

## Plan de cuidados en la mujer que ingresa para cesárea sin complicaciones GDR 371

Es la intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento del feto mediante una incisión abdominal. Una cesárea se realiza cuando el parto vaginal no es posible o conlleva algún riesgo para la madre o bebe. Se realiza con anestesia epidural o espinal.

En el año 2003 a 731 mujeres se les aplicó una cesárea segmentaria transversa (código CIE9 74.0). Generaron 4664 días de estancia con una estancia media de 6,4 días. Las cesáreas en el HGUA en el año 2003 supusieron el 28,5% de los nacimientos. Las razones de indicación de la cesárea son: sufrimiento fetal agudo, taquicardia o bradicardia fetal, gestación múltiple, útero con problemas, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, prolapso del cordón, presentación del bebe, madre de edad avanzada, trabajo de parto muy prolongado...

El GRD 371 es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y condiciones relacionadas a las que se les ha practicado una cesárea.

### *Objetivos pre cesárea:*

- Disminuir la ansiedad que experimenta la futura mama y familia en el preoperatorio.
- Educar a la futura mama y familia en las medidas de prevención de las complicaciones quirúrgicas.

### *Objetivos Post cesárea:*

- Identificar y prevenir complicaciones maternas.
- Educar a los padres en los cuidados relativos al nuevo bebé.
- Educar a la madre en los autocuidados relacionados con el puerperio.

### *Criterios de aplicación del plan:*

Pacientes ingresadas por parto y condiciones relacionadas en las que el parto se produce por cesárea sin complicaciones.

## **Valoración estandarizada al ingreso según el modelo de D. Orem. MADRE**

### **Respiración:**

- No Alterada*

### **Alimentación:**

- No Alterada*

### **Eliminación:**

- Dependiente:* estreñimiento, retención urinaria, infecciones urinarias...
- Sistema Apoyo educativo.
  - Sistema Parcialmente compensatorio.

### **Descanso:**

- Alterado:* ansiedad, depresión, alteración del ritmo de sueño habitual del paciente debido a los cuidados del nuevo bebé.
- Sistema Apoyo educativo.
  - Sistema Parcialmente compensatorio.

### **Higiene personal:**

- Alterada:* déficit de autocuidado baño higiene
- Sistema Apoyo educativo.
  - Sistema Parcialmente compensatorio.

### **Movilidad:**

- Dependiente:* limitación del movimiento parcial debido al dolor y a la intervención quirúrgica..

- Sistema Parcialmente compensatorio.

**Seguridad:**

- Alterada:* hipotensión ortostática, riesgo de hemorragias, riesgo infección herida quirúrgica...

- Sistema Apoyo educativo.
- Sistema Parcialmente compensatorio.

Estado de consciencia: consciente y orientada.

Riesgo de caídas bajo.

**Estatus funcional:**

La puntuación será de 0-1

*0 = actividad completa.*

*1 = tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio.*

**Estado piel y mucosas:**

- Alterada:* herida quirúrgica.
- Sistema Parcialmente compensatorio.
- Sistema Totalmente compensatorio

**Capacidad sensorial:**

- No alterada.

**Aspectos psicológicos y sociales:**

Ansiedad ante la nueva situación. Período de crisis vital, depresión postparto. Cambio en los roles familiares.

**Otros:** fiebre

## **Valoración estandarizada al ingreso según el modelo de D. Orem. Recién Nacido**

### **Respiración:**

*No Alterada*

### **Alimentación:**

*Dependiente: incapacidad para el autocuidado.*  
 Sistema Totalmente compensatorio.

### **Eliminación:**

*No Alterada*

### **Descanso:**

*No Alterada*

### **Higiene personal:**

*Dependiente : incapacidad para el autocuidado.*  
 Sistema Totalmente compensatorio.

### **Movilidad:**

*Dependiente : limitación del movimiento debido a la edad*  
 Sistema Totalmente compensatorio.

### **Seguridad:**

*Alterada*: termorregulación ineficaz, riesgo de hemorragias, riesgo de infección, riesgo de aspiración...

Sistema Totalmente compensatorio.

Estado de consciencia: consciente y orientado.

Riesgo de caídas moderado: precisa elementos de seguridad, vigilancia.

**Estatus funcional:** 4 por edad fisiológica

**Estado piel y mucosas:**

*Alterada*: exantemas, erosiones de roce, eritema de pañal, cordón umbilical...

Sistema Totalmente compensatorio

**Capacidad sensorial:**

No alterada.

**Aspectos psicológicos y sociales:**

## ***Diagnósticos de Enfermería identificados en el puerperio inmediato (cesárea sin complicaciones).MADRE***

### **PRECESÁREA:**

#### **◆ Aislamiento e interacción social.**

Ansiedad r/c el cambio de vida y la intervención quirúrgica.

### **POSTCESÁREA**

#### **Requisitos de autocuidado universal:**

#### **◆ Alimentación.**

Riesgo de lactancia materna ineficaz r/c la dificultad de succión, déficit de conocimientos y habilidad materna, anomalías del pezón, problemas de salud.

#### **◆ Eliminación.**

Riesgo de retención urinaria r/c la pérdida de tono de la musculatura pélvica y edema uretral.

Riesgo de estreñimiento r/c el temor a la dehiscencia de la herida, dolor.

#### **◆ Movilidad.**

Deterioro de la movilidad física r/c dolor, malestar y mareos.

#### **◆ Descanso.**

Deterioro del patrón del sueño r/c cambio en el patrón de vigilia sueño de la madre por el nuevo bebé.

