

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

EL CUIDADO EN LA MATERNIDAD.

EL PAPEL DE ENFERMERÍA CON LAS GESTANTES DE
EDAD AVANZADA.

Autora: Miriam Ibáñez Cascales

Directora: Dra. Maravillas Giménez Fernández

Murcia, a 13 de mayo de 2019

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

EL CUIDADO EN LA MATERNIDAD.

EL PAPEL DE ENFERMERÍA CON LAS GESTANTES DE
EDAD AVANZADA.

Autora: Miriam Ibáñez Cascales

Directora: Dra. Maravillas Giménez Fernández

Murcia, a 13 de mayo de 2019



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNA		CURSO ACADÉMICO:
Apellidos: IBÁÑEZ CASCALES		Nombre: MIRIAM
DNI:48747025-C	Titulación: GRADO EN ENFERMERÍA	
Título del trabajo: EL CUIDADO EN LA MATERNIDAD. EL PAPEL DE ENFERMERÍA CON LAS GESTANTES DE EDAD AVANZADA.		

El Profa. MARAVILLAS GIMÉNEZ FERNÁNDEZ como Directora del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 13 de Mayo de 2019 .

Fdo.: _____

Ⓣ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a mi directora de TFG Maravillas Giménez, por toda su dedicación tras los imprevistos de tiempo surgidos en el camino, y ayudarnos siempre a seguir adelante con más ánimos que nunca.

Gracias a toda mi familia, en especial a mi hermana porque nunca es tarde para cambiar las cosas, eres mi otra mitad y te quiero con locura, y a mi madre por ser un ejemplo a seguir como madre y como mujer, por todo su apoyo incondicional durante todos los años de estudios, por siempre obligarme a no tirar la toalla y seguir adelante cuando se trata de cumplir tus sueños, porque como tú dices, “con trabajo todo es posible”.

Gracias Jesús por ser mi gran compañero de viaje e incondicional apoyo, porque te has tragado todos mis agobios, llantos y rabias por exámenes suspensos durante todos estos años, y porque cuando todo ha estado negro, me has sacado a flote con la mayor positividad del mundo, gracias por ser como eres.

Dolores y Emilio, gracias por tenerme como una más de vuestros hijos y siempre ayudarme a seguir adelante, tanto en lo personal como en lo profesional, porque sabéis que para mí sois mis segundos padres.

Mari Carmen y Bea, sin vosotras mis cuatro años de carrera no hubiesen sido lo mismo, hemos conseguido juntas ser las enfermeras que soñábamos, pero también hemos crecido juntas como personas. Porque somos muy diferentes, pero hemos conseguido ser cada una la pieza de un puzzle que se complementa a la perfección cuando estamos juntas. Ángela, María José, Rosa y Sara, a vosotras solo os diré las fiestas sin vosotras no son lo mismo, juntas somos el alma de la fiesta. Llegó el final del camino, pero no el final de nuestra amistad.

Por último pero no menos importante, gracias a mis amigos Fuensanta, Aroca, Gloria, Sara, Alejandro y Adrián por todos los momentos que vivimos juntos, por preocuparos por mí y ayudarme cada uno aportando su granito de arena durante estos años, porque si yo tenía que estudiar durante todo el día, la cena por la noche juntos en mi casa para despejarme estaba asegurada.



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

Listado de abreviaturas

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AINEs: Fármacos antiinflamatorios no esteroides

AREA: Análisis de resultados del estado actual

BOE: Boletín Oficial del Estado

Cm: Centímetro

CP: Complicación principal

DxE: Diagnóstico de Enfermería

DxEp: Diagnóstico de Enfermería principal

EVA: Escala Visual Analógica del dolor

FC: Frecuencia cardiaca

FIV: fecundación In Vitro

GCHG: Hormona gonadotropina coriónica humana

H: Horas

I.M.: Intramuscular

I.V.: Intravenosa

IA: Inseminación artificial

IMC: Índice de masa corporal

MUST: Malnutrition Universal Screening Tool

NANDA I: North American Nursing Diagnosis Association Internacional, sociedad científica cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de Enfermería.



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

NIC: Nursing Interventions Classification, clasificación de intervenciones de Enfermería.

NOC: Nursing Outcomes Classification, clasificación de resultados de Enfermería.

OMS: Organización Mundial de la Salud

P.A.: Puntuación alcanzada

P.D.: Puntuación diana

P.I.: Puntuación inicial

PC: Problema de colaboración

RAM: Reacción alérgica medicamentosa

RC: Riesgos de complicación

RCp Riesgo de complicación principal

Sat O₂: Saturación de oxígeno

SGB: Estreptococo del grupo B

TA: Tensión arterial.

(G3A2): tres gestaciones y dos abortos.

UI: Unidades internacionales.

UNESCO: United Nations for Education, Science and Culture
Organización, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

UPP: Úlceras por presión

URPA: Unidad de recuperación postanestésica

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

VHB: Virus de la hepatitis B



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ÍNDICE

RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo General	5
2.2. Objetivos Específicos	5
3. MARCO TEÓRICO.	7
3.1. Embarazo en edad tardía.	7
3.1.1. Definición.	7
3.1.2. Estadística.	8
3.1.3. Complicaciones y riesgos del embarazo en la edad tardía.	12
3.1.4. Factores que afectan a la capacidad reproductiva de la mujer.	20
3.1.5. Factores que influyen para un retraso de la maternidad.	21
3.2. Fecundación in vitro.	23
3.3. Políticas de estado que favorecen la maternidad.	31
4. METODOLOGÍA	37
4.1. Diseño	37
4.2. Sujeto del estudio.	37
4.3. Ámbito y Periodo del estudio.	37
4.4. Procedimiento de recogida de información.	38
4.4.1. Fuente de información.	38
4.4.2. Procedimiento de información.	39
4.4.3. Procesamiento de los datos.	41
Fuente. Tabla de elaboración propia.	49
5. RESULTADOS.	51
5.1 Descripción del caso.	51
5.1.1. Valoración del caso.	52



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

5.2. Plan de Cuidados.....	61
5.2.1. Diagnósticos de enfermería.....	61
<i>Priorización del diagnóstico de enfermería principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el modelo área.</i>	<i>65</i>
<i>Justificación del diagnóstico principal.</i>	<i>67</i>
5.2.2. Problema de colaboración (PC)/ riesgos de complicación (RC).....	69
<i>Priorización del riesgo de complicación principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el modelo área.</i>	<i>70</i>
<i>Justificación del riesgo de complicación principal.</i>	<i>72</i>
5.2.3. Planificación.....	74
<i>Planificación del DxEp.</i>	<i>74</i>
<i>Resultado (NOC).</i>	<i>74</i>
<i>Intervenciones (NIC).....</i>	<i>76</i>
5.2.4. Planificación del RCp.	78
<i>Resultado (NOC).....</i>	<i>78</i>
<i>Intervenciones (NIC).....</i>	<i>80</i>
5.2.5. Ejecución.	82
<i>Cronograma de intervenciones/ actividades.....</i>	<i>82</i>
<i>Redacción de intervenciones a realizar.</i>	<i>83</i>
5.2.6. Evaluación.	94
<i>Evaluación del resultado del DxEp.....</i>	<i>94</i>
<i>Evaluación del resultado del RCp.....</i>	<i>96</i>
6. DISCUSIÓN.....	99
6.1. Limitaciones	103
7. CONCLUSIONES.....	105
8. REFERENCIAS.....	107



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

GRÁFICOS

Gráfico 1. Percepción de la mejor edad para lograr un embarazo.....	8
Gráfico 2. Nacidos vivos por rango de edad de la madre entre 25 y 29 años y país de nacimiento.....	10
Gráfico 3. Nacidos vivos por rango de edad de la madre entre 30 y 34 años y país de nacimiento.....	11
Gráfico 4. Nacidos vivos por rango de edad de la madre entre 35 y 39 años y país de nacimiento.....	11

TABLAS

Tabla 1. Escala de analgesia según la OMS.....	15
Tabla 2. Porcentaje de gestaciones conseguidas por fecundación In Vitro.....	28
Tabla 3. Bases de datos utilizadas y artículos obtenidos de cada una.	42
Tabla 4. Serología de la embarazada.....	53
Tabla 5. Tratamiento de la embarazada antes del parto.....	55
Tabla 6. Tratamiento pautado por ginecóloga después del parto.	56
Tabla 7. Indicadores del NOC nivel del dolor I.....	75
Tabla 8. Indicadores del NOC nivel del dolor II.....	75
Tabla 9. Indicadores del NOC estado materno: puerperio I.....	79
Tabla 10. Indicadores del NOC estado materno: puerperio II.....	79
Tabla 11. Actividades realizadas por Enfermería en el turno de mañana.....	82
Tabla 12. Contantes vitales de la puérpera.	85
Tabla 13. Evaluación de los resultados marcados para el diagnóstico principal de Enfermería.....	94
Tabla 14. Evaluación de los resultados marcados para el diagnóstico principal de Enfermería.....	95
Tabla 15. Puntuación media alcanzada para conseguir los resultados marcados para el diagnóstico principal de Enfermería.	95
Tabla 16. Evaluación de los resultados marcados para el riesgo de complicación principal de Enfermería.	96
Tabla 17. Evaluación de los resultados marcados para el riesgo de complicación principal de Enfermería.	96



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

Tabla 18. Puntuación media alcanzada para conseguir los resultados marcados para el riesgo de complicación principal de Enfermería..... 97

ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Proceso de inseminación artificial. 24

Ilustración 2. Proceso de fecundación In vitro. 26



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

RESUMEN

Introducción y Objetivos: existe una tendencia a la maternidad durante la edad tardía, trayendo consigo riesgos y complicaciones para la madre y para el bebé. Se marcan como objetivos: 1. Realizar un plan de cuidados individualizados a una puérpera de 38 años mediante la utilización de los lenguajes NANDA-NOC-NIC, 2. Describir que es la maternidad tardía, 3. Exponer las complicaciones y riesgos, 4. Identificar qué factores están llevando a las mujeres de la sociedad actual a retrasar su proceso maternal y 5. Conocer la eficacia de la técnica de fecundación in vitro. Metodología: el trabajo es cualitativo sobre un estudio de caso en relación a una puérpera, utilizando metodología enfermera. Se clasifica la información en los 11 Patrones Funcionales de Gordon, y posteriormente se realiza una revisión bibliográfica comparativa. Resultados: Se obtuvo como Diagnóstico Enfermero (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p autoinforme de la intensidad del dolor usando escalas estandarizadas. Aparece la hemorragia como RC principal. Discusión: tras analizar los resultados se puede comprobar que los NOC seleccionados, (2102) Nivel del dolor y (2511) estado materno: puerperio entre otros, y que las NIC seleccionadas, (2210) Administración de analgésicos, y (6930) cuidados posparto entre otras, han sido adecuadas para el caso de la puérpera a estudio. Conclusiones: 1. El plan de cuidados individualizado realizado a la puérpera ha sido efectivo, ya que se obtuvo una buena evolución de la puérpera en la recuperación de su estado de salud. 2. La maternidad tardía se da en mujeres que presentan su primera gestación a los 35 años o más. 3. Los riesgos ante un embarazo tardío son la diabetes gestacional, hipertensión arterial, entre otras. Como complicaciones destacan: el aumento de parto por cesárea, el dolor y la hemorragia. 4. Factores principales que llevan a las mujeres actualmente a retrasar su maternidad se encuentran, una mayor formación académica, y la búsqueda de estabilidad personal y económica, entre otros. 5. La eficacia de la técnica de fecundación in vitro depende de la edad materna, disminuyendo la probabilidad de conseguir una gestación a medida que aumenta la edad de la mujer.

Descriptores: maternidad, edad tardía, embarazo, fecundación artificial, técnicas de reproducción asistida y puérpera.



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente en España existe una tendencia a la maternidad en la edad tardía, entendemos por edad tardía cuando la mujer ha cumplido los 35 años y pretende quedarse embarazada (Bonilla, Miranda & Rodríguez, 2016).

El caso que nos ocupa es el de una mujer que lleva a cabo su formación académica, y que posteriormente accede al mundo laboral. A los 34 años de edad se queda embarazada por primera vez, pero dicho embarazo termina en aborto. Posteriormente el proceso se repite, es decir, se vuelve a quedar embarazada pero no llega a término, y aborta. Es con la edad de 38 años cuando la mujer consigue tener su primer hijo, que nace por cesárea, y por medio del procedimiento de fecundación in vitro.

La decisión de quedarse embarazada a partir de los 30 años, en muchos casos, es una idea no meditada en profundidad por la mujer y/o la pareja. Se desconoce o no se le da la importancia que tienen a cuestiones como que la edad de la mujer y su capacidad reproductiva están en estrecha relación. El llamado reloj biológico existe, y éste señala que, a mayor edad, mayor deterioro de la capacidad reproductiva y aparato reproductor. A esto, hay que añadir otros factores que pueden darse como: la obesidad, el estrés, el tabaco, el alcohol y la contaminación ambiental. A pesar de ello, la edad para concebir un hijo, actualmente, aumenta cada vez más en la mayoría de los países de Europa, siendo el intervalo que da igual a más número de nacimientos el comprendido entre los 35 y 39 años de edad de la mujer (Eurostat, 2016).

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2017), la gestación en la edad tardía es considerada como embarazo de alto riesgo, ya que, se dan con mayor prevalencia múltiples problemas de salud entre los que se encuentra: la hipertensión arterial, anomalías de la placenta, alteraciones de la tiroides o diabetes gestacional.

Entre los factores de riesgo a sufrir en las gestaciones de mujeres mayores de 35 años puede producirse la metrorragia del primer trimestre, y un mayor número de abortos.

Como complicaciones en los embarazos en edad tardía, aparecía con un 68% la cesárea (Peña, Palacios, Oscuvilca & Peña, 2011). Debido al aumento de cesáreas, aparece un mayor riesgo de hemorragia puerperal como consecuencia de la atonía uterina por la cirugía practicada. Además al hacerse una cesárea, el dolor puede aparecer siendo fundamental el control del mismo, para una pronta recuperación de la madre.

Moya, Garaboto, Moré, Borgués Moya & Moya (2017), afirman que en los bebés suelen aparecer un mayor número de complicaciones fetales, entre las que se encuentran, la hiperbilirrubinemia y las malformaciones congénitas.

La función desde Enfermería es mantener a la población lo más sana posible, por lo que, es importante que como sanitarios seamos buenos conocedores del caso que estamos tratando, para así, poder adelantarnos a los posibles acontecimientos, y poder brindar un cuidado de calidad tanto a la madre como al bebé. Ramona Mercer afirma en este sentido, que las enfermeras de las plantas de maternidad son las que más tiempo van a pasar con las puérperas, y por ello, su intervención en estos servicios es de gran importancia, dependiendo de ellas en parte, la conducta que tenga la madre con su recién nacido.

La evolución de la mujer en el mundo laboral, ha dado paso a mujeres que deciden dedicarse a su formación académica y profesional durante las primeras etapas de la vida y juventud, con la intención de buscar estabilidad, ya que, son conocedoras de que sus posibilidades se ven reducidas después de tener hijos. Actualmente, la influencia social de la mujer para que sea madre se encuentra camuflada bajo una aparente libertad de decisión, ya que hoy en día se busca la maternidad planificada, en la cual exista una estabilidad económica y laboral de la pareja.

