- 44.-Katz, G., & Katz, M. (2016). Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico. En G. Katz, & M. Katz, *Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico* (pág. 265). Buenos aires: Médica panamericana.
- 45.-Katz, G., & Katz, M. (2016). Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico. En G. Katz, & M. Katz, *Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico* (pág. 268). Buenos aires: Médica panamericana.
- 45.-Katz, G., & Katz, M. (2016). Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico. En G. Katz, & M. Katz, *Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico* (págs. 266-267). Buenos aires: Médica panamericana.
- 46.-Katz, G., & Katz, M. (2016). Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico. En G. Katz, & M. Katz, *Obstetricia, fundamentos y enfoque práctico* (pág. 267). Buenos aires: Médica panamericana.
- 47.-Lacadena, C. (2002). bioetica global. *latinoamerica de bioetica*, 27.
- 48.-Leon, F. J. (16 de 07 de 2008). *DIGNIDAD HUMANA LIBERTAD Y BIOETICA*. Recuperado el 09 de 07 de 2017, de DIGNIDAD HUMANA LIBERTAD Y BIOETICA.
- 49.-Manual de CTO de medicina y cirugía. (2011). Ginecología y obstetricia. En M. d. cirugía, *Ginecología y obstetricia* (octava ed., págs. 73-74). Grupo CTO.
- 50.-Meza, A., & Leguiz, S. (06 de 05 de 2012). *Modulo II bioetica y la actuacion del enfermero*. Recuperado el 10 de 07 de 2017, de Modulo II bioetica y la actuacion del enfermero.
- 51.-Norma oficial Mexicana. (23 de marzo de 2015). *Planificación familiar*. Recuperado el 09 de septiembre de 2017, de Planificación familiar: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=1063631>
- 52.-Norma oficial Mexicana NOM 019 SSA32013. (2013). *Practica de enfermeria en el sistema nacional de salud*. Recuperado el 27 de 07 de 2017, de Practica de enfermeria en el sistema nacional de salud.

- 53.-Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil. (23 de octubre de 2015). *Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo*. Recuperado el 12 de septiembre de 2017, de Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo.
- 54.-Ramirez, A. (14 de 05 de 2012). *Derechos y obligaciones de los pacientes*. Recuperado el 09 de 07 de 2017, de Derechos y obligaciones de los pacientes.
- 55.-Reyes, E. (2009). Bioética en enfermería. En E. Reyes, *fundamentos de enfermería* (pág. 52). México: El manual moderno.
- 56.-Ricol, O. (2004). Obstetricia y ginecología. En O. Ricol, *Obstetricia y ginecología* (pág. 26). Habana: Ciencias médicas.
- 57.-Ricol, O. (2004). Obstetricia y ginecología. En O. Ricol, *Obstetricia y ginecología* (pág. 83). Habana: Ciencias médicas.
- 58.-Ricol, O. (2004). Obstetricia y ginecología. En O. Ricol, *Obstetricia y ginecología* (pág. 21). Habana: Ciencias médicas.
- 59.-Robson, S., Tan, W., & Adeyemi, A. (2009). Estimating the Rate of Cesarean Section by Maternal Request Anonymous Survey of Obstetricians in Australia. En S. Robson, W. Tan, & A. Adeyemi, *Estimating the Rate of Cesarean Section by Maternal* (págs. 36: 208-212.). Australia: Request Anonymous Survey of Obstetricians in Australia.
- 60.-Rubio, J., & Müller, E. (27 de 02 de 2011). *Operación cesarea*. Recuperado el 25 de 07 de 2017, de Operación cesarea.
- 61.-Saldaña, E. (03 de agosto de 2013). *Manual de instrumentación quirúrgica*. Recuperado el 20 de enero de 2018, de Manual de instrumentación quirúrgica.
- 62.-Secretaría de Salud Dirección General de Salud Reproductiva . (10 de octubre de 2005). *Cesarea segura*. Recuperado el 11 de septiembre de 2017, de Cesarea segura.