#### **◆ Aislamiento e interacción social.**

Ansiedad r/c el cambio de vida.

#### **◆ Prevención accidentes**

Riesgo de hemorragias r/c intervención quirúrgica o atonía uterina.

Riesgo de caídas r/c hipovolemia o hipotensión ortostática.

Riesgo de aspiración r/c la intervención quirúrgica.

Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c cambios de peso y presión abdominal.

◆ **Promoción de la normalidad.**

Dolor agudo r/c herida quirúrgica, entuertos.

Déficit de autocuidados baño/higiene r/c dolor y temor a la dehiscencia de la herida quirúrgica.

Hipertermia r/c el proceso fisiológico del parto.

Déficit de conocimientos de los autocuidados post-parto y del recién nacido.

Deterioro de la integridad tisular r/c la herida quirúrgica.

***Diagnósticos de Enfermería identificados en el puerperio inmediato (cesárea sin complicaciones). Recién Nacido Sano.***

**Requisitos de autocuidado universal:**

◆ **Prevención accidentes**

Riesgo de hemorragias r/c la edad fisiológica.

Riesgo de aspiración r/c aumento de secreciones y regurgitaciones de contenido gástrico.

Deterioro de la integridad tisular (presencia del cordón umbilical).

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (eritema de pañal) r/c déficit de conocimientos de la madre.

◆ **Promoción de la normalidad.**

Termorregulación ineficaz r/c la edad fisiológica del recién nacido.

Incapacidad para el autocuidado r/c la edad fisiológica.

***Desarrollo del plan de cuidados estandarizado para el puerperio inmediato durante toda su estancia. Cesárea sin complicaciones.***

<b>Intervenciones propias de la hospitalización</b>	<b>Actividades</b>	<b>COD</b>	<b>P.H.</b>	<b>ENF/AE</b>	<b>R/NR</b>
<b>Cuidados de enfermería al ingreso (7310)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados.</li> <li>2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad.</li> <li>3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso.</li> <li>4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones.</li> <li>5. Establecer el procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA.</li> </ol>				
<b>Protección de los derechos del paciente.(7460)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente.</li> <li>2. Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal.</li> <li>3. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente.</li> </ol>				
<b>Intermediación cultural (7330)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento.</li> <li>2. Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que puedan afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada.</li> <li>3. Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito...)</li> <li>4. Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera culturalmente adecuada.</li> </ol>				
<b>Informe de turnos (8140)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede.</li> <li>2. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede.</li> <li>3. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados.</li> <li>4. Describir el régimen de tratamiento.</li> <li>5. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban</li> </ol>				

	<p>completarse en las próximas 24 horas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno.</li> <li>7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.</li> <li>8. Resumir los progresos en las metas fijadas.</li> </ol>				
<b>Planificación del alta (7370)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar las capacidades del paciente para el alta</li> <li>2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados.</li> <li>3. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.</li> <li>4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta.</li> <li>5. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados.</li> </ol>				



			<p>tratamientos respiratorios, catéteres, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas.</p> <p>5610.9. Instruir la madre sobre la técnica para levantarse de la cama.</p> <p>5610.10. Instruir la madre sobre la tos y respiración profunda.</p> <p>5610.11. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo.</p>			
Intervención quirúrgica: CESÁREA	<i>Obj: Se cumple el protocolo de preparación quirúrgica.</i>	<i>Preparación prequirúrgica (2930)</i>	<p><b>❑ Sistema Parcial/Totalmente Compensatorio:</b></p> <p>2930.1. Determinar el nivel de ansiedad o miedo la madre respecto del procedimiento quirúrgico.</p> <p>2930.2. Confirmar la explicación preoperatorio.</p> <p>2930.3. Asegurarse de que la madre esta en ayunas desde las 24 h del día anterior a la cesárea.</p> <p>2930.7. Comunicar al personal de quirófano las necesidades de cuidados especiales.</p> <p>2930.9. Retirar anillos, pulseras...</p> <p>2930.10. Extraer dentaduras postizas, gafas, lentillas u otras prótesis.</p> <p>2930.11. Quitar el esmalte de uñas, maquillaje, si procede.</p> <p>2930.12. Administrar enemas, casen de 250 ml a las 24 h y las 6h antes de la cesárea.</p> <p>2930.13. Administrar la medicación preoperatorio, ranitidina 150mg v.o a las 22h del día anterior y ranitidina 50 mg iv a las 8 h del día de la intervención más la profilaxis antibiótica.</p> <p>2930.14. Realizar rasurado de abdomen y pubis; ducha la mañana de la cesárea. Preparar la piel : desinfectar con yodo y cubrir abdomen con paño estéril.</p> <p>2930.15. Comprobar que la madre se ha colocado las prendas de vestir según el protocolo.</p> <p>2930.16. Proporcionar información a la familia sobre las zonas de espera..</p> <p>2930.17. Preparar la habitación para el retorno la madre de la cesárea.</p>		Previo cirugía	ENF
			Inserción de vía periférica		Previo cirugía	ENF