Es importante tener buenas políticas que favorezcan la maternidad, en concreto en España, y a la vez que promuevan la conciliación de la vida familiar y laboral para los diferentes miembros de la unidad familiar. La realidad según Mazuelas (2014), es que las mujeres de hoy en día están integradas en el mundo laboral, pero para ello están haciendo un esfuerzo supremo, ya que, siguen llevando la mayor parte de la carga doméstica además de su trabajo fuera de casa. En muchos casos, la realidad muestra como las posibilidades laborales de las mujeres, una vez que son madres, quedan reducidas en relación a asumir las competencias que anteriormente tenían –apareciendo los trabajos a tiempo parcial-, o bien atienden a abarcar otras competencias de menor rango, por lo tanto, los ingresos que percibe en uno u otro caso se ve disminuido. En otros casos, para que la madre pueda reincorporarse a su trabajo, aparecen nuevos cuidadores de bebés, “los abuelos”, ya que en muchas familias el acceso al jardín de infancia queda bastante lejos del su alcance económico (Tobio, 2012).

Desde hace varios años, en España se ha intentado crear diferentes Leyes con las que se ha pretendido aumentar el tiempo de baja por maternidad y paternidad, ya que la diada madre – bebé se interrumpe en un tiempo breve, y en el caso del padre la igualdad necesaria para que pueda dedicarse de forma equitativa a la mujer al cuidado de su bebé no se produce.

Cuando las familias deciden que tienen la estabilidad suficiente, laboral, social, económica, para tener hijos, en muchas ocasiones ocurre que estos padres y/o madres rondan los 35 años. Aquí como se ha indicado, empiezan a surgir los problemas de esterilidad, apareciendo como una posibilidad para poder ser padres el procedimiento de fecundación in vitro, aunque hay que ser conscientes de que las técnicas de reproducción asistida también tienen sus limitaciones biológicas, económicas y éticas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

1. Realizar un plan de cuidados individualizados a una mujer mayor de 35 años que ha tenido un hijo por una cesárea, mediante la utilización de la taxonomía NANDA internacional, y las clasificaciones NOC y NIC.

2.2. Objetivos Específicos

2. Describir que es la maternidad tardía.

3. Exponer las complicaciones y riesgos que conlleva un proceso de maternidad tardío.

4. Identificar qué factores están llevando a las mujeres de la sociedad actual a retrasar su proceso maternal.

5. Conocer la eficacia de la técnica de fecundación in vitro.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Embarazo en edad tardía.

3.1.1. Definición.

La OMS “Organización Mundial de la Salud” (2019), define el embarazo como los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer. Según Balesena, Pereda & Milán (2015), el embarazo y parto son considerados como fisiológicos y totalmente naturales, además, son recibidos como un regalo o bendición para el sexo femenino y la familia.

Hablamos de edad materna avanzada o tardía, en aquellas mujeres que presentan su primera gestación a partir de los 35 años o más (Bonilla, Miranda & Rodríguez, 2016). Todos los artículos encontrados y analizados tras la revisión bibliográfica, hacen referencia a que la mujer tiene su pico de fertilidad a los 20 años, y es a partir de los 35 años, cuando cae bruscamente éste.

El tener un hijo a partir de los 35 años, se considera una decisión importante, ya que existe una relación entre la edad y la capacidad reproductiva, a mayor edad, disminuye la capacidad reproductiva para ambos sexos. En el caso de la mujer, a partir de los 30 años, comienza a aparecer un deterioro de los óvulos.

En la actualidad, se observa que existe un retraso en la toma de decisión por parte de la mujer para su primera concepción. Se dan una serie de necesidades, que priman en la voluntad de la mujer y la llevan a preferir tener una formación académica adecuada, perseguir y encontrar su estabilidad laboral, antes que al hecho de ser madres. Además, la idea de que existen técnicas de reproducción asistida que pueden ayudarlas en el futuro a ser madres si no lo pueden conseguir por vía natural, les da tranquilidad.

La realidad es que la posibilidad de ser madres a edad tardía, puede dar lugar a que la persona abandone el deseo de ser madres durante su mejor etapa reproductiva, bien por presiones sociales, laborales y/o económicas; y deberían de ser conocedoras de que la aplicación de técnicas de fecundación como la fecundación in vitro, no están exentas de riesgos y complicaciones durante todo el procedimiento, incluyendo el parto y después del parto, tanto para la madre como para el bebé.

3.1.2. Estadística.

La edad para concebir un hijo, no ha dejado de incrementarse con el paso de los años en Europa como se ha mencionado. El deseo de ser madre después de los 35 años ha ido en aumento, convirtiéndose en un importante fenómeno social. En relación a esto, Soriano, Carballo, Roque, Durán & Kably (2017), indican que la tasa de éxito de fertilidad a partir de los 35 años es de 41%, mientras que, en mujeres a partir de los 42 años, es tan solo del 4%. Estos realizaron un estudio a mujeres entre 20 y 50 años, para ver a qué edad pensaban éstas mujeres, que era el mejor momento para ser madres.

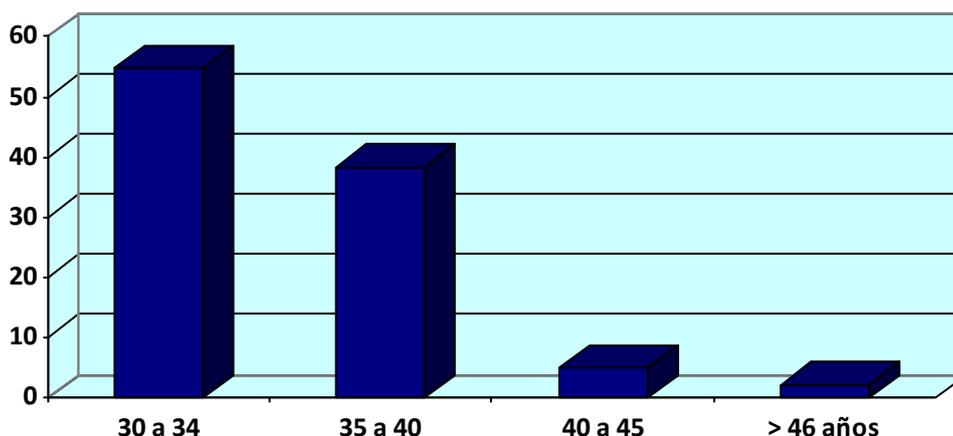


Gráfico 1. Percepción de la mejor edad para lograr un embarazo.

Fuente: Adaptado de (Soriano, Carballo, Roque, Durán & Kably, 2017).

Tras analizar los resultados, la mayoría de las mujeres del estudio, pensaban que la mejor edad para ser madre era de los 30 a los 34 años. Si nos atenemos a lo indicado anteriormente, es a los 30 años donde empieza a disminuir la capacidad de fecundación, pero es a los 35 años donde cae muchísimo dicha posibilidad. Resulta llamativo que las mujeres del estudio anterior no creen que sería bueno tener hijos antes de los 30 años, por lo que muchas de ellas, tendrán que recurrir a otros métodos para la concepción, como puede ser la fecundación in vitro, ya que, si se esperan a esa edad, muy pocas conseguirán la maternidad de forma natural.

El conocimiento sobre fertilidad al principio de la edad reproductiva en mujeres como en hombres puede ser de gran ayuda, para evitar que muchas parejas tengan problemas a la hora de concebir en edades posteriores. Montiel y Ruiz (2019), exponen en su artículo que, según la UNESCO una educación integral, que considere conocimientos sobre relaciones interpersonales, cultura, derechos humanos, igualdad de género, salud sexual y reproductiva permitirá al adolescente comprender su desarrollo, tomar decisiones y asumir las consecuencias del uso responsable de su sexualidad y fertilidad.

Las estadísticas del Banco Mundial y del Eurostat Demographic Statistics (2019), han demostrado que el embarazo tardío va en aumento, ya que muchas mujeres de los países desarrollados lo dejan en un segundo o tercer plano como objetivos a conseguir en su vida, muchas veces debido al estilo de vida, o desarrollo profesional, incluso mujeres que deciden no ser madres.

Se realizó un estudio comparativo entre España, Noruega y Dinamarca, países de la Unión Europea. El objeto de estudio son niños nacidos vivos por rango de edad de la madre, para comprobar si existen diferencias de fecundidad en los distintos rangos de edad de dichas madres. Los años de estudio han ido entre 2010 y 2016 (Eurostat, febrero de 2019).

El rango de edad considerado de mayor fertilidad es de los 20 hasta los 29 años. Como se puede observar en el gráfico 2, las mujeres que tienen entre 25 y 29 años, tenían más hijos en el año 2010 que en el 2016. En España en concreto, han disminuido los nacimientos en 27,82 hijos por cada mil habitantes. En 2010 había 100,17 hijos por cada mil habitantes, mientras que en 2016, 72,37 hijos por cada mil habitantes. Dinamarca y Noruega sin embargo, han aumentado aunque de forma escasa su número de nacimientos en este mismo rango de edad materna.

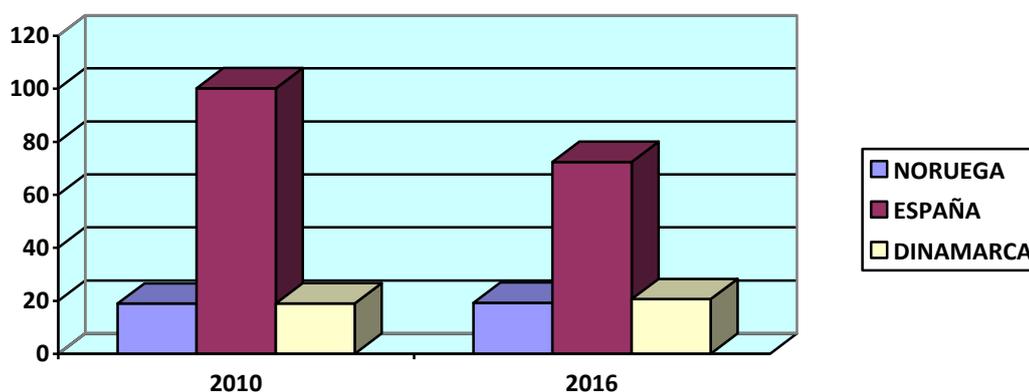


Gráfico 2. Nacidos vivos por rango de edad de la madre entre 25 y 29 años y país de nacimiento.

Fuente. Elaboración propia basado en (Eurostat, 2019).

En la gráfica 3, observamos el rango de edad en mujeres de 30 a 34 años, en las cuales podemos ver un leve aumento de los nacimientos en Noruega, frente a un leve descenso en Dinamarca. En cuanto a España, en 2010 había 185,42 nacimientos por cada mil habitantes, mientras que en 2016 había 141,47 nacimientos por cada mil habitantes. Se puede afirmar que, España ha sufrido un descenso de nacimientos en este rango de edad, de 43,95 nacimientos por cada 1000 habitantes.

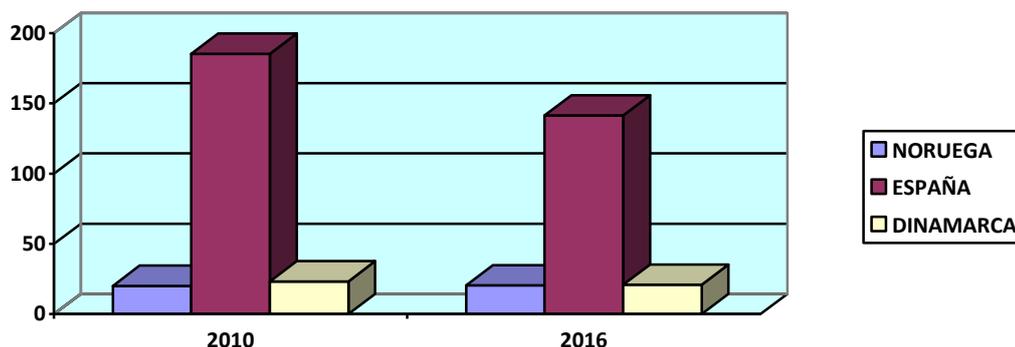


Gráfico 3. Nacidos vivos por rango de edad de la madre entre 30 y 34 años y país de nacimiento.

Fuente. Elaboración propia basado en (Eurostat, 2019).

En la gráfica 4, se observa como Noruega y Dinamarca tienen muy pocos nacimientos, incluso han disminuido desde 2010 a 2016. En España sin embargo, se ha aumentado el número de nacimientos en 3,92 por cada mil habitantes, ya que, en 2010 había 120,13 nacimientos por cada mil habitantes, frente a 2016, que había 124,05 nacimientos por cada mil habitantes.

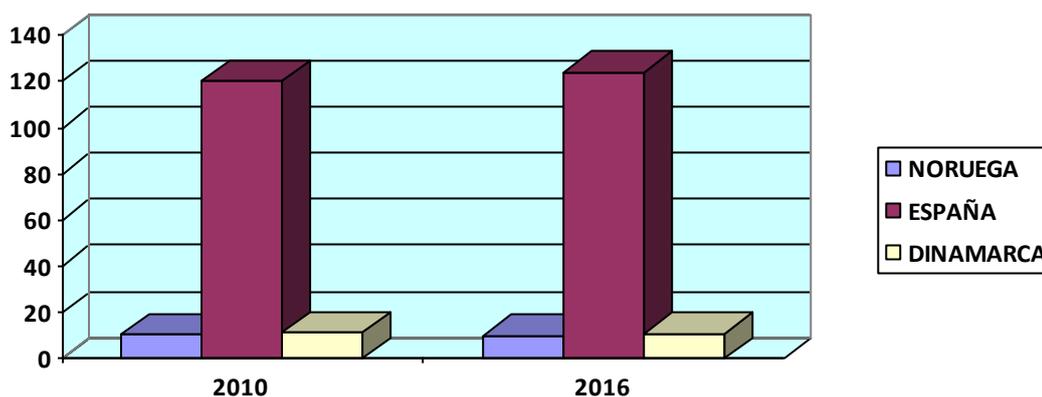


Gráfico 4. Nacidos vivos por rango de edad de la madre entre 35 y 39 años y país de nacimiento.

Fuente. Elaboración propia basado en (Eurostat, 2019).

La tendencia en España es inversa a la etapa de mayor fertilidad de la mujer, ya que, como se puede observar en los gráficos anteriores, la tendencia de nacimientos aumenta a mayor edad de la madre. Sin embargo, en Noruega y Dinamarca hay más nacimientos en edades anteriores a los 35 años. Por ello, se debería de analizar con más profundidad cuáles son los factores que están llevando a las mujeres españolas a tener los hijos más tarde, con la intención de revertir esa tendencia, para evitar los problemas de fertilidad y las complicaciones que pueden aparecer en el embarazo de estas mujeres.

3.1.3. Complicaciones y riesgos del embarazo en la edad tardía.

Según el artículo publicado por Crespo, Albir, Lapresta, Andrés, Campillos & Castán (2012), los embarazos que se consiguen a partir de los 35 años de edad de la mujer, suelen ser por técnicas de reproducción asistida, debido al gran descenso de la fertilidad.

El embarazo de una mujer en edades posteriores a los 35 años, se considera un embarazo de alto riesgo, ya que va a existir una mayor probabilidad de complicaciones, entre las que se encuentran, la muerte fetal y maternal.

La OMS afirma que existen riesgos para los bebés, ya que hay un mayor número de nacimientos prematuros en los últimos años, y lo relacionan con el aumento de la edad de la mujer en la concepción. Moya, et al., (2017) en su artículo, señalan la existencia de mayor número de complicaciones en los recién nacidos cuanto mayor es la edad de la madre, dentro de éstas están: la *hiperbilirrubinemia* y las *malformaciones congénitas*.

Según Heras, Gobernado, Mora & Almaraz (2011) es unánimemente aceptado, que las mujeres que paren a edades próximas al límite de fertilidad presentan una mayor morbilidad materno-fetal, sin estar bien establecido, si ello se debe a la edad de forma exclusiva, o a otros factores de riesgo asociados.