- 63.-Socarras, N. (2009). Enfermería ginecoobstétrica. En N. Socarras, *Enfermería ginecoobstétrica* (pág. 137). Habana: Ciencias médicas.
- 64.-Socorrás, N. (2009). Enfermería ginecoobstétrica. En N. Socorrás, *Enfermería ginecoobstétrica* (págs. 192-193). Habana: Ciencias médicas.
- 65.-Socorrás, N. (2009). Enfermería ginecoobstétrica. En N. Socorrás, *Enfermería ginecoobstétrica* (págs. 136-137). Habana: Ciencias médicas.
- 66.-Socorrás, N. (2009). Enfermería Ginecoobstétrica. En N. Socorrás, *Enfermería Ginecoobstétrica* (pág. 67). Habana: ciencias médicas.
- 67.-Tortora, G., & Derrickson, B. (2013). Anatomía y fisiología. En G. Tortora, & B. Derrickson, *Anatomía y fisiología* (págs. 2006-2008). Mexico: Panamericana.
- 68.-Tortora, G., & Derrickson, B. (2013). Principios de anatomía y fisiología. En G. Tortora, & B. Derrickson, *Principios de anatomía y fisiología* (pág. 1150). Madrid: Médica panamericana.
- 69.-Tortora, G., & Derrickson, B. (2013). Principios de anatomía y fisiología. En G. Tortora, & B. Derrickson, *Principios de anatomía y fisiología* (págs. 2006-2008). Madrid: Médica panamericana.
- 70.-Vázquez, J., Rodríguez, L., Pérez, S., & Palomo, R. (2017). manual básico de obstetricia y ginecología. En J. Vázquez, L. Rodríguez, S. Pérez, & R. Palomo, *manual básico de obstetricia y ginecología* (págs. 169- 170). Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA
SUBSEDE VENUSTIANO CARRANZA
DIPLOMADO EN ENFERMERÍA QUIRÚRGICA



Consentimiento Informado

Para satisfacción de los derechos del paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Yo Mayeli Yeraldina Ramirez Díaz, certifico que he sido informada por las profesionales: Diana Luisa García De La Torre y Tania Rubí Hernández Pérez, con la claridad y veracidad debida, respecto al ejercicio académico; me han invitado a participar en la entrevista personal, argumentos que la información solicitada se utilizara para elaboración de un PAE (proceso de atención de enfermería), y sin fines de lucro o dañando mi persona.

Manifiesto:

Que he entendido y estoy satisfecha de todas las explicaciones y aclaraciones debidas sobre el sobre le uso de la información y otorgo mi consentimiento para que sea utilizada la de manera confidencial. Declaro que estoy consciente, libre y voluntariamente como colaboradora contribuyendo a esta investigación.

Atte.

Testigo.

Martha Ramirez Díaz Muñoz

Venustiano Carranza Chiapas; A 10 de julio de 2017

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc).

En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera "sano", "enfermo"?

¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, etc) en los últimos tiempos?

¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas?

¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc?

¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?

¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?

¿Es alérgico a alguna sustancia?

¿Ha tenido ingresos hospitalarios?

¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?

¿Ha estado o está expuesto a prácticas potencialmente infectivas?

PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución.

¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?

¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?

¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?

¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos? ¿Tiene prótesis dentarias? ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?

¿Hay pérdida o ganancia de peso? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?

¿Cuál es el estado de la piel y mucosas? ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de las mismas?

¿Qué temperatura corporal tiene?

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia?

¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción? ¿Hay problemas con su control?

¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria? ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia?

¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?

¿Es el paciente portador de ostonía, drenaje o sonda?

PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?

¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?

¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, water, vestido, movilidad en cama y movilidad general?

¿Realiza actividades de ocio?

¿Cómo es su presión arterial? ¿Y su respiración?

¿Es portador de escayolas?

PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cuántas horas duerme diariamente?

¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?

¿Cuando se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día? ¿Es reparador su sueño?

¿Tiene pesadillas?

¿Toma alguna sustancia para dormir?

¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día? ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo?

¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?

PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo.

Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia o no de dolor.

Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audífono o gafas?

¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?

¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?