**POSTCESÁREA**

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
<p><input type="checkbox"/>Riesgo de aspiración r/c la intervención quirúrgica.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Prevención de la aspiración (1918)</i> 02.Evita factores de riesgo</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: La madre no presentará aspiración es durante la estancia hospitalaria.</p>		<p><input type="checkbox"/><b>Sistema Apoyo educativo/ Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b> Progresión de la dieta oral, si la tolerancia es positiva</p>	☰			
<p><input type="checkbox"/>Riesgo de hemorragias r/c la intervención quirúrgica o atonía uterina.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Coagulación Sanguínea (0409)</i> 02.Sangrado</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: La madre presentará una pérdida de sangre fisiológica durante la estancia hospitalaria.</p>	<p><i>Precauciones con hemorragias.(4010)</i></p>	<p><input type="checkbox"/><b>Sistema Apoyo educativo/ Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vigilar la pérdida de loquios (cantidad, color, olor...).</li> <li>2. Controlar las constantes vitales.</li> <li>3. Vigilar altura de útero, globo de seguridad y masajear o , si procede.</li> <li>4. Administración de líquidos prescritos y medicación.</li> <li>5. Vigilar apósito.</li> <li>6. Vigilar drenajes.</li> <li>7. Instruir a la familia sobre los signos y síntomas de hemorragias.</li> </ol>		c/turno	ENF	
<p><input type="checkbox"/>Riesgo de retención urinaria r/c la pérdida de tono de la musculatura pélvica y edema uretral.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Continencia urinaria(0502)</i> 02. Patrón predecible paso orina.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: La madre</p>	<p><i>Manejo de la eliminación urinaria (0590)</i></p>	<p><input type="checkbox"/><b>Sistema Apoyo educativo/ Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar intimidad para la eliminación.</li> <li>2. Utilizar poder sugestión haciendo correr el agua.</li> <li>3. Insistir en que tome líquidos abundantes.</li> <li>4. Comprobar que la primera micción espontánea sea a las 6-8 h. tras el alumbramiento.</li> </ol>		c/turno	ENF/AE	
			Ejercicios de kegel	☰	c/turno	ENF	
			Sondaje vesical, intermitente	☰	c/proceda	ENF	

	presentará la primera micción a las 6-8 horas post-parto. La madre mantendrá un patrón de eliminación urinaria habitual						
<input type="checkbox"/> Dolor agudo r/c herida quirúrgica, entuertos.  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>EVA</i>  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> <i>Control del dolor(1605)</i> 11. Refiere dolor controlado <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>  Obj.:La madre referirá una disminución o alivio del dolor.		<input type="checkbox"/> <b>Sistema Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b> Valoración del dolor	☰	c/proceda	ENF	
			Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor	☰	c/proceda	ENF	
<input type="checkbox"/> Riesgo de estreñimiento r/c temor a la dehiscencia de la herida, dolor.  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Eliminación intestinal.(0501)</i> 01.Patrón de eliminación <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: La madre mantendrá su patrón habitual de defecación durante estancia hospitalaria.		<input type="checkbox"/> <b>Sistema Apoyo educativo.</b> Fomento de la eliminación fecal	☰	c/turno	ENF/AE	
			Control de heces	☰	c/turno	ENF/AE	
<input type="checkbox"/> Hipertermia r/c el proceso fisiológico del parto.  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Termorregulación (0800)</i> 01.Temperatura cutánea aumentada. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>  Obj.: La madre mantendrá su temperatura dentro de límites normales		<input type="checkbox"/> <b>Sistema Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b> Valoración de la temperatura corporal	☰	c/turno	ENF/AE	
			Cuidados de enfermería ante un paciente con fiebre	☰	c/turno	ENF/AE	

	durante su estancia hospitalaria.						
<input type="checkbox"/> Riesgo de caídas r/c hipovolemia o hipotensión ortostática.  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Conducta de prevención de caídas (1909)</i> <i>01. Uso correcto de dispositivos de ayuda.</i> <i>02. Provisión de ayuda personal.</i> <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>  Obj.: La madre no presentará caídas durante su estancia		<input type="checkbox"/> <b>Sistema Apoyo educativo.</b> Actuación de enfermería en la prevención de las caídas	☰	c/turno	ENF/AE	
<input type="checkbox"/> Deterioro de la integridad tisular r/c la herida quirúrgica.  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Curación de la herida por primera intención (1102)</i> 13. Aproximación de los bordes de la herida. Localización: <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>  Obj.: La madre mantendrá una correcta higiene de genitales. La paciente no presentará signos no síntomas de infección en la herida quirúrgica		<input type="checkbox"/> <b>Sistema Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b> Normas generales en el cuidado de las heridas	☰	c/turno	ENF	
			Cuidado de las heridas mediante cura seca	☰	c/turno	ENF	
			Higiene de los genitales	☰	c/turno	ENF/AE	
			Retirar drenaje antes de 48 h.			ENF	
<input type="checkbox"/> Déficit de conocimientos de los autocuidados post-parto y del RN.  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Conocimiento: salud materna en el puerperio (1818)</i> 01. Descripción de las sensaciones físicas normales después del parto.	<i>Enseñanza individual (5606)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Sistema Apoyo educativo:</b> 1. Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. 2. Instruir sobre el proceso del puerperio y los cuidados al recién nacido. 3. Dar tiempo a la madre para que haga sus preguntas y discuta sus inquietudes.		c/turno	ENF	