Un artículo publicado en la revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, afirma que, la mujer mayor de 35 años frecuentemente padece de alguna enfermedad crónica, a lo que se le añaden los cambios fisiológicos propios del embarazo en todos los sistemas del organismo, que ponen a prueba sus reservas corporales, y que empeoran el pronóstico y los resultados de la gestación, lo que provoca una mayor preocupación en el equipo sanitario que la atiende, ya que, se debe tener un mayor cuidado si cabe con estas mujeres (Moya, Garaboto, Moré, Borges, Moya & Moya, 2017).

En cuanto a los problemas maternos, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2017) afirma que, entre los riesgos de salud del embarazo tardío se encuentra la *hipertensión arterial*, *anomalías de la placenta*, las *alteraciones de la tiroides* o el *parto prematuro*, considerándose la más prevalente la *diabetes gestacional*. En un estudio realizado por Heras, Gobernado, Mora & Almaraz (2011) sobre las mujeres mayores de 35 años, se obtuvo como resultado que entre los factores de riesgo asociados a esta edad estaban la *metrorragia del primer trimestre*. También se relaciona un mayor número de *abortos* cuanto mayor es la edad de la mujer.

En lo referente a las complicaciones, según un artículo publicado por la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, realizado por Peña, Palacios, Oscuvilca & Peña (2011), en el que realizaron un estudio sobre el tipo de partos en mujeres mayores de 35 años, vieron que en las “primigestas añosas”, hubo una incidencia de *parto por cesárea* en el 68% de las mujeres, probablemente por la *deficiente adaptación del miometrio* para el proceso de parto.

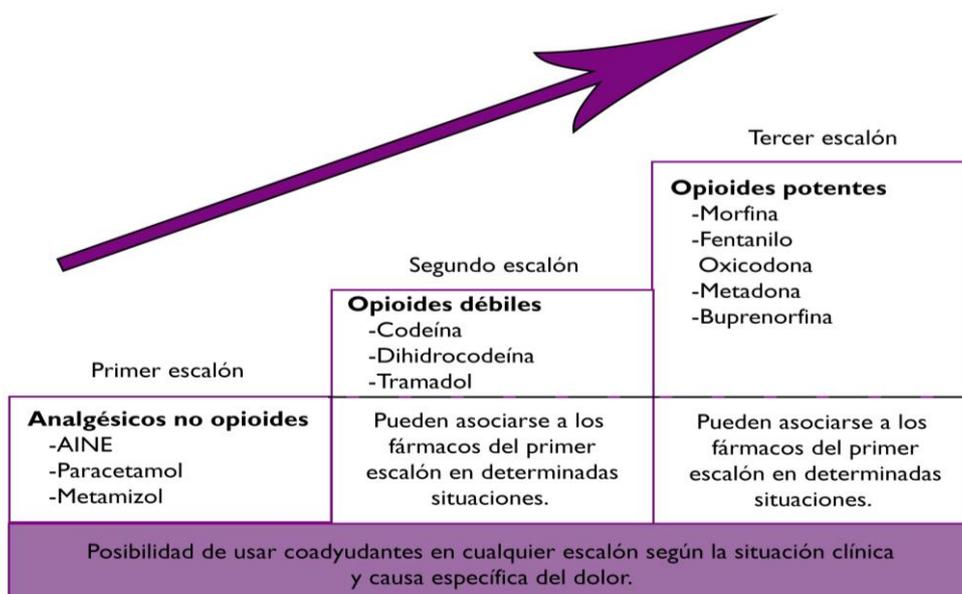
Naghibi, Dobakhti, Mazloomzadeh, Dabiri & Molai (2013), reconocen qué debido al aumento de parto por cesárea en las puérperas en edad tardía, es importante controlar el *dolor*, ya que, el alivio inadecuado del dolor postoperatorio después de una cesárea, puede aumentar las complicaciones. Estas mujeres, no sienten dolor por el trabajo de parto, ya que no lo han llevado a cabo, sino por el procedimiento quirúrgico que se les ha realizado. El dolor postoperatorio de una cesárea se reconoce como intenso o muy intenso, especialmente en las primeras 24-48 horas, por lo que la analgesia debe de ser eficaz, provocar pocos efectos secundarios y ser compatible con la lactancia (Le Gouez & Bonnet, 2016). En esta línea Suárez (2017) señala que todos los procedimientos quirúrgicos llevan inherente un riesgo de dolor, pero entre las cirugías con mayor riesgo se encuentra la cesárea. Si se consigue poner un tratamiento adecuado para el alivio de este dolor, se conseguirá una más rápida recuperación de las puérperas, deambulación más precoz, y una disminución de los costes hospitalarios.

La importancia de la pronta deambulación de las puérperas, es debido al *riesgo de trombos* que presentan las mujeres en el embarazo. Doniz, Illodo, Vázquez, Vázquez, Diz & Rey (2011) afirman que, el riesgo de enfermedad tromboembólica puede ser agravada por la inmovilidad en el puerperio. En el caso de las puérperas mayores de 35 años, aumenta la importancia de controlar esto, puesto que como se ha afirmado antes se ve aumentado el número de cesáreas en estas mujeres, y por lo tanto, el tiempo de recuperación después del parto también va a aumentar en la mayoría de los casos.

Amezcuca, Vega, García, López, Salas & Martínez (2017) realizaron un protocolo para la atención a la mujer después de dar a luz por cesárea, según éste, se considera el *dolor* como el quinto signo vital, por ello, su tratamiento es un derecho humano básico. Amezcuca et al., (2017), afirman de esta manera que todos tenemos “derecho a no sentir dolor”, y con ello poder tener una mejor recuperación.

En el mismo protocolo, también se afirma que la mejor forma de controlar el dolor en las puérperas por cesárea, es decir, para las mujeres que van a sufrir dolor postoperatorio, es utilizando la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud, que divide el abordaje farmacológico para la analgesia del dolor en tres escalones, de los fármacos más suaves, a los más potentes. En el primer escalón se encuentran los analgésicos no opioides (AINEs, Metamizol y Paracetamol), en el segundo escalón los opioides débiles (Codeína, Meperidina y Tramadol), y en el tercer escalón, los opioides más potentes (Morfina, Fentanilo, Oxidona, Metadona y Fupremorfina). La analgesia se debe administrar de forma individualizada, y será elegida según la intensidad del dolor y otras particularidades de la mujer. Se comenzará por el escalón que se considere más apropiado para la intensidad del dolor que presente la mujer, y el tratamiento será pautado y no a demanda, de esta forma se evitará que las puérperas tengan que sentir dolor. Además, se puede utilizar Los analgésicos coadyuvantes que son fármacos que se desarrollaron para otra indicación, pero que han demostrado ser útiles en el tratamiento del dolor persistente y refractario (Sáez, Sánchez, Jiménez, Alonso & Valverde, 2016).

Tabla 1. Escala de analgesia según la OMS.



Fuente. Adaptado de (Amezcueta et al., 2017).

Alireza, Behaeen, Akhondzadeh, Soltani, al Sadat & Bekhradi (2013), realizaron un estudio con mujeres que habían tenido partos por cesárea en el que comprobaron, que la esencia de lavanda inhalada, podía ser utilizada como tratamiento coadyuvante a combatir el dolor postoperatorio tras una cesárea, pero no como tratamiento sustitutivo.

En la etapa del puerperio, la *hemorragia* es una de las principales emergencias obstétricas, ya que su tasa de mortalidad se encuentra entre el 30% y 50% de los casos, y los factores de riesgo más importantes para que aparezca son: la edad avanzada de la madre y las enfermedades crónicas según (Solari, Solari, Wash, Guerrero & Enríquez, 2014). En esta línea Andrade, Caiza & Homero (2015), señalan que las complicaciones más frecuentes asociadas a la cesárea, derivan del procedimiento quirúrgico que se realiza; afirmando también que entre ellas se encuentra la hemorragia.

Un artículo publicado por Soni, Gutiérrez, Santa Rosa & Reyes (2015), dice que, del total de las mujeres ingresadas en cuidados intensivos por hemorragia postparto, se le había practicado una cesárea al 70%. Por ello, se afirma que las mujeres que dan a luz por cesárea, tienen un mayor riesgo de desarrollar hemorragia postparto, que las mujeres que tienen un parto natural. Estas mujeres van a necesitar un mayor control del sangrado y del tono uterino, para así poder evitar que aparezca la hemorragia. Campos y Villarreal (2014) afirman que la *atonía uterina* de los partos por cesárea, son el motivo del 70%-75% de los casos de hemorragia posparto, provocando un mayor riesgo de mortalidad. A la vez, Suárez, Santana, Gutiérrez, Benavides & Pérez (2016) señalan que, el aumento de mujeres gestantes mayores de 35 años, provocará el crecimiento del número de cesáreas que se van a practicar, y por tanto, también aumenta el riesgo de hemorragia. Por ello, es importante tener un buen protocolo de actuación para los sanitarios ante la hemorragia posparto que pueda padecer una señora tras la cesárea, consiguiendo evitar lo máximo posible el compromiso de la vida de la madre.

Morillas, Ortiz, Palacio, Fornet, Pérez & Bermejo (2014), en su artículo publicado para la Revista Española de Anestesiología y Reanimación, afirma que la mejor forma para combatir la *atonía uterina* en mujeres que han dado a luz por cesárea, es la administración de 3 unidades internacionales (UI) en bolo lento de oxitocina, (encargada de provocar las contracciones uterinas que ayudan al útero a realizar la involución, hasta su posición anatómica normal), seguidas de 10 UI en 100 ml de fisiológico en una hora.

Por todo esto, es necesario que las mujeres que quieren retrasar su maternidad para pasados los 35 años, conozcan los riesgos a los que se exponen, ya que de esta manera, se estará realizando una atención preventiva sobre el cuidado de las mujeres. Según el artículo publicado por Lafaurie & Antolinez (2014), los profesionales de Enfermería deben de comprender las particularidades de los sujetos de cuidado, y tener más precauciones cuando se trata de mujeres gestantes mayores de 35 años, ya que de esta manera, se está fortaleciendo la calidad del cuidado, se ayudará a evitar en la medida de lo posible los riesgos y complicaciones que puedan aparecer, y se ayudará también a relajar a estas mujeres, ya que suelen aparecer muchos miedos e inquietudes. Por todo ello, Enfermería debe de conocer los sentimientos y preocupaciones de estas mujeres con embarazos en edad avanzada, y así poder ofrecerle el mejor cuidado sobre las necesidades y preocupaciones que ellas tengan, sin olvidar en ningún momento las inquietudes que le puedan surgir al padre y/o resto de la familia.

Los cuidados de Enfermería en las mujeres embarazadas en general, y en edad tardía en particular, se pueden enfocar en base a la Teoría Enfermera de Ramona Mercer centrada en la Adopción del Rol Maternal.

Ruíz (2016) basándose en la teoría de Mercer, propone la necesidad de que los cuidados de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol maternal.

El proceso de maternidad es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante un cierto periodo de tiempo, en el cual la madre desarrolla una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal (Alvarado, Guarín & Cañón, 2011). Por ello, Enfermería debe de ayudar y dar una atención lo más holística e integral posible durante este proceso de cambio de la mujer, con la intención de que se adapte lo más rápido y lo mejor posible a su nuevo rol como madre, fomentando de esta manera el vínculo entre madre e hijo. Según Núñez & Pérez (2014), Enfermería juega un papel fundamental a la hora de aumentar la capacidad de adaptación de cada individuo.

Los beneficios del apego madre-recién nacido han sido ampliamente documentados, destacando la ganancia ponderal de peso y talla del niño, reducción del tiempo de hospitalización, y adecuado desarrollo de conductas comportamentales y cognitivas del bebé (Ruiz, 2016). “El proceso de convertirse en madre requiere un extenso trabajo psicológico, social y físico. Durante esta transición, una mujer es más vulnerable y se enfrenta a grandes retos. Las enfermeras son las encargadas de ayudar a las mujeres a aprender, ganar confianza y experiencia a medida que asumen su identidad como madres” (Mercer en Marriner & Alligood, 2018).

Mercer en Marriner & Alligood (2018), describe el *rol materno* como un “proceso de unión entre el hijo y la madre, donde ésta debe de desarrollar su nuevo rol, y sentirse cómoda con él, expresando placer y gratificación”. También se afirma, que Mercer observó que existían muchos factores que influían en la adaptación de la madre de su nuevo rol, como por ejemplo, la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, el estrés social o apoyo social entre otros.

En esta línea Mercer en Marriner & Alligood (2018), expone que el término *adopción del rol materno* debería de ser sustituido por *convertirse en madre*, ya que, este nuevo término describe mejor la continua evolución que va a tener la madre en la adopción de su rol a lo largo de su vida, ya que convertirse en madre es más que asumir un rol, se trata de una evolución continua y permanente.

Enfermería son los sanitarios que más horas pasan con el paciente, por ello, su función mayoritariamente es promover la salud de familias y niños, ayudando a que su salud pueda ser la máxima posible. “Las enfermeras son los profesionales sanitarios que mantienen una interacción más prolongada e intensa con las mujeres en el ciclo de maternidad” (Mercer en Marriner & Alligood 2018). Esto se debe a que, las mujeres cuando son madres necesitan ayuda para adaptarse a su nuevo rol, muchas veces cuando es su primer hijo, no saben ni en qué posición tienen que colocar a su bebé para dar el pecho. Por ello, la intervención enfermera es de gran importancia, ya que de ellas va a depender en gran medida la unión que desarrollen el bebé y la madre. Si enfermería da educación para la salud, y ayuda a esa madre en la adopción de su nuevo rol, probablemente conseguirá que esa madre de lactancia materna eficaz, y se fomente la unión entre su bebé y ella. Existen intervenciones según NIC (2013) que Enfermería puede realizar para favorecer o fomentar una correcta adaptación a la nueva situación familiar al llegar un nuevo integrante como:

- (6824) Cuidados del lactante: recién nacido.
- (7104) Estimulación de la integridad familiar: familia con niño recién nacido.
- (5244) Asesoramiento en la lactancia.
- (6820) Cuidados del lactante.
- (5568) Educación parental: lactante.
- (6710) Fomento del apego.

Los cuidados que una madre reciba durante su embarazo, y el año posterior al parto son de vital importancia, ya que tendrán efectos a largo plazo para la madre y el bebé. Las enfermeras que trabajan en maternidad son las más importantes a la hora de dar información y consejos (Mercer, 1995).

3.1.4. Factores que afectan a la capacidad reproductiva de la mujer.

Sánchez (2017) afirma que existen factores que van a afectar a la capacidad reproductiva de la mujer en el momento en que decida buscar el embarazo, provocando posibles problemas de fertilidad, el principal es la edad, y secundariamente los más importantes son:

- *El estrés:* la población hoy en día sufre mucho estrés debido al estilo de vida. La mayoría de la gente que vive en grandes ciudades, o trabaja en un lugar donde no se encuentra cómoda, sufre elevados niveles de estrés. El cuerpo humano está preparado para sufrir estrés transitorio, pero cuando esto se prolonga en el tiempo, provoca agotamiento emocional, deterioro físico, y afectando a la capacidad reproductiva de la persona.
- *La obesidad:* el índice de masa corporal (IMC) elevado está asociado con problemas de infertilidad y trastornos ovulatorios. Estos trastornos provocan entre el 25%-50% de la esterilidad femenina, pudiendo causar a largo plazo endometriosis o cáncer de útero.
- *El tabaco:* los compuestos del tabaco afectan a la fertilidad, por lo que la mayoría de las mujeres fumadoras tienen bastantes dificultades para conseguir el embarazo, teniendo a la vez un mayor riesgo de sufrir menopausia precoz.
- *El alcohol:* aumenta los niveles de estrógenos, provocando la reducción de la hormona folículo estimulante, por lo que la foliculogénesis se ve anulada, deteniendo la ovulación. El alcohol también aumenta el riesgo de aborto espontáneo.