¿Le es fácil tomar decisiones?

¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?

¿Siente dolor o malestar físico? ¿cómo lo combate?

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc).

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo?

¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Cómo los ha asumido?

¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?

¿Suele estar con ansiedad o depresivo?

¿Tiene periodos de desesperanza?

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc.. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quienes son?

¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?

¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?

¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?

¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios? ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?

¿Pertenece a algún grupo social?

¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?

¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

PATRÓN 9 SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿A qué edad apareció la menarquia o la menopausia (según corresponda)?

¿Cómo es el periodo menstrual?

¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos?

¿Algún problema relacionado con la reproducción?

¿Utiliza métodos anticonceptivos?

¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?

¿Cuando tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?

¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario?

¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?

¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?

¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?

¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M. GORDON PARA USUARIO PEDIÁTRICO

PATRONES DE SALUD

1. PATRÓN DE MANTENIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD

- ¿Cómo ha sido la salud de su hijo? Sano _____ regular _____ enfermizo _____ especifique _____
- ¿Cómo es la salud de su hijo en este momento? Bien _____ regular _____ mal _____ especifique _____
- ¿Qué hace para que su hijo se mantenga bien?: Nutrición _____ ejercicio _____ juego _____ consulta médica de control _____ vacunación _____ algún medicamento habitual _____ Especifique _____
- Hábitos de cuidado buco dental: cepillado tres veces al día dos o menos _____ nunca _____ no procede _____ revisión dental: Sí _____ periodicidad _____ No _____ no procede _____
- Hábitos de higiene general: baño diario _____ cada tercer día _____ otros _____ especifique _____ Cambio de ropa al bañarse _____ cambio de ropa sin baño _____ lavado de manos: Sí _____ No _____ a veces _____ antes y después de comer _____ antes y después del uso del sanitario _____ No procede _____
- Presencia de alergias (a medicamentos, alimentos, ropa, etc.): No _____ Sí _____ especifique tipo de reacción _____
- Asistencia a revisión médica (aunque no esté enfermo): No _____ Sí _____ periodicidad de la consulta _____
- Práctica de ejercicio: Sí _____ especifique tipo y frecuencia _____ No _____
- Oportunidades para el juego: No _____ Sí _____ especifique _____
- Motivo de ingreso al hospital: _____ ¿A qué le atribuye usted la enfermedad? _____ ¿Cuándo empezó la enfermedad? _____
- ¿Qué tratamiento recibió antes de traerlo al hospital? _____ ¿Cómo entiende el propósito del tratamiento actual? _____ ¿Cómo piensa que está funcionando el tratamiento?: Bien _____ Regular _____ Mal _____ ¿Ha sido hospitalizado antes?: No _____ Sí _____ Motivos _____ ¿Cómo fue la hospitalización para usted y su hijo? _____ Prevé algún problema para cuidar a su hijo cuando vaya a casa No _____ Sí _____ Cuáles _____
- Tanto para niños sanos como enfermos: **procede en todos los usuarios que tengan menos de 24 meses y siempre que sea necesario debido a problemas relacionados** (dificultades en el desarrollo, complicaciones por prematurez, secuelas de parálisis cerebral infantil u otro daño neurológico que se presuma sea secuela de problemas al nacimiento, etc.):
 - o Control prenatal: No _____ Sí _____ especifique _____
 - o Medicación durante el embarazo: No _____ Sí _____ especifique _____
 - o Administración de toxoide tetánico durante el embarazo: No _____ Sí _____ especifique _____
 - o Complicaciones durante el embarazo: No _____ Sí _____ especifique _____
 - o Consumo de drogas: No _____ Sí _____ especifique _____ Consumo de tabaco: No _____ Si _____ Especifique _____ Consumo de alcohol: No _____ Sí _____ especifique _____
 - o Tiempo de gestación: _____ semanas.
 - o Tipo de parto: Eutócico _____ Cesárea _____ Motivo de esta última _____
 - o Peso al nacer _____ Kg. Talla al nacer _____ cm.
 - o Hubo alguna complicación con el niño durante su primer mes de vida: No _____ Si _____ Especifique _____
- En el caso de los niños escolares y adolescentes:
 - o Ha consumido tabaco alguna vez en su vida: No _____ Sí _____ Fuma actualmente: _____ Tiempo de consumo: _____ Cantidad (número de cigarrillos al día): _____ a la semana _____ al mes _____ lo dejo (fecha) _____
 - o Ha consumido bebidas con contenido alcohólico alguna vez en su vida: No _____ Si _____ Consume alcohol actualmente: Si _____ No _____ Tiempo de consumo: _____ tipo de bebida _____ cantidad: al día _____ a la semana _____ al mes _____ Lo dejo _____