	<p>03.Descripción del flujo vaginal. 07.Descripción de la higiene perineal. 08.Descripción de los cuidados de la episiotomía. 14.Descripción de la reanudación de la actividad sexual. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> <i>Conocimiento: cuidados del lactante (1819)</i> 10.Descripción de la técnica de alimentación del lactante. 13.Descripción de cómo bañar al lactante. 14. Descripción de los cuidados cordón umbilical. 17. Descripción de las técnicas para tomar la temperatura. 18. Descripción de los patrones de sueño y despertar del lactante. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: La madre mostrará las habilidades y conocimientos de cuidados al recién nacido y sus propios autocuidados antes del alta.</p>						
<p><input type="checkbox"/> Ansiedad r/c el cambio de vida.</p>	<p><i>Autocontrol de la ansiedad.(1402)</i> 17.Controla la</p>	<p><i>Disminución de la ansiedad. (5820)</i></p>	<p><input type="checkbox"/><b>Sistema Apoyo educativo/ Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b> 1. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p>		<p>c/precise</p>	<p>ENF/AE</p>	

<p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p>respuesta a la ansiedad.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: La madre referirá disminución de la ansiedad durante la estancia hospitalaria...</p>	<p><i>Aumentar el afrontamiento (5230)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Escuchar con atención.</li> <li>3. Reforzar el comportamiento, si procede.</li> <li>4. Animar la manifestación de percepciones, sentimientos y miedos.</li> <li>5. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li> <li>6. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</li> <li>7. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</li> </ol>				
<p><input type="checkbox"/> Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c cambios de peso y presión abdominal.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p>Obj: Detectar precozmente los signos y síntomas de disfunción neurovascular.</p>		<p><b><input type="checkbox"/> Sistema Apoyo educativo:</b> Deambulación precoz</p>	c/precise	ENF/AE		
			<p>Valoración de los signos y síntomas de trombosis/tromboflebitis</p>	c/precise	ENF/AE		
<p><input type="checkbox"/> Riesgo de lactancia materna ineficaz r/c dificultad de succión, déficit de conocimientos y habilidad materna, anomalías del pezón, problemas de salud materna e interferencias familiares y sociales.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Conocimiento: lactancia materna(1800)</i> 05.Descripción de la técnica adecuada para amamantar al bebé</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: Conseguir que la madre aplique al recién nacido una lactancia adecuada y</p>	<p><i>Asesoramiento en la lactancia. .(5244)</i></p> <p><i>Ayuda en la lactancia.(1054)</i></p>	<p><b><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar el deseo y motivación de la madre acerca de la lactancia.</li> <li>2. Informar e instruir en el manejo de la lactancia a los padres.</li> <li>3. Corregir conceptos equivocados.</li> <li>4. Evaluar la comprensión de la madre de las pautas alimenticias.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar al bebé al pecho y determinar si la posición es correcta, ver la deglución.</li> <li>2. Observar la capacidad del bebé para coger correctamente el pezón.</li> <li>3. Facilitar a la madre/niño intimidad y comodidad en los primeros intentos de dar pecho.</li> <li>4. Animar a la madre a no limitar el tiempo de mamar.</li> <li>5. Vigilar la posición de la madre.</li> <li>6. Enseñar técnica correcta de interrupción de succión.</li> </ol> <p>Instruir a la madre la manera de hacer eructar al bebé.</p>	c/toma	ENF/AE		
				c/toma	ENF/AE		

	correcta.							
<p><b>☐ CP.:Infección puerperal.</b></p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p>Obj.: La madre presentará la temperatura corporal en normotermia en todo momento.</p>		<p><b>☐Sistema Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b></p>					
			Valoración de la temperatura corporal	☐	c/turno	ENF/AE		
			Prevención de infecciones	☐	c/turno	ENF/AE		
			Normas generales en el cuidado de las heridas	☐	c/turno	ENF		
			Cuidados de enfermería en un paciente con fiebre	☐	c/turno	ENF		
			Valoración de los loquios.		c/turno	ENF		
<p><b>☐ CP.:Complicaciones de la herida quirúrgica: infección, dehiscencia, hematomas, seroma.</b></p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Curación de la herida por segunda intención.(1103)</i> 21.Disminución del tamaño de la herida</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: Detectar precozmente los signos y síntomas de dehiscencia e infección de la herida quirúrgica.</p>		<p><b>☐Sistema Apoyo educativo/ Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b></p> <p>Valoración de la herida quirúrgica.</p>		c/turno	ENF		
			Cura de la herida quirúrgica mediante cura seca/húmeda	☐	c/turno	ENF		
			Informar al médico		C/precise	ENF		
<p><b>☐ CP.:Complicaciones de las mamas: ingurgitación mamaria, grietas en el pezón.</b></p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p>Obj.: La madre demostrará las habilidades de autocuidados de las mamas para evitar la ingurgitación y molestias de las grietas.</p> <p>Obj.: Evitar la ingurgitación mamaria para promover el bienestar materno.</p>		<p><b>☐Sistema Parcialmente Compensatorio:</b></p> <p>Educación sanitaria sobre el correcto amamantamiento</p>		c/turno	ENF		
			Vaciado de mamas		c/turno	ENF		
			Aplicación de frío o calor		c/turno	ENF		
			Administración de medicación de inhibición de la lactancia materna		c/turno	ENF		
			Vaciado de pechos con sacaleches.		c/turno	ENF		
			Aplicación de terapia de frío local.		c/turno	ENF		
			Vendaje compresivo de los pechos.		c/turno	ENF		
			Animar a la paciente a que lleve sujetador apretado hasta que se suprima la lactancia.		c/turno	ENF/AE		
Aconsejar a la paciente que evite la estimulación de los pechos.		c/turno	ENF/AE					