- *La contaminación:* afecta a la fertilidad ya que la exposición directa a la contaminación de las grandes ciudades, provoca importantes daños a la salud, afectando entre otros al aparato reproductor (Bizarro, Rojas, González, López, Albarrán & Fortoul, 2018). Además, entre los contaminantes más importantes se encuentran los químicos, los minerales, los solventes y la radiación, que pueden causar alteraciones temporales y reversibles, o permanentes e irreversibles (García, 2014).

3.1.5. Factores que influyen para un retraso de la maternidad.

Son muchos los motivos que existen hoy en día, y que hacen que las mujeres decidan dejar la maternidad para más adelante, a pesar de las recomendaciones de los médicos especialistas en ginecología. Una de las variables que afectan es el aumento de la esperanza de vida de la población, ya que, al sentir que quedan muchos años por vivir, la gente tiene menos prisa a la hora de tomar la decisión de aumentar la familia. Según Alberdi (2014), debido al aumento de vidas más longevas, las personas de la sociedad actual pretenden alargar la etapa de la juventud, con la intención de disfrutar y tener menos obligaciones, ya que es el momento de mejor estado físico y mayor belleza, aspectos que hoy en día se valoran mucho. Alberdi afirma de esta manera, que las cuestiones referentes al trabajo, compromiso y formación de las familias se dejan para años posteriores, existiendo la posibilidad de muchos hombres y mujeres que deciden no tener hijos.

La influencia social de la mujer para que sea madre, se encuentra camuflada bajo una aparente libertad de decisión. Ser padres es un objetivo que se busca de manera planificada, ya que, hoy en día se busca la llamada “*maternidad/ paternidad responsable*”. Se trata de una decisión en la que se tienen en cuenta muchos criterios, entre ellos la estabilidad económica, lo que lleva a una maternidad más tardía, sin ser conscientes de que existe un factor muy importante para conseguir un embarazo, el *reloj biológico*. La esperanza de vida de las personas se alarga, pero no la etapa de mayor fertilidad de la mujer (Alamillos, 2016).

Zalzman & Girardi (2014) afirman que las prioridades de muchas parejas han cambiado, ya que muchas prefieren vivir el presente, disfrutar de viajes, amigos y salidas, ya que piensan que para la maternidad y la crianza siempre se está a tiempo, sin saber los riesgos a los que se exponen posponiendo este proceso, ya que las técnicas de fertilidad no están siempre disponibles, tienen sus limitaciones, y les va a enfrentar a cuestiones bioéticas. En el artículo anterior, también se afirma que las mujeres que han sufrido maltrato o han tenido problemas de tipo emocional en la infancia, tienden a querer retrasar la maternidad lo máximo posible, ya que les cuesta sentirse preparadas para afrontarla.

La evolución laboral de la mujer en la sociedad, también ha hecho que muchas quieran retrasar su rol maternal para más adelante y poder dedicarse a su formación académica, ayudando con ello a tener una mayor estabilidad económica y laboral.

Alamillos (2016) dice que en el ámbito universitario un 57.95% de los estudiantes que terminan la carrera son mujeres. Los doctorados son conseguidos mayoritariamente por hombres, pero las mujeres que los consiguen lo hacen entre los 20-30 años, mientras que los hombres los consiguen mucho más tarde. Esto se debe a que muchas mujeres son conecedoras de que deben formarse más rápido, ya que sus posibilidades se ven disminuidas después de la maternidad.

CBS News (2017), publicó una noticia en la que afirmaba que muchas empresas, entre ellas Starbucks (una cadena internacional de café), ofrecen a sus empleadas la posibilidad de la preservación de sus óvulos como prestación laboral. Con ello pretendían asegurarse que estas mujeres no abandonarían su puesto de trabajo durante la edad óptima reproductiva, ofreciéndoles acceso a tratamientos de reproducción asistida. Esta política de empresa se podría interpretar como una ventaja para aquellas mujeres que voluntariamente desean retrasar su maternidad, sin embargo, aquellas que desean ser madres jóvenes, se sienten presionadas laboralmente a retrasar su embarazo, y con ello, a tener más riesgo de complicaciones.

3.2. Fecundación in vitro.

Existen dos técnicas principales de reproducción asistida: la inseminación artificial (IA) y la fecundación In Vitro (FIV).

Según Bazaco (2014), la inseminación artificial consiste en la introducción de espermatozoides en el aparato reproductor femenino, ya sean del padre biológico o de un donante desconocido. El procedimiento tiene varias fases:

1. Se da un tratamiento hormonal a la mujer para la estimulación ovárica y provocar la ovulación de ésta.
2. Se realiza un tratamiento seminal para seleccionar los espermatozoides del hombre, y someterlos a un tratamiento que les aporte una mayor movilidad.
3. Se realiza la inseminación intrauterina de la mujer con los espermatozoides seleccionados y sometidos al tratamiento, 36 horas anteriores a la inseminación, la mujer debe de ser estimulada con la hormona gonadotropina coriónica humana (GCHG), la cual es necesaria para conseguir la ovulación.

4. Se espera a la respuesta de la técnica, para ver si se consigue el embarazo de la mujer, o por el contrario aparece la menstruación, resultado del fracaso de la técnica.



Ilustración 1. Proceso de inseminación artificial.

Fuente. Extraído de la revista especializada en reproducción asistida y embarazo. Rodrigo, Barrenetxea, Recuerda, Salgado & Salvador (2018).

Gómez (2016) describe la fecundación in vitro, como una técnica de reproducción asistida, cada vez más utilizada para el manejo de la esterilidad. Esta técnica, se basa de la unión de los gametos femenino y masculino en un laboratorio de forma extracorpórea. Una vez que se unen los gametos y se produce el embrión, se introduce dentro del útero de la mujer.

También explica que existen dos procedimientos diferentes, la fecundación in vitro convencional, en la cual se realiza el proceso explicado anteriormente uniendo los gametos en el laboratorio, y la microinyección espermática, que consiste en inyectar directamente el espermatozoide en el óvulo.

Ruiz y Zapata (2013), exponen que la Ley señala quienes son los posibles usuarios de estas técnicas, pudiendo ser mujeres mayores de 18 años que han dado previamente su consentimiento informado por escrito para realizar la técnica, con independencia de su estado civil y orientación sexual. En caso de tener marido, se debe de obtener también el consentimiento del padre, por el contrario, si el semen se obtiene de un donante, será elegido por parte del personal sanitario encargado, sin dar información en ningún momento de origen de éste, ya que el donante debe de ser desconocido.

La técnica se basa en cinco pasos:

1. *Estimulación ovárica.* Consiste en administrar diferentes fármacos hormonales a la mujer para provocar que produzca más óvulos. La dosis hormonal para estimular el ovario es bastante mayor a la necesaria para otras técnicas de reproducción asistida, como por ejemplo la inseminación artificial.
2. *Extracción de ovocitos.* Se realiza mediante cirugía menor, por punción ovárica transvaginal, obteniendo los óvulos mediante un sistema de aspiración.
3. *Inseminación y fecundación.* Se ponen en contacto los espermatozoides y óvulos mediante la forma convencional o la microinyección.
4. *Cultivo del embrión.* Cuando se unen los óvulos y los espermatozoides y se produce el embrión (se denomina así al resultado de la unión del óvulo y el espermatozoide), se cultivan en el laboratorio durante unos tres o cuatro días.

5. Transferencia embrionaria. Una vez han pasado esos días, se transfieren al útero de la mujer, a la espera de la implantación de uno de los embriones. El número de embriones que se transfiere depende de la edad de la mujer y la calidad de los embriones, pero nunca serán más de tres si se siguen la legislación española vigente (Bazaco, 2015). Una vez se realiza la transferencia, se mantiene a la mujer en posición decúbito supino durante 30 minutos para favorecer la implantación. Revilla (2016), sostiene que los embriones son manipulados genéticamente antes de su implantación en el útero de la mujer, con la intención de detectar enfermedades genéticas que tienen un alto riesgo de ser transmitidas, pudiendo seleccionar los embriones que no posean esta carga genética.



Ilustración 2. Proceso de fecundación In vitro.

Fuente. Extraído de la revista especializada en reproducción asistida y embarazo. *Barrenetxea, Recuerda & Salvador (2018)*.

Bazaco (2015) afirma la importancia del papel de Enfermería durante todo el proceso de fecundación de la mujer, desde la acogida de la pareja, hasta el final del proceso de fecundación, ya que se debería de dar unos cuidados integrales e individualizados, ayudando a resolver todas las dudas de la pareja, y estando disponible cada vez que ellos lo necesiten, puesto que se trata de un proceso que genera mucho estrés y angustia. La mejora en la calidad de vida y la tolerancia al tratamiento depende en gran medida del apoyo que se aporte a esas parejas desde el equipo de Enfermería (Castells, Berenguer, Sánchez & Sánchez, 2015).

Es importante por otro lado, que Enfermería sepa que puede atenerse al derecho de la objeción de conciencia. Chancay & Escuntar (2015) exponen en esta línea, que en el artículo 22 del Código Deontológico de la Enfermería Española, se recoge el derecho de todo enfermero a no realizar o rechazar órdenes por estar en contra de nuestra creencias, o ser contradictorias a nuestra moral. En este sentido, si un enfermero considera que no se siente preparado para realizar este tipo de cuidados de Enfermería por estar en contra de sus creencias o su moral, tiene que saber que tiene derecho a no realizar dichas técnicas, pudiendo respetar de esta manera sus valores o pensamientos al respecto.

Giralda (2017) expone que entre el 25% y el 65% de los pacientes que se encuentran en un tratamiento de reproducción asistida presentan síntomas psicológicos, dándose con mayor prevalencia la ansiedad. Por otro lado, existen factores que ayudarán a que se desarrollen problemas emocionales, por ejemplo:

- El *sexo femenino* con mayor prevalencia presenta estrés y ansiedad, ya que suelen ser mujeres que llevan muchos años intentando ser madres, añadiendo el estrés que supone someterse al proceso de fecundación artificial, y el deseo de que éste evolucione de forma favorable.

- El *carecer de apoyo* en el círculo familiar y social durante el proceso de fecundación, aumentará los niveles de estrés y ansiedad.
- En algunos casos se consigue la implantación del embrión, pero existe *amenaza de que el embarazo no siga adelante*, elevándose de esta manera los niveles de ansiedad, tanto por parte de la madre como del padre.
- Los *tratamientos hormonales* a los que se tienen que someter las mujeres para las técnicas de fecundación artificial, tiene efectos secundarios que provocan cambios de humor parecidos a los que ocurren durante el ciclo femenino, pero de mayor intensidad, provocando en éstas mayores niveles de ansiedad.

Según García (2015) entre las complicaciones o riesgos derivados del proceso se encuentra la gestación múltiple, el embarazo ectópico, riesgo de infección y reacciones alérgicas. También se consideran efectos secundarios los derivados de la sedación durante la cirugía menor, o la hemorragia debida a la punción ovárica.

Tabla 2. Porcentaje de gestaciones conseguidas por fecundación In Vitro.

Fecundación In Vitro	
% gestaciones mujeres <35 años.	40%
% gestaciones mujeres entre 35- 40 años.	25%- 30%
% gestaciones mujeres >40 años.	15%- 20%

Fuente. Extraído de Revilla y Córdoba (2016).

Como se puede observar, el porcentaje de gestaciones disminuye conforme aumenta la edad de la mujer, al igual que ocurre con la fecundación natural. Por ello, es importante que las parejas tengan esta información, para que sepan que a medida que aumenta la edad, disminuye la probabilidad de tener un hijo, tanto de forma natural, como a través de las nuevas tecnologías y técnicas.

Brena (2013) expone que “todas las personas tienen derecho a reproducirse y éste forma parte de su derecho a tomar decisiones y a organizarse familiarmente”. En esta línea se puede afirmar, que todos tenemos derecho a la libertad de autonomía personal y física según la Constitución Española, pero la reproducción no es reconocida como un derecho en nuestro estado.

Se habla de infertilidad cuando una pareja lleva más de doce meses teniendo relaciones sexuales y no han conseguido el embarazo. Brena (2013) también afirma que una de cada seis parejas a escala mundial tiene problemas de infertilidad, afectando por igual a hombres que a mujeres. Según Brena (2012), la incapacidad de procrear supone enormes sufrimientos para quienes la padecen; el no poder tener herederos provoca un gran sentimiento de inferioridad en la pareja afectando a su salud. Por ello, la *fecundación in vitro* no es la cura contra la infertilidad, pero sí un medio artificial para remediar dicha condición.

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en New York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, se dio definición a la salud como: “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”. Esta definición no ha sido modificada desde 1948, por lo que las personas con problemas de fertilidad, y que no pueden procrear, no disfrutan plenamente de su salud, por las afectaciones mentales y psicológicas que les provoca esta situación.

Los avances de la biomedicina y biotecnología, han permitido entrar en los confines de la vida humana al crear un ser humano en un laboratorio por medio de técnicas de procreación asistida (Zárate & Gustavo, 2015). En este sentido, Siverino (2012) dice que las técnicas de reproducción han sido siempre muy cuestionadas, ya que, mientras que para muchas parejas infértiles en todo el mundo, ésta es una posibilidad para poder cumplir su deseo de formar una familia; otras personas, lo ven como una práctica inmoral que desnaturaliza el acto unitivo conyugal, instrumentalizando al ser humano.

Siverino (2012) también expone que el artículo 7 de la Ley General de Sanidad contiene las normas sobre la reproducción asistida que dispone: “Toda persona tiene derecho a recurrir al tratamiento de su infertilidad, así como a procrear mediante el uso de técnicas de reproducción asistida, siempre que la condición de madre genética y madre gestante recaiga sobre la misma persona. Para la aplicación de las técnicas de reproducción se requiere el consentimiento previo y por escrito de los padres biológicos. Está prohibida la fecundación de óvulos humanos con fines distintos a la procreación, así como a la clonación de seres humanos”. De esta manera se recoge en la Ley que en Perú no está permitida otra forma de reproducción asistida en la que no se implante el embrión dentro de la madre genética, quedando prohibida por ejemplo la gestación subrogada, más conocida como “vientre de alquiler”. Esto mismo se expone en España en el BOE, en la Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción asistida.

Actualmente la procreación está al servicio de parejas heterogéneas que desean procrear y no pueden, y al servicio de parejas homogéneas, transformándose de esta manera la idea tradicional de familia, formada por un padre hombre, y una madre mujer, pudiendo ser ambos progenitores del mismo sexo. Esta transformación familiar trae problemas a nivel de algunos paradigmas bioéticos, ya que las tecnologías traen una desestabilización del modelo genealógico tradicional, pudiendo aparecer la mujer que desea ser madre soltera, o parejas homogéneas (Zárate & Gustavo, 2015).

De esta manera, ya no existe la forma tradicional de pensar, en la que solo una pareja casada, y formada por un hombre y una mujer podía tener hijos mediante el acto sexual conyugal, sino que hoy en día la idea de familia está en constante movimiento.