- (fecha) _____
- Ha utilizado drogas alguna vez en la vida: No ___ Sí ___ actualmente _____ Tiempo de consumo: _____ Tipo _____ cantidad: al día _____ a la semana _____ al mes _____ Lo dejo (fecha) _____
 - Condiciones de la vivienda.
 - Material de construcción: concreto _____ lámina _____ otros (especifique) _____ N° habitaciones _____ Uso _____
 - Ventilación: Natural _____ Artificial _____ Especificar _____
 - Iluminación: Natural _____ Artificial _____ Especificar _____
 - Mobiliario acorde a las necesidades básicas: Si _____ No _____ especifique _____
 - Disposición de excretas: Sanitario a drenaje _____ Fosa séptica _____ Letrina _____ Pozo negro _____ Otros _____ Especificar _____
 - Ubicación del sanitario: afuera de la vivienda _____ Dentro de la vivienda _____, distancia de la toma de agua o de la vivienda _____ mts.
 - Aseo diario de la vivienda: Si _____ No _____ especificar frecuencia _____
 - Presencia de vectores: (moscas, cucarachas, roedores, etc.) No _____ Si _____ especificar _____
 - Medidas de control de vectores: No _____ Si _____ especificar método y frecuencia _____
 - Convivencia con animales domésticos dentro del hogar: No _____ Si _____ especificar _____

2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

- Dieta y/o complementos específicos: _____ número de comidas al día _____
- Menú día típico: (especificar tipo y cantidad)

Desayuno hora: _____	Comida hora: _____	Cena hora: _____	Entre Horas

- ¿Cómo es el apetito del niño?: Bueno _____ Regular _____ Malo _____
- Seleccionar de las siguientes opciones, el tipo de alimentación actual del usuario dependiendo de su edad y estado de salud.
 - Alimentación al seno materno: frecuencia c/ _____ hrs tiempo en cada toma _____ min. Fuerza de la succión: igual _____ disminuida _____ Problemas (disnea, regurgitación, dificultades para la deglución, etc.): No _____ Si _____ especificar _____ Planes para continuar con el seno materno _____ o para destetarlo _____ no procede _____
 - Método de alimentación: Vasito _____ Jeringa _____ biberón _____ sonda: orogástrica _____ nasogástrica _____ nasoyeyunal _____ cantidad _____
 - Tipo de leche _____ dilución _____ número de tomas en 24 horas _____ cantidad en cada toma _____ problemas percibidos: No _____ Si _____ especificar _____
 - Alimentos sólidos: Edad de inicio _____ meses. Papillas: Tipo (verdura, frutas, carnes) _____ Frecuencia en 24 horas _____ cantidad aproximada en cada toma _____ Edad del niño al inicio de la ablactación _____ meses. El niño emplea para comer su papilla: biberón _____ vaso _____ cuchara _____. Problemas percibidos: No _____ Si _____ especificar _____

- Restricción alimentaria: No ___ Si ___ especificar _____
- Alimentos que le disgustan _____ Variaciones en el peso (últimos seis meses):
Ninguna: ___ Aumento ___ Kg. Disminución ___ Kg. ¿A que le atribuye la variación del peso? _____
- Problemas de la piel y/o cicatrización: Ninguna ___ Anormal__ especificar _____ cuero cabelludo y cabello: _____ Uñas cambios : no ___ si ___ especificar _____
- Referencia de dolor abdominal: no ___ si ___ especificar _____

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN.