			Restringir líquidos.		c/turno	ENF	
			Vigilar la congestión, induraciones y molestias de los pechos.		c/turno	ENF	
<input type="checkbox"/> <b>CP.:Edemas en MMII.</b>  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	Obj.: Reducir los edemas de los MMII antes del alta hospitalaria.		<input type="checkbox"/> <b>Sistema Apoyo educativo/ Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b> Movilización precoz de los MMII		c/turno	ENF/AE	
			Elevación de los MMII.		c/turno	ENF/AE	
<input type="checkbox"/> <b>CP.: Cefaleas y dolor de espalda r/c anestesia raquídea.</b>  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	Obj.: Que la paciente refiera alivio del dolor durante su estancia hospitalaria.		<input type="checkbox"/> <b>Sistema Parcialmente Compensatorio:</b> Valoración del dolor	☰	c/turno	ENF	
			Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor.	☰	c/turno	ENF	
			Abundante ingesta de líquidos		c/turno	ENF/AE	
			Reposo en cama en decúbito supino.		c/turno	ENF/AE	
<input type="checkbox"/> <b>CP.:Trombosis/ Tromboflebitis.</b>  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	Obj.: La paciente se movilizará precozmente antes de la 24 horas post-cesárea.		<input type="checkbox"/> <b>Sistema Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b> Vendaje compresivo MMII		c/turno	ENF	
			Administración de medicación antitrombótica prescrita		c/turno	ENF	
			Avisar al médico		c/turno	ENF/AE	
			Detección precoz de signos y síntomas de trombosis/tromboflebitis		c/turno	ENF	
<input type="checkbox"/> <b>CP.:Íleo paralítico post intervención abdominal.</b>  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	Obj.: La paciente mantendrá un patrón de eliminación fecal adecuado. Realizará precozmente ejercicios de piernas y deambulación.		<input type="checkbox"/> <b>Sistema Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b> Normas generales en la administración de medicación	☰	c/turno	ENF	
			Valorar la eficacia del tratamiento.		c/turno	ENF	
			Vigilar motilidad intestinal		c/turno	ENF	
			Vigilar la expulsión de gases		c/turno	ENF	
			Observar si hay distensión abdominal		c/turno	ENF	
			Sondaje rectal	☰	c/precise	ENF	
			Sondaje nasogástrico	☰	c/precise	ENF	
			Dieta absoluta		c/precise	ENF	

**-Recién nacido sano-**

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
<p><input type="checkbox"/>Termorregulación ineficaz r/c la edad fisiológica del recién nacido.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Termorregulación: Recién nacido (0801)</i> <i>16.Inestabilidad de la temperatura.</i> <i>17.Hipertermia.</i> <i>18.Hipotermia.</i></p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El neonato mantendrá su temperatura corporal en 36-37°C en todo momento.</p>	<p><i>Regulación de la temperatura (3900)</i></p>	<p><input type="checkbox"/><b>Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio:</b> Valoración de la temperatura corporal</p>	☰	c/turno	ENF	
			<p>Valoración de la tensión arterial.</p>	☰	c/turno	ENF	
			<p>Valoración de la frecuencia cardiaca.</p>	☰	c/turno	ENF	
			<p>Valoración de la frecuencia respiratoria.</p>	☰	c/turno	ENF	
			<p>Cuidados de enfermería ante un paciente con hipotermia</p>	☰	c/precise	ENF	
			<p>Cuidados de enfermería ante un paciente con fiebre</p>	☰	c/precise	ENF	
<p><input type="checkbox"/>Riesgo de aspiración (secreciones, sangre...) r/c aumento de las secreciones y las regurgitaciones de contenido gástrico.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Prevención de la aspiración.(1918)</i> <i>02.La madre evita los factores de riesgo.</i></p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El neonato no presentará ningún signo ni síntoma de aspiración durante la estancia hospitalaria.</p>	<p><input type="checkbox"/><b>Sistema Parcial y Totalmente Compensatorio:</b> Prevención de la aspiración</p>	<p>Aspiración de secreciones orofaríngeas y nasofaríngeas</p>	☰	c/toma Continuo	ENF/AE	
			<p>Aspiración de secreciones orofaríngeas y nasofaríngeas</p>	☰	c/precise	ENF	
<p><input type="checkbox"/>Deterioro de la integridad tisular(cordón umbilical )</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Curación de la herida por primera intención.(1102)</i> <i>14.Formación de la cicatriz</i></p>	<p><input type="checkbox"/><b>Sistema Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b> Seguir vacunación infantil según calendario oficial (hepatitis)</p>	<p>Precauciones estándar</p>	☰	continuo	ENF/AE	
			<p>Precauciones estándar</p>	☰	continuo	ENF/AE	
			<p>Precauciones estándar</p>	☰	continuo	ENF/AE	