3.3. Políticas de estado que favorecen la maternidad.

Según Rayo (2016) el derecho de conciliación de la vida familiar y laboral está reconocido en la normativa internacional y comunitaria, pero no tiene identidad propia. Se reconoce como una prolongación de los deberes familiares, enfocado a la protección de los menores y de la familia. También afirma, que la Unión Europea no impone unos deberes a los estados miembros, sino que el derecho de conciliación familiar que tienen los ciudadanos puede estar gestionado por el Estado, los empresarios y la Administración de cada país, provocando una desigualdad y heterogeneidad en las políticas, lo que trae consecuencias negativas para los trabajadores, ya que se encuentran desprotegidos.

Alamillos (2016) expone en la Revista de Antropología Experimental, que la unión de la mujer al mundo profesional supone una readaptación del mundo privado. El perfil de esposa, pasa a una mujer independiente y trabajadora con las mismas obligaciones domésticas que el esposo, aunque es cierto, que en la mayoría de las familias el mayor peso de las tareas domésticas sigue recayendo sobre las mujeres, lo que indica que sigue habiendo una desigualdad entre ambos géneros en este ámbito, con perspectiva de ser corregido.

Siguiendo esta línea de exposición Luenza (2011), afirma que pese a su inserción en el mundo laboral, las mujeres continúan siendo las principales responsables del cuidado de los hijos, dando como consecuencia, la limitación de su tiempo de descanso y ocio personal, y por lo tanto, el deterioro de su calidad de vida. Debido a esta carga doméstica, sigue existiendo una clara diferencia para la mujer en el mundo laboral, ya que como dice Mazuelas (2014), la carga laboral y doméstica que siguen llevando las mujeres, supone una discriminación para la mujer en cuanto al acceso al empleo, permanencia en el mismo puesto, formación, adquisición de puestos de responsabilidad y promoción en su carrera profesional, con una menor retribución por trabajo igual o similar. Éste es uno de los factores que lleva a las mujeres españolas a decidir posponer la maternidad para más adelante.

La Ley española 39/1999 de 5 de noviembre para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (BOE nº266 de 5 noviembre de 1999), integra la normativa sobre los permisos de maternidad y paternidad del estado. Vivero (2017) dice que las mujeres españolas disponen de 16 semanas ininterrumpidas, las cuales puede organizar cada madre a su gusto, pudiendo incluso cederlas al padre si así lo desea, siempre y cuando, 6 de esas semanas sean para la madre y posteriores al parto. Se aumentaría a dos semanas más, en caso de adopción o acogida, hijos con discapacidad, y en caso de nacimiento de múltiples niños, se aumentaría a dos semanas por cada hijo a partir del segundo.

En cuanto al padre, dispone de 13 días, ampliables a 2 días más por cada hijo a partir del segundo, o en caso de adopción o acogimiento múltiple. El padre también puede disponer del permiso de maternidad, en caso de fallecimiento de la madre. También se dispone de un permiso de lactancia de 1 hora de ausencia del trabajo hasta los nueve meses de edad del hijo, permiso que podría ser acumulado en jornadas completas si la madre así lo prefiere, periodo que también se aumenta de forma proporcional en el caso de parto múltiple.

Serrano (2019) expone que, se elaboró la Ley 9/2009 de 6 de octubre, con la que se intentó ampliar el tiempo estipulado para el permiso de paternidad, de dos a cuatro semanas, con la intención de que entrara en vigor el 1 de enero 2011, pero debido al aumento de gastos público y la crisis, las sucesivas Leyes de Presupuestos Generales del Estado se fueron posponiendo, frenando la implicación del padre en los cuidados del nuevo miembro, a la vez que se posponía la desigualdad entre ambos géneros en el ámbito laboral. Finalmente entró en vigor el 1 de enero de 2017.

Al año siguiente, gracias al acuerdo entre el grupo Parlamentario Ciudadanos y el Partido Popular, la Ley 6/2018, de 3 de julio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2018, se consiguió ampliar el permiso de paternidad a cinco semanas. Según el BOE, actualmente se ha aprobado el Real Decreto Ley 6/2019, de 1 de marzo de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación, según el cual se amplía el permiso de paternidad a ocho semanas a partir del 1 de abril de 2019, pretendiendo aumentarlo a doce semanas en 2020 y finalizando en dieciséis semanas en 2021.

Morán (2014) afirma que España está muy por debajo de la media europea en políticas de conciliación familiar y laboral, ya que destina muy poco presupuesto a dicho fin y se da menos de un año de permiso de maternidad, que es lo recomendable. A la vez, existe una desigualdad de género, puesto que se priva al padre de cuidar de su hijo durante los primeros meses, periodo que se considera el más importante para el bebé, ya que es el momento de mayor desarrollo del vínculo familiar con el nuevo miembro de la familia. A la vez, supondrá una gran ayuda y apoyo para la madre, que el padre esté presente.

En la Unión Europea, el Parlamento Europeo y el Consejo, el pasado 24 de enero de 2019, lograron un acuerdo provisional, en el que se pretende que el permiso de paternidad sea de mínimo diez días y remunerado, al menos al mismo nivel que la baja por maternidad (Serrano, 2019).

En un estudio hecho por Elizalde, Díaz & Díaz (2015) donde se realiza una comparación entre España y Noruega sobre el estado de bienestar en el cuidado de los menores, se muestra como en España, el permiso parental como bien se ha dicho antes puede ser transferido de la madre al padre, mientras que en Noruega, ambos progenitores se consideran tutores del menor, y por tanto, existe una diferente concepción entre ambos países, sobre quien es en última instancia el responsable de atender al menor; por lo que es necesario que ambos se cojan sus permisos correspondientes. En el caso de España, las bajas siguen siendo mayoritariamente de las madres, mientras que en Noruega, el gobierno ha intentado establecer una igualdad de género en este sentido, incrementando la participación del padre en el cuidado del recién nacido, obteniendo resultados positivos. En 2014, se estableció una cuota de mínima y no transferible de 10 semanas para el padre y para la madre.

Por otro lado, en una entrevista realizada por el periodista vasco Elorduy (2011) al embajador de Noruega, éste afirma que las guarderías son gratuitas para toda la población, favoreciendo la incorporación tanto del padre como de la madre al mundo laboral después de la maternidad, durante el primer año del recién nacido. En el caso de España, el informe sobre la evolución de la familia (2014) del Instituto de Política Familiar, refleja que el 60% de los españoles considera muy caro el servicio de escuelas infantiles, lo que explica la escasa utilización de este servicio por familias de menores recursos. La insuficiente cobertura de estos servicios en España, junto con lo inasequible que resulta como ya se ha afirmado anteriormente, da lugar a la aparición de otros cuidadores para estos bebés, como los abuelos o los canguros, ayudando a la incorporación de los padres al mundo laboral. Tobio (2012), afirma que se asume de esta manera que la familia extensa, en concreto los abuelos, se harán cargo en muchos casos del cuidado de los menores.

Elizalde, Díaz & Díaz (2015), también hablan sobre la existencia en Noruega de una prestación por parte del estado conocida como *cash benefit*, para familias con niños entre 1 y 3 años que deciden no llevar a los hijos a las escuelas infantiles. Esta prestación consiste en 700€ al mes, durante los tres años que el niño debería de estar yendo al jardín de infancia. Además, también existe otra prestación llamada *child benefit*, que es una prestación económica universal de 110€ al mes para cada niño a partir del primer mes de vida hasta los 18 años. En España, existe una ayuda hasta los 3 años de edad del menor, y depende de la situación laboral. Una madre con empleo, puede deducirse de la declaración de la renta 1.200€, pero una madre en situación de desempleo, no opta a tener este beneficio. Se entiende que esta prestación económica irá destinada al pago de guarderías o canguros, mientras que la madre está trabajando.

Desde julio de 2007 existió en España un equivalente al *cash benefit* de Noruega, llamado *cheque bebé*, en el que se daba un pago único de 2.500€ a cada niño nacido o adoptado en España, pero desapareció a finales de 2010 debido a la crisis económica.

Como dice Mazuelas (2014), la conciliación familiar es un tema de actualidad e importancia, debido a la necesidad de armonizar los intereses profesionales y personales sin que perjudique la productividad de la empresa, pudiendo compaginar la vida privada y familiar del trabajador. Debido a todo esto, España está teniendo un aumento de embarazos en edad tardía, ya que su política no protege la igualdad entre los hombres y las mujeres en cuanto a la maternidad, por lo que muchas mujeres, deciden posponer esa etapa para más adelante, buscando mientras la máxima estabilidad posible en el mundo laboral.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Para la elaboración del trabajo se ha realizado un estudio cualitativo, mediante un estudio de caso único.

4.2. Sujeto del estudio.

Se trata de una mujer de 38 años que ha dado a luz a su primer hijo. La gestación se ha conseguido mediante fecundación in vitro. Según la escala Barthel, la mujer es semidependiente para las actividades básicas de la vida diaria después de la cesárea practicada. Está casada y tiene un hijo, ya que esta gestación es la primera que ha salido adelante, las dos anteriores terminaron en abortos.

Acude a la puerta de urgencias del hospital a las 06.15 horas del día 7 de octubre, por rotura prematura de membranas. Se provoca el parto, y la mujer da a luz por cesárea el día 8 de Octubre a las 06.05 horas. La mujer da a luz en el paritorio de un hospital de la Comunidad Valenciana. Posteriormente pasa a la planta de maternidad, momento en el que se realiza la valoración de la puerpera, y comienza el estudio del caso.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio.

El estudio comenzó al observar que el número de cesáreas practicadas y de embarazos conseguidos por técnicas de reproducción asistida en el hospital, aumentaba a medida que la edad de las puerperas era mayor, por lo que comenzó a pensar si existiría alguna relación entre estos factores. La toma de contacto con la mujer a estudio, se realiza cuando ésta llega a la planta de maternidad.

El caso de la puérpera llamó la atención porque cumplía todos los factores de los que se sospechaba que había relación, por lo que se pensó el realizar un estudio del caso. Tras la exploración física, observación y entrevista en planta, la mujer se encuentra hemodinámicamente estable, tiene dolor por la cesárea practicada, y presenta un sangrado normal al llegar a planta. A la palpación, encontramos el útero por debajo del ombligo, pero muy cerca de éste, por lo que se sigue controlando para verificar su correcta involución. Se trata de una puérpera que consigue su embarazo mediante fecundación in vitro.

El estudio se realizó, por parte del personal de Enfermería de la planta de pediatría y maternidad de un hospital de la Comunidad Valenciana durante seis meses, se comenzó el día 10 de septiembre de 2018, y el estudio finalizó el día 12 de mayo de 2019.

4.4. Procedimiento de recogida de información.

4.4.1. Fuente de información.

Para la realización de este trabajo se han utilizado una serie de datos obtenidos de las siguientes fuentes:

Como fuente primaria de información:

- Se valoró a la puérpera, y se registraron los datos obtenidos en base a los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Como fuentes secundarias de información:

- Se revisó la historia clínica de la paciente, tras la obtención de su consentimiento, ya que a la mujer le parecía muy bien el trabajo que se iba a realizar. También se obtuvo información por parte del marido de la puérpera, quien daba su punto de vista, y los datos que él sabía sobre las preguntas que se le realizaron. Fue muy colaborativo.
- Mediante la observación directa se pudo ver por ejemplo, las muecas que presentaba en la cara por el dolor que tenía.

- La búsqueda bibliográfica y revisión de la información se ha realizado en las siguientes bases de datos: Scielo, Dialnet, Google Académico, BOE, Medigraphic, El Sevier, Science Direct, Index, Pubmed y la base de Eurostat Statistics. Se utilizaron los siguientes descriptores: maternidad, edad tardía, embarazo y fecundación artificial.

4.4.2. Procedimiento de información.

Una vez que se obtuvo la autorización de la mujer para el estudio de caso para el trabajo fin de carrera, se procedió a realizar toda la investigación. Ante todo se ha garantizado la confidencialidad de la mujer ya que en ningún momento se han dado datos sobre su identificación.

La valoración enfermera a la mujer puérpera, se ha realizado en función de los 11 Patrones Funcionales de Salud Marjory Gordon, era el registro existente en la unidad de puérparas. Para realizar la valoración se procedió a llevar a cabo las técnicas de exploración física, observación y entrevista. Al llegar la paciente a la planta, se recogieron los datos de mayor relevancia para iniciar los cuidados, valoración inicial, y a la vez focalizada en aquellos patrones vulnerables, en el menor tiempo posible se dejó a la mujer descansar, atendiendo a las actividades derivadas e independientes urgentes. Posteriormente, puesto que la valoración es un proceso continuo se prosiguió. Cuando la paciente se encontraba mejor, cerca de las doce de la mañana, se recogieron más datos: desarrollo de su embarazo, experiencias anteriores de embarazos, los anteriores abortos, etc...

Una vez que se han clasificado los datos en función de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se observan de esta manera los patrones alterados o con datos importantes, pudiendo identificar los diagnósticos que presentaba en función de la taxonomía Nanda I, y poder sacar el diagnóstico principal de la puérpera. Posteriormente se obtuvieron los posibles riesgos de complicación, atendiendo a su Problema de Colaboración, y siguiendo a Lynda Carpenito, de ahí, se obtuvo el riesgo de complicación principal. Fue a partir de aquí cuando se diseñó el Plan de Cuidados Individualizado para la señora en su puerperio. A la vez, una vez establecido el problema y/o riesgo a trabajar, se indicó el resultado a obtener en cada uno de ellos, el tiempo de consecución, los indicadores de resultado mediante la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC). Para alcanzar cada uno de estos resultados planificados es básico establecer una serie de intervenciones a ejecutar, señalando qué actividades se llevarán a cabo en cada una de ellas, como base para esto es necesario utilizar la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC).

Una vez establecida la Planificación se pasó a la etapa de Ejecución, teniendo en cuenta que la metodología enfermera, y que el proceso en sí es circular y vinculante en todo momento. Durante la ejecución se establece quién realiza dicha intervención, cuándo, cómo, dónde, durante, con qué, con quién, etc. Es fundamental la gestión de los recursos disponibles. Posteriormente, se tendrá que Evaluar teniendo en cuenta si los resultados establecidos en base a sus indicadores han sido alcanzados, en tiempo y forma, a la vez que será analizado el grado de consecución de los mismos. También se debe valorar posibles cambios sobre los cuidados que se están realizando, o posibles mejoras en el tratamiento e intervenciones a realizar.

A partir de este Proceso de Enfermería Individual y Continuo, se profundizó en los patrones alterados o en riesgo, se realizaron búsquedas y revisión bibliográfica más exhaustivas, para poder realizar un análisis crítico sobre la información del estudio.

4.4.3. Procesamiento de los datos.

Los datos han sido analizados y organizados en base a la metodología enfermera.

En el primer momento, como ya se ha mencionado antes, se ha realizado un registro y clasificación de la información en base a los 11 patrones de Marjory Gordon, para después, poder realizar un análisis crítico de los datos con el modelo AREA. Éste modelo, nos permitió obtener el diagnóstico enfermero principal a tratar en la puérpera según la taxonomía Nanda I. Posteriormente, mediante una red de razonamiento crítico se obtuvo el riesgo de complicación principal, entre todos los posibles riesgos que podía presentar la mujer.

A partir del diagnóstico principal, y el riesgo de complicación principal de Enfermería, se establecieron los resultados en base a la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) para la resolución del diagnóstico principal de Enfermería, y otro NOC para evitar la aparición del riesgo de complicación principal de Enfermería. Para conseguir obtener los resultados marcados, es necesario realizar una serie de intervenciones basadas en la clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), tanto para el diagnóstico principal, como para el riesgo de complicación principal, intentando de esta manera conseguir los resultados que se quieren obtener.