- Utiliza sanitario ___ bacinica__ pañal (Describe la rutina del cambio de pañal) _____
ostomías: No ___ Si ___ tipo _____ Motivo _____
- Hábitos de evacuación Intestinal. Frecuencia al día _____ Fecha de última defecación _____
Describe características: Color _____ Cantidad _____ Consistencia _____
Presencia de: Estreñimiento _____ diarrea _____ Espasmos _____ Sangrado _____ Uso
de laxantes y/o supositorios: No ___ Si ___ Frecuencia _____
- Hábitos de evacuación urinaria. Frecuencia aproximada al día _____ Describe
características _____ catéter urinario: No ___ Si ___ Fecha de instalación _____
Problemas en la micción: No ___ Si ___ Especificar: _____ (enuresis, disuria,
escozor, goteo, retención urinaria)
- Piel Sudoración: igual aumentada ___ disminuida _____

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

- Actividades típicas de la vida diaria del niño: (Horas que pasa en la cuna, paseos, juegos)

- Tipo de juguetes utilizados _____ Nivel general de actividad del niño: muy activo ___
regular ___ sedentario ___
- Percepción de la fuerza del niño: fuerte ___ débil ___ no es aplicable _____
- Que actividades recreativas tiene su hijo _____
- Práctica de deportes y/o ejercicios: No ___ Si ___ especificar _____ frecuencia _____
- Capacidades motoras gruesas. Edad (meses) a la que el niño empezó a levantar la cabeza _____
rodar sobre sí mismo _____ Sentarse solo _____ Gatear _____ a caminar solo ___ a pasear en
triciclo ___ alguna preocupación sobre las capacidades del niño en estas áreas: No ___ Si ___
especificar _____ No es aplicable _____
- Capacidades motoras finas. Alcanza las cosas: Si ___ No ___ Las toma: Si ___ No ___ Cambia los
objetos de una mano a otra Si ___ No ___ Utiliza los dedos para coger las cosas: Si ___ No ___ Utiliza
la cuchara Si ___ No ___ Come solo las galletas Si ___ No ___
- alguna preocupación sobre la capacidad del niño para utilizar las manos No ___ Si ___
especificar _____ No es aplicable _____
- Capacidades o actividades de autocuidado. Su hijo come solo No ___ Si ___ describa la ayuda
que necesita _____ necesita ayuda para ir al baño: No ___ Sí ___ describa el tipo de
ayuda _____ necesita ayuda para vestirse: No ___ Sí ___ describa la ayuda que
necesita _____ necesita ayuda para bañarse y lavarse los dientes:
No ___ Sí ___ describa el tipo de ayuda _____ No es aplicable _____
- Nota cambios en la función cardíaca de su hijo al realizar sus actividades cotidianas: No ___ Sí ___
especificar (palpitaciones, necesidad de detener la acción que realiza):

- Ha notado cambios en la función respiratoria: No ___ Sí ___ especificar (fatiga, disnea al caminar,
al comer, al cambiar de posición, al jugar, al subir escalera, al estar acostado, y a qué
distancia) _____
- Ha notado cambios en el estado vascular periférico: No ___ Sí ___ especifique (distensión venosa
yugular, equimosis, hematomas, varicosidades, red venosa alterada, parestesias,
etc.) _____

- He referido cambios neuromusculares: No ___ Sí ___ No procede ___ especifique (calambres, disminución de la sensibilidad, dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas, etc.)_____

5. PATRÓN DE SUEÑO Y DESCANSO.

- Hábitos: Horas de sueño nocturno_____ Horario de sueño _____ Siesta: No ___ Si ___ tiempo _____ Rutina de sueño_____ Apoyo para dormir: No ___ Si ___ especificar (cuentos, bebidas, etc.)_____ Objetos que le dan seguridad: No___ Si ___ especifique_____
- Calidad del sueño: dificultar para conciliar el sueño: No ___ Sí ___ especifique _____ sueño interrumpido No___ Si ___ especifique_____ Se siente descansado al iniciar el día si ___ no___ especifique_____
- Cambios de humor (en relación al sueño)_____ bostezos_____ ojeras_____ especifique_____