	<p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El cordón del neonato no presentará signos ni síntomas de infección y cicatrizará correctamente. La madre realizará la cura del cordón correctamente antes del alta hospitalaria.</p>		<p>Normas generales en el cuidado de heridas</p> <p>Cuidado del cordón mediante técnica seca</p> <p>Educación sanitaria a la madre en los cuidados del cordón y en la detección de signos y síntomas de infección.</p>	<p>☰</p> <p>☰</p>	<p>c/24h.</p> <p>c/24h</p> <p>continuo</p>	<p>ENF/AE</p> <p>ENF/AE</p> <p>ENF/AE</p>	
<p><input type="checkbox"/> Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (eritema de pañal) r/c déficit de conocimientos de la madre.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Integridad tisular: piel y membranas mucosas.(1101)</i></p> <p>13.Piel intacta</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: La piel del neonato no presentará erosiones, ni eritemas... durante su estancia hospitalaria</p>		<p><input type="checkbox"/> <b>Sistema Parcial/ Totalmente Compensatorio:</b> Cambio de pañal</p> <p>Higiene de los genitales</p> <p>Educar a la madre en los cuidados de la piel del recién nacido</p>	<p>☰</p>	<p>c/precise</p> <p>c/precise</p> <p>c/precise</p>	<p>ENF/AE</p> <p>ENF/AE</p> <p>ENF</p>	
<p><input type="checkbox"/> Riesgo de hemorragias r/c la edad fisiológica.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Coagulación sanguínea (0409)</i></p> <p>02.Sangrado</p> <p>Obj.: El neonato tendrá administrada la vitamina K antes del alta.</p>	<p><i>Precauciones con las hemorragias(4010)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Sistema Parcialmente Compensatorio:</b> Comprobación de que el RN tiene puesta la vitamina K</p> <p>Vigilar al RN por si se producen hemorragias</p> <p>Proteger al RN de traumatismos que puedan producirle hemorragias</p> <p>Instruir a la madre acerca de los signos de hemorragia y sobre los cuidados necesarios si se produce hemorragia.</p>		<p>Al ingreso</p> <p>continuo</p> <p>continuo</p> <p>c/precise</p>	<p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF/AE</p> <p>ENF</p>	
<p><input type="checkbox"/> Incapacidad para el autocuidado r/c la edad fisiológica.</p> <p><u>Inicio:</u></p>	<p><i>Conocimiento: cuidados del lactante (1819)</i></p> <p>04.Descripción de la posición adecuada del</p>	<p><i>Cuidados del recién nacido(6880)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Sistema Parcialmente Compensatorio:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instruir a la madre en los cuidados óptimos al su bebé.</li> <li>2. Limpiar las vías aéreas de mucosidad.</li> <li>3. Pesar y medir al RN.</li> <li>4. Mantener la temperatura corporal del RN.</li> <li>5. Observar/evaluar el reflejo de succión durante la alimentación.</li> </ol>		<p>c/turno</p>	<p>ENF</p>	

<p><u>Fin:</u></p>	<p>lactante. 05.Descripción de las prácticas de seguridad del lactante. 10.Descripción de la técnica de alimentación del lactante. 13.Descripción de cómo bañar al lactante. 14.Descripción de los cuidados del cordón umbilical. 19.Descripción de la comunicación del recién nacido. 21.Descripción de las técnicas de relajación del lactante. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: Los padres conocerán y tendrán las habilidades necesarias para llevar a cabo los cuidados del recién nacido.</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Higiene del bebé.</li> <li>7. Colocar al bebé en la posición adecuada tras la alimentación.</li> <li>8. Mecer al niño para favorecer el sueño y dar sensación de seguridad.</li> <li>9. Colocar al bebé con la cabeza elevada para que eructe.</li> <li>10. Reforzar o proporcionar información acerca de las necesidades nutricionales del RN.</li> <li>11. Limpiar el cordón con la solución antiséptica prescrita.</li> <li>12. Proteger al RN frente a las fuentes de infección del hospital.</li> <li>13. Disponer un ambiente tranquilo, sedante.</li> <li>14. Responder a la necesidad de cuidados del RN para desarrollar su confianza.</li> <li>15. Mantener contacto visual y hablar con el bebé mientras se le administran los cuidados.</li> </ol>				
<p><input type="checkbox"/> CP: lesiones cutáneas r/c el parto instrumentado.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p>Obj.: La piel del neonato no presentará erosiones, ni eritemas... durante su estancia hospitalaria</p>		<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo: Normas generales en el cuidado de las heridas Cuidados de las heridas mediante cura seca Instruir a la madre sobre el cuidado de las lesiones y la correcta higiene.</p>	<p>☰</p>	<p>c/24h.</p>	<p>ENF</p>	
				<p>☰</p>	<p>c/24h</p>	<p>ENF</p>	
						<p>ENF/AE</p>	

<b>CP: Neonato bajo peso o prematuro.</b>	Obj.: El neonato mantendrá y aumentará el peso. El neonato mantendrá una ingesta adecuada antes del alta hospitalaria.	<input type="checkbox"/> <b>Sistema Parcial/totalmente Compensatorio:</b> Pesar	☰	c/24 h	ENF/AE	
		Valoración de la temperatura corporal	☰	c/turno	ENF/AE	
		Control de la glucemia capilar.	☰	c/turno	ENF	
		Vigilar coloración de la piel y mucosas.		c/turno	ENF	
		Control de la alimentación. Control de ingesta		c/toma	ENF/AE	
<b>CP: Neonato macrosoma &gt; 4200 g.</b>	Obj.: El peso, ingesta y glucemia del neonato se mantendrá dentro de límites adecuados.	<input type="checkbox"/> <b>Sistema Parcial/totalmente Compensatorio:</b> Control de la glucemia capilar	☰	c/turno	ENF	
		Control de la alimentación. Control de ingesta		c/toma	ENF/AE	
		Realizar extracción sanguínea	☰	c/precise	ENF	
		Vigilar la aparición de temblores		c/turno	ENF	
		Vigilar coloración de la piel y mucosas.		c/turno	ENF	
		Pesar		c/24h	ENF/AE	
<b>CP: Riesgo de Hiperbilirrubinemia</b>	Obj.: Detectar precozmente los signos y síntomas de hiperbilirrubinemia	<input type="checkbox"/> <b>Sistema totalmente Compensatorio:</b> Vigilancia piel y mucosas		c/turno	ENF	
		Extracción sanguínea capilar o venosa para determinación de la bilirrubina.		c/proceda	ENF	
		Valoración de los resultados analíticos: si los valores son elevados avisar al médico.		c/proceda	ENF	