Se utilizó el modelo bifocal de Lynda Carpenito, para identificar los problemas independientes que presentaba la puérpera y que podía tratar Enfermería, y los problemas interdependientes, los cuales era necesario tratar con otro profesional sanitario para poder resolverlos.

A la vez que se iba haciendo la planificación de cuidados, se realizaba la búsqueda bibliográfica y revisión exhaustiva de los artículos relacionados con la temática, para poder clasificarlos y seleccionarlos, según los criterios de interés y objetivos del trabajo pudiendo de esta manera comprobar posteriormente si los cuidados realizados a la puérpera han sido los adecuados o no.

Los artículos han sido recogidos de las siguientes bases de datos:

Tabla 3. Bases de datos utilizadas y artículos obtenidos de cada una.

<p>Scielo.</p> <p><u>13 artículos.</u></p>	<p>Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave.</p> <p>La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento.</p> <p>Percepción de la fertilidad en mujeres en edad reproductiva, según su edad.</p> <p>Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna.</p> <p>Análisis de la eficacia y seguridad de la administración de cloruro mórfico epidural para el dolor postoperatorio tras cesárea.</p> <p>Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: Teoría del rango medio.</p> <p>Adoption of the Maternal Role Theorist Mercer Ramona Care Nursing Mothers and Children: Case Report in Maternal and Child Unit.</p> <p>La fecundación asistida: ¿Historia de un debate interminable? El Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.</p> <p>Comentarios a la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos caso Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) vs. Costa rica.</p>	<p>Juan Antonio Suárez. (2016)</p> <p>Jorge Manuel Balestena. (2015)</p> <p>KP Soriano (2017)</p> <p>Carlos Moya. (2017)</p> <p>M. Doniz. (2011)</p> <p>Rosario Ortiz. (2016)</p> <p>Laura Alvarado. (2011)</p> <p>Ingrid Brena. (2012)</p> <p>Ingrid Brena. (2013)</p>
--	---	---

	<p>Una mirada desde la bioética jurídica a las cuestiones legales sobre la infertilidad en el Perú.</p> <p>Tratamiento del dolor en el anciano: opioides y adyuvantes.</p> <p>La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería.</p> <p>Oxitocina frente a Carbetocina para prevenir hemorragias posparto tras cesárea.</p>	<p>Paula Siverino. (2012)</p> <p>M. P. Sáez (2016)</p> <p>Claudia Moreno (2014)</p> <p>Begoña Navarro (2014)</p>
<p>Dialnet</p> <p><u>4 artículos.</u></p>	<p>Una mirada de género al embarazo después de los 35 años: experiencias de mujeres atendidas por la red de salud de Bogotá D.C.</p> <p>Estilo de vida y salud reproductiva.</p> <p>Incidencia de dolor crónico tras la intervención quirúrgica de la cesárea.</p> <p>Implicaciones bioéticas derivadas del acceso de las parejas del mismo sexo a las tecnologías provenientes de la biomedicina y la biotecnología, para la conformación de familias homoparentales.</p>	<p>Lafaurie, M. M. (2014)</p> <p>Marco Antonio García. (2014)</p> <p>Ana María Suárez. (2017)</p> <p>Amparo de Jesús Zárate. (2015)</p>
<p>Google académico</p> <p><u>45 artículos.</u></p>	<p>Derecho a la conciliación de la vida familiar y laboral como derecho intrínseco a la igualdad.</p> <p>Comparación de la situación de la lactancia materna entre España y Noruega.</p> <p>Conciliación de la vida laboral y familiar, comparación de las normas legales en España, Ecuador y Noruega.</p>	<p>María Rayo. (2016)</p> <p>M^a Ángeles Morán. (2014)</p> <p>Adriana Guadalupe Vivero. (2017)</p>

	<p>Conciliación familiar y laboral en España y en la Unión Europea.</p> <p>Artículo de la entrevista al embajador de Noruega.</p> <p>El permiso de paternidad en España.</p> <p>Crisis y estado de bienestar en el cuidado de menores: reflexiones conceptuales a partir de un estudio comparado de España y Noruega.</p> <p>Hemorragia postparto.</p> <p>Estilo de vida y fertilidad. Actuación del profesional de Enfermería.</p> <p>El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad.</p> <p>La maternidad tardía: expresión contemporánea del patriarcado occidental.</p> <p>Maternidad durante el climaterio.</p> <p>Valoración y manejo del dolor en el parto y puerperio.</p> <p>Tipo de incisión quirúrgica como factor de riesgo asociado al dolor post cesárea en mujeres atendidas en el hospital Gineco obstétrico Isidro Ayora en el año 2014.</p> <p>Enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado del recién nacido, abordaje desde la teoría de Ramona Mercer.</p> <p>Evolución del rol y el autoconcepto de la mujer primigesta durante el embarazo.</p> <p>Reproducción humana asistida. Donación y recepción de gametos y embriones. Cuidados de enfermería.</p>	<p>Laura Mazuelas. (2014)</p> <p>Itxaso Elorduy. (2014)</p> <p>María José Serrano. (2019)</p> <p>Begoña Elizalde. (2015)</p> <p>Diana Campos. (2014)</p> <p>Alexandra Sánchez. (2017)</p> <p>William Rogelio Peña. (2011)</p> <p>María Cándida Alamillos. (2016)</p> <p>Graciela Girardi. (2014)</p> <p>Antonio Amezcua. (2017)</p> <p>Silvia Andrade. (2015)</p> <p>Yohana Milena Ruiz. (2016)</p> <p>Esther Núñez. (2014)</p> <p>Tania Bazaco. (2015)</p>
--	--	---

	<p>Reproducción humana asistida: cuidados de enfermería en la adopción de embriones.</p> <p>Reproducción humana asistida. Aportación de los cuidados de Enfermería.</p> <p>Papel de la enfermería en las técnicas de reproducción asistida.</p> <p>Fecundación In Vitro en parejas con esterilidad.</p> <p>Aportación de enfermería sobre esterilidad: prevención, origen y tratamientos.</p> <p>¿Qué es la fecundación in vitro (FIV)? - Proceso y precio.</p> <p>Comparación de conocimientos sobre sexualidad entre mujeres adolescentes con y sin hijos.</p> <p>Autonomía reproductiva y maternidad tardía: una reflexión bioética.</p> <p>El retraso de la procreación y el mantenimiento de la juventud.</p> <p>Estilo de vida y fertilidad: actuación del profesional de enfermería.</p> <p>¿Qué es la inseminación artificial conyugal y qué precio tiene?</p> <p>La conciliación entre trabajo y familia y la corresponsabilidad social en las tareas de cuidado. Análisis legislativo y comparado.</p> <p>Conocimientos de las enfermeras sobre bioética y su aplicación en el cuidado a pacientes de emergencia del Hospital General Enrique Garcés, Enero-Junio 2012.</p>	<p>Natalia Giralda. (2017)</p> <p>Cristina García. (2015)</p> <p>Sonia Revilla. (2016)</p> <p>Aránzazu Ruíz. (2013)</p> <p>Sara Gómez. (2016)</p> <p>Gorka Barrenetxea. (2018)</p> <p>Diana Elizabeth Gutiérrez. (2019)</p> <p>Ana Violeta Trevizo. (2018)</p> <p>Inés Alberdi (2016)</p> <p>Alexandra Sánchez. (2017)</p> <p>Andrea Rodrigo. (2018)</p> <p>María Teresa Luena. (2011)</p> <p>María Elizabeth Chancay. (2015)</p>
--	---	---

	<p>Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente.</p> <p>Causas de hemorragia postparto inmediato e intervención a través del proceso de atención de enfermería.</p> <p>Hemorragia postparto: incidencia y complicaciones en puérperas adolescentes.</p> <p>El Puerperio inmediato y las preocupaciones percibidas por las madres en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial General docente Riobamba, en el periodo de noviembre 2012 a abril del 2013.</p> <p>Satisfacción de la puérpera en el alojamiento conjunto con relación al Servicio de Enfermería en el periodo de julio y agosto en el Hospital Universitario de Guayaquil.</p> <p>Manejo de la anemia en el puerperio tras cesárea.</p> <p>Administración segura de fármacos en el área pediátrica. Hospital Provincial General Docente Riobamba. abril – agosto 2018.</p> <p>Evaluación de la eficacia de la implementación de un procedimiento estandarizado en flebotomía acorde a la norma GP41-A6 CLSI en el Hospital San Francisco de Quito IESS 2015-2016.</p> <p>Complicaciones puerperales. Atonía uterina.</p> <p>Manejo de la hemorragia postparto.</p> <p>Trastorno de sueño en el paciente adulto hospitalizado.</p>	<p>Juliana Villegas (2012)</p> <p>Sara Margarita Saraguro (2018)</p> <p>Tish Lane San Lucas (2018)</p> <p>Maria Dolores Matrona (2013)</p> <p>Cinthia Katerine Flores (2018)</p> <p>Raquel Patricia Duarte (2017)</p> <p>Cielito del Rosari Betancourt (2018)</p> <p>Juan Francisco Barrera (2016)</p> <p>Ana Asensio (2015)</p> <p>Álvaro Alvir (2016)</p> <p>Ledda Aguilera (2012)</p>
--	--	--

	<p>Formas de facilitar que la mujer alcance sus metas de lactancia materna.</p> <p>Factores asociados a la hemorragia puerperal y aplicación del proceso de atención de enfermería.</p> <p>Incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina.</p> <p>Hemorragia post parto - atonía uterina</p>	<p>Alison Stuebe (2014)</p> <p>Lady Magdalena Morales (2015)</p> <p>Jorge Benigno Palomo (2014)</p> <p>Tania Mónica Cruz (2016)</p>
<p>BOE</p> <p><u>3 artículos.</u></p>	<p>Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.</p> <p>Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.</p> <p>Real Decreto Ley 6/2019, de 1 de marzo de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación</p>	<p>(1999)</p> <p>(2006)</p> <p>(2019)</p>
<p>Medigraphic.</p> <p><u>7 artículos.</u></p>	<p>Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica.</p> <p>Hemorragia obstétrica, causa de muerte materna. IMSS, 2011.</p> <p>La maternidad en madres de 40 años.</p> <p>Estilo de vida, contaminación atmosférica y problemas que afectan la salud reproductiva en la mujer.</p> <p>Characterization of postpartum uterine bleeding patients where misoprostol was used.</p>	<p>Clementina Soni. (2015)</p> <p>Roberto A. Ruíz. (2011)</p> <p>Juan Miguel Martínez. (2016)</p> <p>Patricia Bizarro. (2018)</p> <p>Ana María Lugo (2014)</p>

	<p>El manejo del dolor agudo postoperatorio: una década de experiencias.</p> <p>Carbetocina y oxitocina: prevención de hemorragia posparto en pacientes con factores de riesgo para atonía uterina.</p>	<p>Alfredo Covarrubias (2013)</p> <p>Santiago Carrillo (2016)</p>
<p>El Sevier.</p> <p><u>1 artículo.</u></p>	<p>Modelos y teorías en Enfermería.</p>	<p>Martha Raile Alligood. (2018)</p>
<p>Science Direct.</p> <p><u>7 artículos.</u></p>	<p>Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento.</p> <p>La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada.</p> <p>Anestesia para cesárea.</p> <p>La enfermera como apoyo para mejorar la calidad de vida en la reproducción asistida.</p> <p>Impacto de la edad materna avanzada en las complicaciones obstétricas y perinatales de las gestaciones gemelares.</p> <p>Actualización del protocolo de tratamiento de la hemorragia obstétrica.</p> <p>Las caídas hospitalarias, estrategia de mejora para disminuir su incidencia.</p>	<p>Aldo Solari. (2014)</p> <p>Blanca Heras. (2011)</p> <p>A.Le Gouez. (2016)</p> <p>Paula Castells. (2015)</p> <p>Raquel Crespo. (2012)</p> <p>Francisco Morillas. (2014)</p> <p>Maria Eloisa García (2016)</p>
<p>Index</p> <p><u>1 artículo.</u></p>	<p>Gestaciones con edad avanzada, complicaciones y factores de riesgo más frecuentes.</p>	<p>Ana María Bonilla. (2016)</p>

<p>Pubmed</p> <p><u>2 artículos</u></p>	<p>Comparación entre la betametasona intratecal e intravenosa para el dolor postoperatorio después de una cesárea: un ensayo clínico aleatorio.</p> <p>El efecto de la inhalación de la mezcla de aromaterapia que contiene aceite de lavanda sobre el dolor postoperatorio por cesárea.</p>	<p>Taraneh Naghibi. (2013)</p> <p>Alireza Olapour. (2013)</p>
---	--	---

Fuente. Tabla de elaboración propia.

5. RESULTADOS.

5.1 Descripción del caso.

Mujer de 38 años, gestante de 35 semanas más 3 días (35⁺³) por fecundación in vitro. Casada, sin hijos, e independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Acude a la puerta de urgencias a las 06.15 horas el día 7 de Octubre, por rotura prematura de membranas.

Grupo sanguíneo B+, y estreptococo del grupo B (SGB) desconocido.

Ingresa por urgencias en paritorio, donde se comienza con tratamiento de proress para provocar el parto, y con antibioticoterapia por SGB desconocido. Se administran más de tres dosis. Da a luz por cesárea el día 8 de octubre a las 06.05h, con menos de 48 horas de bolsa rota.

Actualmente reside en Guardamar del Segura, provincia de Alicante, junto a su marido.

A su llegada a planta de maternidad tras el parto, se realiza la valoración de enfermería del estado actual.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- La paciente tiene hipertiroidismo desde 2014, controlado con tratamiento pautado por endocrino, el cual se retira antes de quedarse embarazada por fecundación in vitro, por un buen control y manejo de la enfermedad.
- Tres gestaciones y dos abortos (G3A2). Los dos abortos han sido espontáneos y posteriores al debut de la enfermedad de hipertiroidismo.
- No diabetes gestacional durante el embarazo.
- Tensión arterial dentro de parámetros normales durante el embarazo.

EXPLORACIÓN GENERAL:

A la llegada de la paciente a la planta de maternidad, se encuentra estable, pero refiere dolor en el abdomen debidas a la cesárea y a los loquios. Hemodinámicamente estable, y con sangrado postparto normal. A la palpación, encontramos el útero muy cerca de la altura del ombligo, por lo que se sigue controlando para verificar que vuelve a su posición inicial.

PRUEBAS REALIZADAS:

- Monitor
- Analítica sanguínea.

5.1.1. Valoración del caso.

La valoración de la paciente al llegar a planta de maternidad, tras su parto por cesárea, la hemos realizado en función de los 11 patrones de Marjory Gordon, ya que era el método, que mejor adaptado se consideraba para la organización de la información de nuestra paciente.

1. PATRÓN PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD.

Puérpera de 38 años, tras una gestación de 35 ⁺³ semanas por fecundación in vitro, la cual siente que la percepción de su salud es buena. Acude a la puerta de urgencias a las 06.15 horas el día 7 de octubre, por rotura prematura de membranas.

Ingresa en paritorio, donde se comienza con tratamiento de proppes para provocar el parto, y con antibioticoterapia por SGB desconocido. Se administran más de tres dosis de antibióticos. Da a luz por cesárea, el día 8 de octubre a las 06.05h. La paciente está menos de 48 horas con bolsa rota.

Llega a planta a la 08.15 h del día 8 de octubre, y se le asigna la habitación 223.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- La paciente tiene hipertiroidismo desde 2014, controlado con tratamiento pautado por endocrino, el cual se retira antes de quedarse embarazada por fecundación in vitro, por un buen control y manejo de la enfermedad.
- Tres gestaciones y dos abortos (G3A2). Los dos abortos han sido espontáneos y posteriores al debut de la enfermedad de hipertiroidismo.
- Grupo sanguíneo B+, y estreptococo del grupo B (SGB) desconocido.
- No diabetes gestacional durante el embarazo.
- Tensión arterial dentro de parámetros normales durante el embarazo.
- Serología:

Tabla 4. Serología de la embarazada.