6. PATRÓN COGNITIVO PERCEPTIVO

- Dificultad para oír: No___ Si___ especifique_____ presencia de zumbidos No___ Si___ Vértigo: No___ Si___ dolor No___ Sí___ ¿a qué se lo atribuye? _____ auxiliares auditivos _____ (especifique oído derecho o izquierdo y tiempo de uso) _____
- Dificultad para ver No___ Si___ ceguera No___ Si___ especificar _____ prótesis No___ Si___ especificar _____ Auxiliares externos No___ Si___ especificar _____ (especifique tipo y derecho - izquierdo) _____ última revisión _____ tiempo de uso _____
- Problemas para distinguir olores No___ Si___ especificar _____
- Tiene dificultad al identificar los sabores (salado, agrio, amargo y dulce) No___ Si___ especificar _____
- Algún cambio en su memoria: No___ Si___ especificar _____
- Algún cambio en su concentración: No___ Si___ especificar _____
- Algún cambio en la orientación: No___ Si___ especificar _____
- Patrón de lenguaje: vocalizaciones___ emplea palabras___ emplea frases___ no procede___ Lenguaje hablado: cambios en el tono de la voz No___ Si___ especificar _____, cambios en la fluidez en el discurso: No___ Si___ especificar _____
- Cambios en la sensibilidad (al tacto, frío, calor y/o dolor) No___ Si___ especificar _____
- Manera de aprender (especificar leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) _____
- Alteraciones neurológicas: No___ Si___ especificar _____
- Asistencia al Colegio: No___ Si___ nivel y grado _____ como es el aprovechamiento: Bueno___ Regular___ Malo _____ No procede _____ Motivo de deserción escolar _____
- Problemas percibidos por los padres, maestros o el niño en relación al aprovechamiento escolar _____

7. PATRÓN DE AUTO PERCEPCIÓN Y CONCEPTO DE SÍ MISMO

- Forma de ser del niño: Tranquilo ___ Irritable _____ Competitivo _____ Optimista _____ Tímido _____ Apático _____ Inquieto _____ Hiperactivo _____
- Amigos: Ninguno _____ Pocos _____ Muchos _____
- ¿Te sientes aceptado por tus compañeros? No___ Sí___
- ¿Normalmente cómo te sientes? Bien ___ Regular___ Mal___ ¿Te cuesta sentirte bien? No ___ Sí ___ especifique_____
- ¿En ocasiones te sientes solo? No___ Sí___ especifique_____
- ¿Sientes miedos? No___ Si___ Frecuencia _____ especifique_____
- Has experimentado períodos de: desmotivación___ apatía___ depresión___ adinamia _____

especifique: _____

- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión: Sí ___ No ___ No procede _____ (especifique) _____
- Qué le ayudaría a sentirse mejor en éste momento (especifique) _____
- No procede la valoración de este patrón _____

8. PATRÓN DE ROL-RELACIONES

- Comunicación. Desarrollo del Lenguaje: Edad a la que el niño empezó a arrullar ___ a balbucear ___ a decir palabras _____ a decir frases _____ a utilizar pronombres ___ ¿Utiliza el niño el lenguaje adecuado para su edad? Sí ___ No ___ especificar _____
- Idioma/dialecto que se habla en casa _____
- Relaciones. Descripción de la vida familiar (describir de mayor a menor, incluyendo al usuario) :