**Anexo I: Tabla resumen Cuidados Generales en el puerperio inmediato (cesárea sin complicaciones).****MADRE. PRECESÁREA**

<b>Diagnósticos de enfermería</b>	<b>Cuidados de enfermería</b>
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la ansiedad.</li> <li>• Enseñanza prequirúrgica</li> </ul>
Intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación quirúrgica.</li> <li>• Canalización vía periférica.</li> <li>• Administración de medicación según protocolo.</li> <li>• Administración enemas</li> <li>• Ducha</li> <li>• Rasurado abdomen y pubis.</li> <li>• Retirada esmaltes, joyas y prótesis.</li> <li>• Ayunas preintervención.</li> <li>• Desinfección piel con povidona</li> </ul>

**MADRE. POSTCESÁREA**

<b>Diagnósticos de enfermería</b>	<b>Cuidados de enfermería</b>
Riesgo de hemorragias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar la pérdida de loquios.</li> <li>- Control de las constantes vitales.</li> <li>- Vigilar la altura del útero y la formación del globo vesical.</li> <li>- Dar masajes uterinos, si precisa.</li> </ul>
Riesgo de aspiración	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progresión de la dieta oral</li> </ul>
Riesgo de retención urinaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicios de Kegel.</li> <li>- Comprobar que la primera micción espontánea se realiza en las 6-8 horas tras el parto.</li> <li>- Sondaje vesical, si precisa.</li> </ul>
Dolor agudo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración del dolor.</li> <li>- Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor.</li> </ul>

Riesgo de estreñimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de heces.</li> <li>- Dieta rica en fibra.</li> <li>- Baños de asiento para disminuir hemorroides.</li> <li>- Aplicación de frío local en periné.</li> <li>- Aumento de la ingesta de líquidos.</li> <li>- Fomento de la eliminación fecal.</li> </ul>
Hipertermia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración de la temperatura corporal.</li> <li>- Cuidados de enfermería ante un paciente con fiebre.</li> </ul>
Riesgo de caídas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actuación de enfermería en la prevención de las caídas.</li> </ul>
Deterioro de la integridad tisular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene frecuente de los genitales.</li> <li>- Cuidados de la episiotomía con cura seca.</li> </ul>
Déficit de conocimientos de los autocuidados post-parto y del RN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación sanitaria a la madre sobre los autocuidados post-parto y los cuidados al recién nacido.</li> </ul>
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la ansiedad.</li> <li>- Aumentar el afrontamiento.</li> </ul>
Riesgo de disfunción neurovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detectar precozmente signos y síntomas de trombosis/tromboflebitis.</li> <li>- Deambulación precoz</li> </ul>
Riesgo de lactancia materna ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesoramiento en la lactancia.</li> <li>- Ayuda en la lactancia.</li> </ul>

**RECIÉN NACIDO.**

<b>Diagnósticos de enfermería</b>	<b>Cuidados de enfermería</b>
Termorregulación ineficaz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de las constantes del recién nacido (temperatura, FC, FR, TA).</li> <li>- Mantener la temperatura constante del recién nacido.</li> <li>- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del recién nacido.</li> <li>- Aplicar cuidados de enfermería para la hipotermia o hipertermia.</li> </ul>
Riesgo de aspiración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevención de la aspiración.</li> <li>- Aspiración de las secreciones.</li> <li>- Vigilar la frecuencia respiratoria y ruidos respiratorios.</li> </ul>
Riesgo de lactancia materna ineficaz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesoramiento en la lactancia.</li> <li>- Ayuda en la lactancia.</li> </ul>
Deterioro de la integridad tisular presencia del cordón umbilical.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacunación infantil según corresponda.</li> <li>- Prevención de infecciones.</li> <li>- Aplicar las precauciones estándar.</li> <li>- Cura cordón.</li> <li>- Educación sanitaria a la madre en los cuidados del cordón y en la detección precoz de signos y síntomas de infección.</li> </ul>
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio de pañales frecuente.</li> <li>- Higiene de los genitales del recién nacido.</li> </ul>
Riesgo de hemorragias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar que el recién nacido tiene puesta la vitamina K.</li> <li>- Vigilar al recién nacido por si se producen hemorragias.</li> <li>- Proteger al recién nacido de traumatismos que puedan provocarle hemorragias.</li> </ul>
Incapacidad para el autocuidado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir a la madre en los cuidados óptimos del bebé.</li> <li>- Realizar la higiene del bebé, la alimentación.</li> <li>- Favorecer el descanso/sueño.</li> </ul>
Riesgo de lesiones cutáneas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilancia de la piel.</li> <li>- Baño diario del recién nacido.</li> <li>- Cuidados de las heridas mediante técnica seca.</li> </ul>

***Glosario de Términos:***

*Altura uterina:* altura del fondo uterino medido en cm., desde la parte superior de la sínfisis del pubis hasta el punto más alto de la línea media de la parte superior del útero.

*Amniocentesis genética :* Bajo preciso control ecográfico que permite conocer la posición fetal y el lugar idóneo de la punción, por medio de una aguja raquídea, de calibre 22, a través de la pared abdominal (con anestesia local previa); se obtienen unos 20-30 centímetros cúbicos de líquido amniótico para analizarlo, entre la semana 14 y 16. Dicho líquido contiene, piel fetal y células mucosas descamadas. Este procedimiento es utilizado desde la década de los 70 y defiere de la Amniocentesis en que se efectúa esta última tardía, para la identificación de la incompatibilidad del Rh.