VIH	Negativo
Toxoplasma	No inmune
Rubeola	Inmune
VHB	Negativo

Fuente. Tabla de elaboración propia.

- Actualmente, tiene todas las vacunas administradas.
- No RAM.
- No fuma ni consume alcohol, ni durante el embarazo ni anteriormente tampoco.
- No tiene ningún tratamiento habitual de medicación, ya que el tratamiento por hipertiroidismo se suspende antes del embarazo por buen control de la enfermedad.

- Para mantenerse en buen estado, refiere realizar yoga tres veces a la semana, salir a pasear casi diariamente, y meditaciones para relajar su mente.

A la llegada de la paciente a la planta de maternidad, se encuentra:

- Consciente y orientada.
- Eupneica, con 15 respiraciones por minuto.
- Hemodinámicamente estable y colaboradora.
- Sus constantes vitales son: normotensa con 123/72 mmHg de tensión arterial (TA), saturación de oxígeno (SatO₂) de 99%, y frecuencia cardiaca (FC) de 80 latidos por minuto.
- Hidratada.
- En dieta absoluta tras cesárea.
- Portadora de sonda vesical Foley del nº14 a bolsa.
- Vía periférica permeable del nº22 en MSI, con fluidoterapia y perfusión en bomba de oxitocina.
- Peso de 74 kg y 1.73 cm de altura.

Se le realizan las escalas:

- Escala visual analógica del dolor (EVA), obteniendo un 6, dolor moderado.
- Escala de Glasgow con un valor de 15, por lo que se encuentra orientada.
- Escala de Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), con un valor de 0, es decir, bajo riesgo de malnutrición.
- Escala Downton, con un valor de 2, es decir, alto riesgo de caídas.
- Escala Norton, obteniendo como resultando que no hay riesgo de úlceras por presión (UPP).
- Escala Barthel, con resultado de 40, dependencia moderada para las ABVD.

Pruebas realizadas:

- Monitor de control en paritorio.
- Analítica sanguínea en urgencias.

Tratamiento pautado por matrona en paritorio antes del parto:

- Propess, para provocar el trabajo de parto en la gestante.
- Antibioticoterapia por bolsa rota, y SGB desconocido.

Tabla 5. Tratamiento de la embarazada antes del parto.

MEDICAMENTO	UNIDADES	DOSIS	POSOLOGÍA	VIA DE ADMINISTRACIÓN
Glucosalino	1	500ml	8.00-20.00 H	Intravenosa
Fisiológico	1	500 ml	12.00-24.00H	Intravenosa
Gentamicina	1	80 mg	12.00-24.00H	Intravenosa
Ampicilina	1	1gr	8.00-16.00- 24.00H	Intravenosa
Propess	1	10 mg	1 cada 24H. (En paritorio)	Vaginal

Fuente. Tabla de elaboración propia.

DESPUÉS DEL PARTO:

Tabla 6. Tratamiento pautado por ginecóloga después del parto.

MEDICAMENTO	UNIDADES	DOSIS	POSOLOGÍA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
Glucosalino	1	500ml	8.00-20.00H	Intravenosa
Fisiológico	1	500ml	12.00-24.00H	Intravenosa
Pantoprazol	1	40 mg	16.00 H	Intravenosa
Ondansetrón	1	4 mg	12.00-24.00H (si náuseas)	Intravenosa
Bemiparina	1	3500UI	8.00 H	Subcutánea
Dexketoprofeno	1	50 mg	8.00-16.00-24.00H (si dolor no cede con paracetamol)	Intravenosa
Dolantina	1	100 mg	8.00-20.00H (si dolor severo)	Subcutánea
Paracetamol	1	1gr	8.00-16.00-24.00H	Intravenosa
Oxitocina	1	10 UI	Dosis única en bomba de perfusión comenzada en paritorio.	Intravenosa

Fuente. Tabla de elaboración propia.

2. PATRÓN NUTRICIONAL- METABÓLICO.

- En dieta absoluta tras cesárea.
- Normocoloración cutánea y de mucosas.
- Presenta 18 grapas en la parte inferior del abdomen, zona donde se ha realizado la cesárea. Desde URPA al dar el relevo, informan que se le ha realizado la cura estéril. Al llegar a planta, se comprueba que el apósito compresivo está limpio y la piel normal, no enrojecida ni irritada.
- Dentadura en buen estado.
- Tiene una temperatura de 36.7°C

- Mide 1.73 y tiene un peso de 74 kg. Ha ganado 8 kg con el embarazo. Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 24.73 Kg/m², es decir, normopeso.
- Refiere tener una dieta completa y variada, ya que come de todo, lo único que no le gusta es el puré, pero la verdura sin triturar si se la come.
- No alergia a ningún alimento.
Toma cerca de un litro y medio de agua al día.
- Ha reducido su consumo de azúcares en los últimos meses.
- No ha tenido vómitos durante el embarazo.
- Escala Norton, obteniendo como resultando que no hay riesgo de úlceras por presión (UPP).

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN.

- Diuresis por sonda vesical Foley del nº14 a bolsa, colocada para cesárea.
- Eliminación de las heces de forma diaria, y de consistencia normal.
- Apósito de cesárea limpio en parte baja del abdomen, a la altura de la pelvis.

4. PATRÓN ACTIVIDAD- EJERCICIO.

- Sus constantes son: normotensa con 123/72 mmHg de tensión arterial (TA), saturación de oxígeno (SatO₂) de 99%, y frecuencia cardiaca (FC) de 80 latidos por minuto
- Realiza tres veces a la semana yoga, sale a pasear casi diariamente con su marido, y meditaciones para relajar su mente.
- Desde hace un mes está de baja, ya que se encontraba muy cansada de estar todo el día de pie en la tienda en la que trabaja, pero en su casa se mantiene activa realizando las labores domésticas, y descansando.

- En la escala de Barthel, se obtiene un resultado de 40, dependencia moderada para las ABVD.
- Con la ayuda de su marido se moviliza por la habitación.

5. PATRÓN SUEÑO- DESCANSO.

- Duerme una media de 8 diarias.
- No toma ningún tratamiento para dormir.
- Realiza una meditación diaria por las noches para relajarse, antes de ir a dormir.
- Refiere no haber dormido desde que ha dado a luz, ya que siente dolor por la cesárea, y tiene un poco de miedo a que el bebé esté pasando hambre y le pase algo, ya que no se maneja bien con la lactancia.

6. PATRÓN COGNITIVO- PERCEPTUAL.

- Consciente y orientada.
- Con un valor de 15 en la escala de Glasgow, por lo que se encuentra en perfecto estado.
- No tiene problemas de visión ni audición.
- Suele leer mucho y ver la televisión.
- En la escala EVA refiere un nivel de dolor de 6, dolor moderado. Llegó de paritorio con analgesia, puesta justo antes de subir a planta.

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO.

- se considera una chica normal.
- Se encuentra tranquila.
- Ha disfrutado mucho con su embarazo, ya que tenía muchas ganas de tener a su bebé.
- Quiere bajar un poco de peso ahora que ha finalizado el embarazo, para intentar quitarse los kilos que ha ganado durante este periodo con su dietista.

8. PATRÓN ROL- RELACIONES.

- Vive junto a su marido, quien le acompaña.
- Se junta con su familia casi todos los domingos para comer.

9. PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN.

- Su primera menarquia fue a los 17 años.
- Tiene una regla regular cada 28 días.
- Madre primeriza.
- Ha tenido G3A2P1 (3 gestaciones, 2 abortos y 1 parto). Los dos abortos han sido de forma espontánea, y posteriores a la enfermedad de hipertiroidismo. El primer aborto fue hace 4 años, en 2014, y ocurrió a los dos meses de embarazo. Lo pasaron muy mal, pero se apoyaron mutuamente diciendo que iban a buscar otro y gracias a eso se animaron a tener hijos, ya que anteriormente, no se lo habían planteado todavía, ya que ella pretendía dejarlo para más adelante, por miedo a perder el trabajo, y así poder aprovechar mientras para seguir con su formación académica. En el segundo aborto, dos años más tarde que el anterior, en 2016, lo pasaron mucho peor, ya que fue buscado debido a la pérdida del anterior, y tenían muchas esperanzas. Al perderlo otra vez, pensaron que no podrían ser padres. Se apoyaron mucho el uno en el otro, y la familia les ayudó en todo momento. Ella refiere que lo pasó muy mal en aquel momento, ya que se sentía fatal de ver que no podía conseguir que un bebé creciera en ella, sintiéndose responsable de la situación, a pesar de que su marido le apoyo y nunca la hizo culpable de nada. Debido a los dos abortos, decidieron ir a una clínica de fertilidad, con la que han conseguido este tercer embarazo por fecundación in vitro, aunque ella se sentía mal, porque siempre había pensado que su embarazo sería concebido de forma natural, pero lo vio cómo su única salida para ser madre. Según ella, se sintió muy protegida y arropada por las enfermeras de la clínica de fertilidad, consiguiendo que cada vez estuviera más entusiasmada por su embarazo.

Ahora tiene mucho miedo a que al nuevo bebé le pase algo, ya que después de dos abortos este bebé ha sido muy deseado y esperado, y siente que como madre primeriza, está en un entorno nuevo y desconocido.

- Tras el parto, útero un poco más abajo de la altura del ombligo a la palpación, en proceso de evolución a la normalidad y con sangrado moderado. Apósito de cesárea limpio. La ginecóloga pauta tratamiento con oxitocina para provocar las contracciones uterinas, ayudando a que el útero vuelva a su correcta ubicación y tamaño.
- Subida de la leche materna en proceso, y con lactancia materna a demanda del bebé pero sin manejo adecuado.
- Ha pedido que se le ayude y enseñen cosas sobre la lactancia, ya que desea dar lactancia materna exclusiva, y los cuidados del cordón umbilical del recién nacido, ya que se encuentra un poco pérdida.

10. PATRÓN ADAPTACIÓN- TOLERANCIA AL ESTRÉS.

- Se encuentra muy feliz con su vida y su pareja y su hijo.
- No tiene hábitos tóxicos.
- Todos sus problemas los intenta solucionar junto a su pareja, con apoyo mutuo.

11. PATRÓN VALORES Y CREENCIAS.

- Creyente en la religión católica.

5.2. Plan de Cuidados.

5.2.1. Diagnósticos de enfermería.

1. PATRÓN PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD.

(00004) Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo.

- Dominio: 11
- Clase: 1
- Etiqueta: Riesgo de infección.
- Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

2. PATRÓN NUTRICIONAL- METABÓLICO.

(00025) Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c pérdida excesiva de líquidos a través de vías anormales.

- Dominio: 2
- Clase: 5
- Etiqueta: Riesgo de déficit de volumen de líquidos.
- Vulnerable a sufrir una disminución del volumen de líquidos intravascular, intersticial, y/o intracelular, que puede comprometer la salud.

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c procedimiento invasivo m/p lesión tisular.

- Dominio: 11
- Clase: 2
- Etiqueta: Deterioro de la integridad tisular.
- Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN.

(00206) Riesgo de sangrado r/c complicaciones del posparto.

- Dominio: 11
- Clase: 2
- Etiqueta: Riesgo de sangrado.
- Vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud.

(00250) Riesgo de lesión del tracto urinario r/c variación anatómica en los órganos pélvicos.

- Dominio: 11
- Clase: 2
- Etiqueta: Riesgo de lesión del tracto urinario.
- Vulnerable a una lesión de las estructuras del tracto urinario a causa del uso de catéteres, que puede comprometer su salud.

4. PATRÓN ACTIVIDAD- EJERCICIO.

(00085) Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p discomfort.

- Dominio: 4
- Clase: 2
- Etiqueta: Deterioro de la movilidad física.
- Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

(00155) Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad.

- Dominio: 11
- Clase: 2
- Etiqueta: Riesgo de caídas.
- Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.

5. PATRÓN SUEÑO- DESCANSO.

(00095) Insomnio r/c factores estresantes m/p cambios en el patrón del sueño.

- Dominio: 4
- Clase: 1
- Etiqueta: Insomnio.
- Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

6. PATRÓN COGNITIVO- PERCEPTUAL.

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p autoinforme de la intensidad del dolor usando escalas estandarizadas.

- Dominio: 12
- Clase: 1
- Etiqueta: Dolor agudo.
- Experiencia sensorial y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO. (No alterado).

8. PATRÓN ROL- RELACIONES. (No alterado).

9. PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN.

(00106) Disposición para mejorar la lactancia materna m/p la madre expresa deseo de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna exclusiva.

- Dominio: 2
- Clase: 1
- Etiqueta: Disposición para mejorar la lactancia materna.
- Patrón de aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede ser reforzado.

(00208) Disposición para mejorar el proceso de maternidad m/p expresa deseo de mejorar las técnicas de cuidado del bebé.

- Dominio: 8
- Clase: 3
- Etiqueta: Disposición para mejorar el proceso de maternidad.
- Patrón de preparación y mantenimiento de un embarazo, parto y cuidado del recién nacido saludables, que puede ser reforzado.

(00148) Temor r/c entorno desconocido m/p sentimiento de temor.

- Dominio: 9
- Clase: 2
- Etiqueta: Temor.
- Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

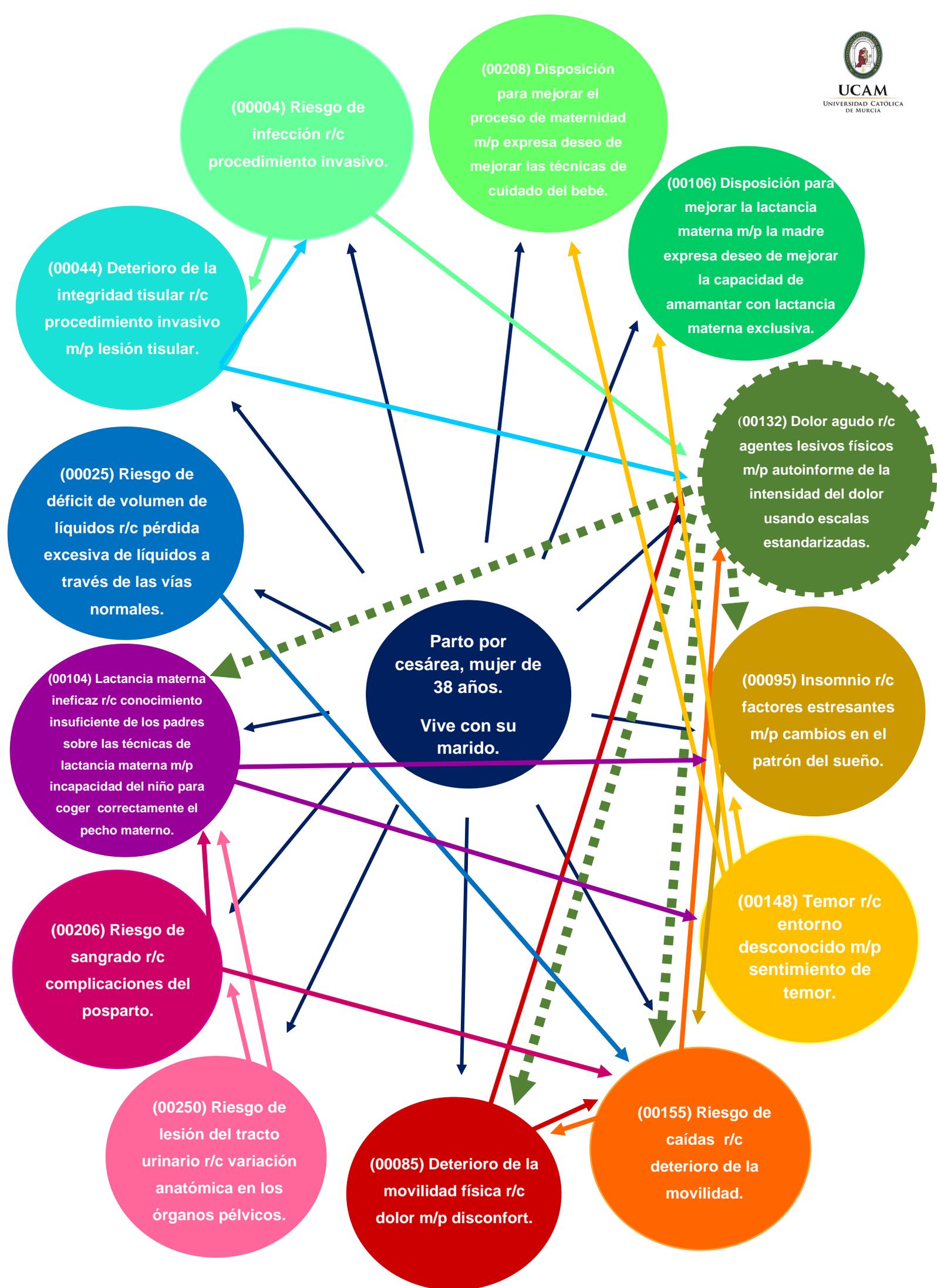
(00104) Lactancia materna ineficaz r/c conocimiento insuficiente de los padres sobre las técnicas de lactancia materna m/p incapacidad del niño para coger el pecho materno correctamente.