Iniciales	Edad	Rol	Ocupación	Observaciones

- Problemas familiares estresantes: No ___ Sí ___ Especificar _____
- Interacción entre los miembros de la familia: Buena ___ Regular ___ Mala ___
- ¿Con quién interacciona más su hijo? _____
- ¿Cómo es la comunicación entre la familia? _____
- ¿Han acudido a alguna terapia familiar? No ___ Sí ___ Especificar _____
- ¿Quién toma las decisiones importantes en la familia? _____
- Presenta problemas de disciplina: No ___ Sí ___ Especificar _____
- Trabaja el padre de familia actualmente No ___ Sí ___ Especificar _____ nivel educativo ___ trabaja la madre actualmente No ___ Sí ___ Especificar _____ nivel educativo ___ ingreso familiar aproximado: _____
- ¿Quién es el proveedor principal de la familia? _____
- Problemas (económicos, violencia familiar, maltrato infantil, matrimoniales): No ___ Sí ___ Especificar _____
- Relaciones con los compañeros:
 - Juega el niño con otros niños: No ___ Sí ___ . No procede _____
 - Calidad del juego del niño: Solitario ___ Interactivo ___ Cooperativo ___ agresivo _____. No procede _____.
 - Tiene el niño un "mejor amigo" del mismo sexo: No ___ Sí ___ Pertenece a una "Pandilla o grupo" No ___ Sí ___ No procede _____
 - El niño prefiere compañeros de juego: De la misma edad ___ mayores ___ más jóvenes ___ No procede _____.
 - Tiene compañeros de juego "imaginarios": No ___ Sí ___ . No procede _____.
 - Tiene Usted alguna preocupación sobre las relaciones de su hijo con los demás: No ___ Sí ___ Especificar _____.
- Pertenece algún grupo, asociación, club, etc. No ___ Sí ___ Especificar _____ No procede _____

9. PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Manifiesta el niño sentimientos de masculinidad _____ feminidad _____ ¿Le gusta el sexo que es? (hombre o mujer): Si ___ No ___ Especificar _____
- Cuestiona el niño sobre sexualidad: No ___ Sí ___ Cómo trata usted la curiosidad y conducta del niño _____
- Juega con compañeros del mismo sexo?: Sí ___ No ___

- ¿A quién le gustaría parecerse, a papá o a mamá?: _____.
- No procede la valoración de este patrón _____
- En el adolescente:
 - A qué edad aparecieron los primeros cambios puberales? ____ Cuáles fueron? _____
 - Tiene pareja sexual actualmente: No ____ Sí ____ especifique _____ IVSA _____
 - Expresa algún cambio en las respuestas sexuales: No ____ Sí ____ especifique _____
 - Ciclo menstrual: regular ____ irregular ____ Duración y periodicidad _____
menarquia _____ Gestas ____ Partos ____ Abortos ____ Cesáreas ____
 - Satisfecho con el número de hijos procreados: Sí ____ No ____ No aplica__ (especificar) _____
 - Prácticas de autoexamen mamario mensual: Sí ____ No ____ Motivo: _____
 - Examen Testicular mensual: Sí ____ No ____ Motivo: _____
 - Presencia de flujos: No ____ Sí ____ características (color, olor, cantidad, etc.) _____
 - Prácticas de sexo seguro: Sí ____ No ____ (especifique uso de condón, una sola pareja, abstinencia total) _____
 - Uso de algún método de planificación familiar: Sí ____ No ____ especificar _____

10. PATRÓN DE AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Que produce estrés en el niño _____ frecuencia _____
- Nivel de tolerancia del niño al estrés: Positivo ____ Negativo ____
- El niño es capaz, de tomar algunas decisiones: No ____ Si ____ ¿lo hace solo? ____ ¿con apoyo de quién? _____
- ¿Ha habido alguna pérdida o cambio en la vida del niño durante el último año? (cambio de escuela, de domicilio, muerte de una persona allegada, de una mascota, perdida del trabajo de alguno de los padres, etc.) _____
- ¿Usualmente su hijo hace berrinches?: No ____ Sí ____ Motivos _____
- Presenta períodos de irritabilidad: No ____ Sí ____ Motivos _____ frecuencia _____
- No procede la valoración de este patrón _____

11. PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS

- Afiliación o preferencia religiosa _____.
- Hay alguna persona o práctica religiosa que desearía durante la hospitalización _____
- Existen restricciones por parte de su religión para seguir indicaciones médicas y/o de enfermería:
- Sí ____ No ____ cuáles _____
- El niño distingue lo que se considera bueno y malo: si ____ no ____ especificar _____
- Valores morales más importantes en su entorno (describa lo que considera más valioso en su vida) _____ No procede _____