*Anestesia epidural:* proceso por el que se consigue una anestesia regional de la zona pelviana, abdominal, genital o cualquier otra mediante la inyección de un anestésico local en el espacio epidural de la columna vertebral.

*Atonía:* ausencia anormal de tono o tensión muscular.

*Desgarro perineal:* rasgado de los tejidos situados entre la vulva y el ano producido por un estiramiento excesivo de la vagina durante el parto generalmente se repara con cirugía.

*Entuertos:* Contracciones del útero que aparecen frecuentemente en los primeros días después del parto. Tienden a ser más intensos en las madres lactantes y en las multíparas, se resuelven espontáneamente y pueden requerir analgesia.

*Episiotomía:* técnica quirúrgica, normalmente necesaria en partos en los que se emplean fórceps en la que se practica una incisión en el periné de la mujer para ampliar el orificio vaginal durante el parto, que se suele realizar de forma electiva para evitar desgarro del periné.

*Episiorrafia o episioplastia:* restauración de la sutura del periné desgarrado por el paso de la cabeza del bebé.

*Hemorragia post-parto:* hemorragia intensa tras el parto (pérdida de más de 500cc.)

*Hiperbilirrubinemia del recién nacido:* exceso de bilirrubina en la sangre del neonato como consecuencia de una disfunción hepática. Suele estar causada por el déficit de una enzima resultado de la inmadurez fisiológica o por aumento de la hemólisis, en especial por incompatibilidades del grupo sanguíneo, que en casos graves puede conducir al Kernícterus (encefalopatía).

*Ingurgitación mamaria:* distensión o congestión vascular de los tejidos corporales producida por el aumento del flujo de sangre y linfa que procede de la lactancia.

*Loquios:* secreción vaginal que aparece después del parto. Durante 3-4 días que siguen al parto los loquios son rojos. Sobre el tercer día disminuye la cantidad de sangre y se hacen más oscuros y menos espesos, pasando a ser más serosos. En la segunda semana se hacen más amarillentos por el número elevado de glóbulos blancos y bacterias junto con un material mucinoso decidual.

*Mastitis:* trastorno inflamatorio de las mamas producido habitualmente por una infección estreptocócica o esfafilocócica. La mastitis aguda es más frecuente en los dos primeros meses de lactancia, se caracteriza por dolor, tumefacción, enrojecimiento, linfadenopatía axilar, fiebre y malestar general.

*Parto vacuo:* parto instrumentado con ventosa.

*Parto distócico:* estrechez en el canal del parto que conlleva a la utilización espátulas o fórceps.

*Pródromos de parto:* período inicial del parto antes de que las contracciones uterinas sean enérgicas y lo suficiente frecuentes como para provocar la dilatación progresiva del cuello uterino.

*Placenta previa*: Complicación del embarazo en la que se produce una implantación anormal de la placenta en el útero que afecta o cubre el orificio interno del cuello uterino. Es la causa más frecuente de hemorragia no dolorosa en el tercer trimestre de embarazo.

### **Bibliografía:**

1. Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorhead S. “Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC”. Ed. Mosby-Harcourt. Barcelona 2002.
2. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª Ed. Mosby- Elsevier. Madrid. 2004.
3. Morread S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª edición. Ed. Mosby- Elsevier. 2004
4. Carpenito, L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Madrid. 1994.
5. Alfaro, R. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. 3 Ed. Mosby. Madrid.1996.
6. Alfaro, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4 Ed. Springer-Verlang Ibérica. Barcelona. 1999.
7. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Ed Masson Salvat. Barcelona 1993
8. Planes de Cuidados del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. Ed. Servicio Gallego de Salud.2002.
9. Proyecto NIPE. Proyecto de norma de enfermería (prNE IG 373). Intervenciones definidas para el GDR 373. ISECS.2002
10. Grupo de trabajo sobre asistencia al parto y puerperio normal. Sección de medicina perinatal de la sociedad española de ginecología y obstetricia. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Ed. E. Fabre. 1996
11. Mercedes Albaladejo Tello, Francisco Javier Ballesta López,, Francisco Vicente Blanes Compañ,, Catalina Cases Alarcón, Miguel Castells Molina, Manuela Domingo Pozo, Francisco Javier Gómez Robles, Nieves Izquierdo García, José Luis López Montes, Belén Payá Pérez, Mercedes Segura Cuenca, María Torres Figueiras .Guía de Actuación de enfermería: Manual de procedimientos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Secretaría Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud. 2003.
12. Evaluación y cuidados del neonato. Disponible en: [www.geocities.com/medicos76/evaluacion.html](http://www.geocities.com/medicos76/evaluacion.html).
13. Lactancia materna. Disponible en: [www.minimatrona.com/lactancia.html](http://www.minimatrona.com/lactancia.html).
14. Dickanson, Silverman, Schult. Enfermería materno infantil. Ed. Mosby-doyma.
15. Donna L Wong, Lucille F. Whaley. Manual Clínico de Enfermería Pediátrica. Ed. Ediciones científicas y técnicas SA.
16. Gómez González, Beatriz. El peso de arena y la involución uterina postparto. Evidentia 2004 ene-abr;1(1). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n1/17articulo.php> [ISSN: 1697-638X]