- Dominio: 2
- Clase: 1
- Etiqueta: Lactancia materna ineficaz
- Dificultad en el aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede comprometer el estado nutricional del neonato/lactante.

10. PATRÓN ADAPTACIÓN- TOLERANCIA AL ESTRÉS. (No alterado).

11. PATRÓN VALORES Y CREENCIAS. (No alterado).

Priorización del diagnóstico de enfermería principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el modelo área.



Justificación del diagnóstico principal.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE ENFERMERÍA  (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p autoinforme de la intensidad del dolor usando escalas estandarizadas.

- Dominio: 12
- Clase: 1
- Etiqueta: Dolor agudo.
- Experiencia sensorial y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

Se decide elegir como diagnóstico principal de enfermería el dolor agudo, ya que según (Andrade Vásquez, Caiza Pérez, & Gallegos Vintimilla, 2015) en su trabajo de tesis, afirman que las intervenciones ginecológicas y obstétricas, entre ellas la cesárea, son algunas de que las que conllevan mayor grado de dolor. El control del dolor post-operatorio es más difícil, lo que merece una consideración especial en su tratamiento.

Además, es muy importante el manejo del dolor en las puérperas por cesárea, ya que, conseguiremos mejorar el estado de la madre y del neonato, debido a que la presencia del dolor va a retrasar su recuperación, provocando posibles complicaciones, como por ejemplo, tromboembolismos o el retraso en la producción de leche materna, alargando el proceso de restablecimiento de su salud.

- Se relaciona el dolor agudo con el insomnio, ya que según (Aguilera, Díaz & Sánchez, 2012) existen factores que afectan al sueño en los pacientes, entre ellos la presencia de dolor de agudo a severo durante la hospitalización. La afectación del sueño, va a condicionar la sensación de bienestar de las personas y puede tener consecuencias psicológicas y fisiológicas en su salud. Debido a esto, se considera de importancia el control del dolor en la puérpera, para ayudar y favorecerle el sueño y descanso, y su correcta recuperación.
- Según (Flores Murillo & Guzmán Borja, 2018) en su trabajo de tesis, las puérperas que tuvieron una cesárea, presentaron mayor dolor que las puérperas por parto vaginal, provocando una deambulación y movilización más difícil. Por ello, se relaciona el dolor con el deterioro de la movilidad física, ya que se cree que si se consigue disminuir el dolor, se conseguirá un mayor confort, y con ello, una mayor recuperación de la movilidad de la mujer.
- Según un artículo publicado, realizado por (García-Huete et al., 2016) existen factores intrínsecos en los pacientes, que favorecen el riesgo de caídas, entre ellos encontramos el dolor agudo o crónico. Estos factores, se deben de tener en cuenta por el personal de enfermería, para intentar controlar y evitar cualquier caída durante su hospitalización. Por ello, se relaciona el dolor agudo, con el riesgo de caídas, ya que el dolor agudo presente en la paciente, será un factor, que ayudará a que tenga una mejor o peor movilización, pudiendo desencadenar una caída en la puérpera.

- Se relaciona el dolor agudo con la lactancia materna ineficaz, ya que según (Stuebe, 2014) en su artículo publicado, afirma que la bajada de la leche se produce al escuchar, ver u oler al bebé y se inhibe por el dolor y el estrés. Por ello, se considera de importancia el control del dolor en la puérpera, para ayudar de esta manera, a una mejor lactancia materna eficaz.

5.2.2. Problema de colaboración (PC)/ riesgos de complicación (RC).

- Riesgo de plan de cuidados de pacientes hospitalizados.
 - RC de disminución cardiovascular.
 - RC de insuficiencia cardiorespiratoria.
- PC: Anemia.
 - RC de sobrecarga de hierro.
- PC: Trombosis venosa profunda.
 - RC de embolia pulmonar.
- PC: Cirugía general; Periodo postoperatorio.
 - RC de tromboflebitis.
 - RC de íleo paralítico.
 - RC de hipovolemia/ shock.
 - RC de evisceración/ dehiscencia.
- PC: Período posparto general.
 - RC de hemorragia.
 - RC de atonía uterina.
 - RC de retención de fragmentos placentarios.
 - RC de retención urinaria.

- PC: Mastitis.
 - RC de absceso.

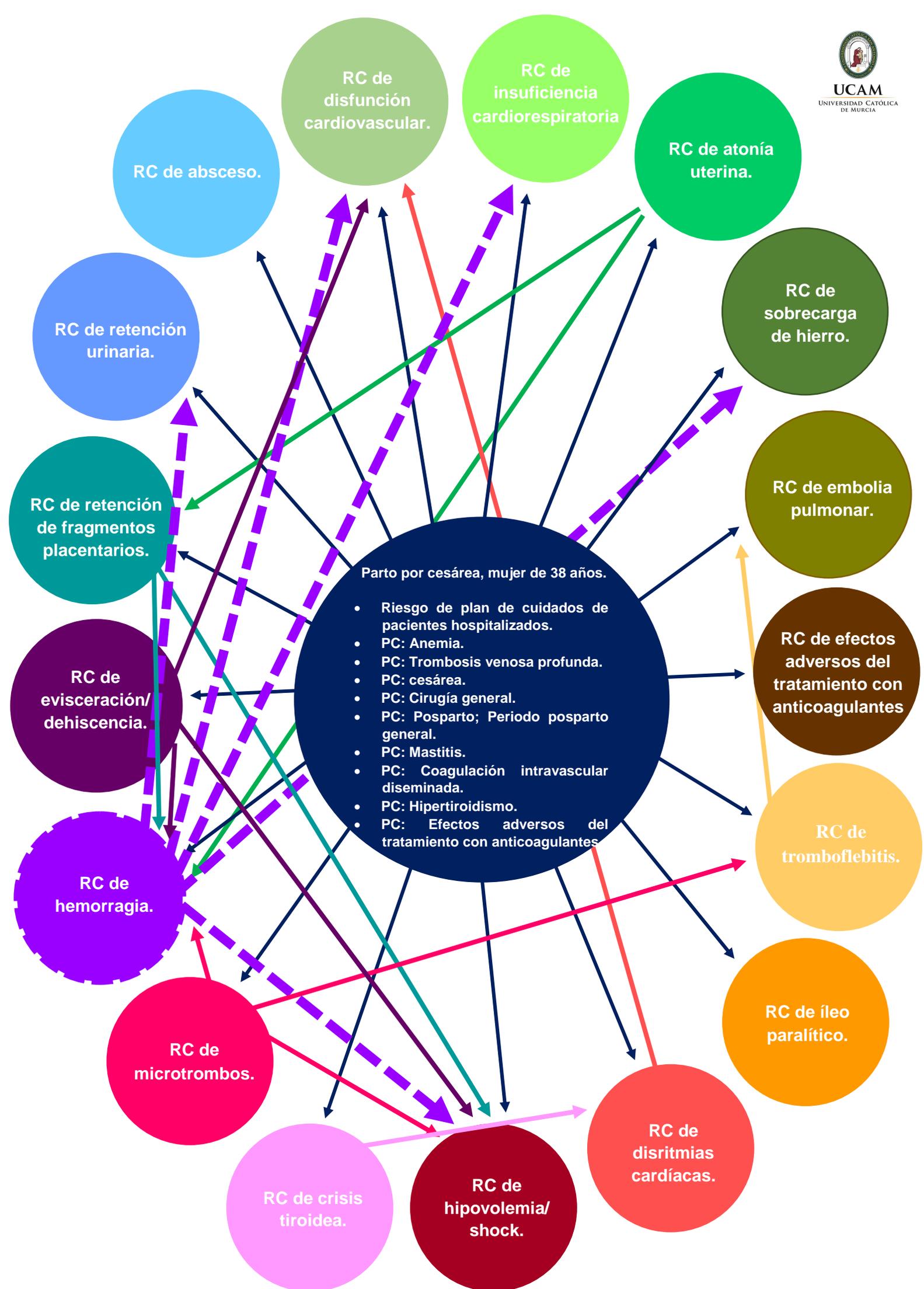
- PC: Coagulación intravascular diseminada.
 - RC de microtrombos.

- PC: Hipertiroidismo.
 - RC de crisis tiroidea.

 - RC de disritmias cardíacas.

- PC: Efectos adversos del tratamiento farmacológico.
 - RC de efectos adversos del tratamiento con anticoagulantes.

Priorización del riesgo de complicación principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el modelo área.



Justificación del riesgo de complicación principal.

RCp  RC DE HEMORRAGIA.

Se ha seleccionado como riesgo de complicación principal la hemorragia, debido a que es el riesgo más importante de monitorizar en una puérpera para que no ocurra, ya que, evitándolo, conseguiré que no le aparezcan otros muchos problemas de salud derivados de esta complicación.

- Se relaciona la hemorragia con la hipovolemia, ya que según (Saraguro Salinas & Ullauri Echeverria, 2018) cuando una puérpera se encuentra en estado crítico tras una gran hemorragia, su tensión arterial va a disminuir, derivando en un shock hipovolémico. Si se llega a esta situación, se verá muy comprometido el estado de salud de la mujer.
- Según (Álvaro, Lasunción, Aragón, Iturbe, & Campo, 2016) no existe un método perfecto para la estimación de la hemorragia, pero ellos realizan una clasificación en diferentes clases, según la pérdida estimada de sangre y los signos y síntomas que presentarían. En la clase III, se ve que entre los signos y síntomas que presentaría la puérpera se encuentra la oliguria, por lo que se puede relacionar la hemorragia con la oliguria.

- Se relaciona la hemorragia puerperal con la insuficiencia cardiorespiratoria, ya que, según (San Lucas Peña & Arana Gordillo, 2018) la incidencia de hemorragia en mujeres que han dado a luz por cesárea, es mayor que cuando el parto se ha producido por vía vaginal, y entre los signos que encontramos cuando esto ocurre, es la disminución de la saturación de oxígeno por debajo del 95%.
- Se relaciona la hemorragia con la disminución cardiovascular, ya que según (Lugo Sánchez, 2014) en su artículo publicado en la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, existe un cuadro clínico característico en las puérperas que sufren hemorragia posparto. Entre los signos y síntomas que se encontraría en estas mujeres, sería la hipotensión arterial y la palidez.
- Según (Duarte Estrada, 2017), en un estudio que se realizó, se observó que la anemia posparto estaba presente, en mujeres que habían sufrido hemorragias durante o después del parto entre otros factores. Por lo tanto, se puede afirmar, que existe una relación entre la hemorragia y la incidencia de mujeres con tratamiento de hierro después de un parto.

5.2.3. Planificación.

Planificación del DxEp.

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p autoinforme de la intensidad del dolor usando escalas estandarizadas.

- Dominio: 12
- Clase: 1
- Etiqueta: Dolor agudo.
- Experiencia sensorial y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

Resultado (NOC).

(2102) NIVEL DEL DOLOR.

- Dominio: V, salud percibida.
- Clase: V, sintomatología.
- Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado.

Tabla 7. Indicadores del NOC nivel del dolor.

INDICADORES	P.I	P.D	TIEMPO
(210201) Dolor referido.	2	5	7H
(210204) Duración de los episodios de dolor.	2	5	7H
(210221) Frotarse el área afectada.	2	5	7H
(210217) Gemidos y gritos.	4	5	7H
(210206) Expresiones faciales de dolor.	2	5	7H
(210208) Inquietud.	2	5	7H
(210222) Agitación.	3	5	7H
(210223) Irritabilidad.	4	5	7H
(210224) Muecas de dolor.	2	5	7H
(210225) Lágrimas.	4	5	7H
(210215) Pérdida de apetito.	5	5	7H
(210227) Náuseas.	5	5	7H

Escala Likert: 1-Grave/ 2-Sustancial/ 3-Moderado/ 4-Leve/ 5-Ninguno.

Fuente. Tabla de elaboración propia basada en NOC 2014.

Tabla 8. Indicadores del NOC nivel del dolor.

INDICADORES	P.I	P.D	TIEMPO
(210210) Frecuencia respiratoria.	5	5	7H
(210220) Frecuencia del pulso radial.	5	5	7H
(210212) Presión arterial.	5	5	7H
(210214) Sudoración.	3	5	7H

Escala Likert: 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.

Fuente. Tabla de elaboración propia basada en NOC 2014.

Intervenciones (NIC)

(2210) ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS.

- Campo: 2, Fisiológico: Complejo.
- Clase: H, Control de fármacos.
- Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.
- Actividades:
 - Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
 - Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
 - Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
 - Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor.
 - Firmar el registro de narcóticos y otros medicamentos restringidos de acuerdo con el protocolo de la institución.

(2300) ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN.

- Campo: 2, Fisiológico: Complejo
- Clase: H, Control de fármacos
- Definición: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
- Actividades:
 - Mantener la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.
 - Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
 - Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.
 - Asegurarse de que los hipnóticos, narcóticos y antibióticos son suspendidos o indicados de nuevo en la fecha de renovación.
 - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

(1400) MANEJO DEL DOLOR.

- Campo: 1, Fisiológico: Básico.
- Clase: E, Fomento de la comodidad física.
- Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
- Actividades:
 - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
 - Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
 - Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
 - Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.
 - Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

(6680) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES.

- Campo: 4, Seguridad.
- Clase: V, Control de riesgos.
- Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

▪ Actividades:

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar si hay cianosis central y periférica.
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Monitorizar la pulsioximetría.

5.2.4. Planificación del RCp.

RCp  RC de hemorragia.

Resultado (NOC)

(2511) ESTADO MATERNO: PUERPERIO.

- Dominio: VI, salud familiar.
- Clase: Z, estado de salud de los miembros de la familia.
- Definición: Grado en el que el bienestar materno está dentro de los límites normales desde el alumbramiento de la placenta hasta completar la involución uterina.

Tabla 9. Indicadores del NOC estado materno: puerperio.

Indicadores de estado materno: puerperio. (251101) Equilibrio emocional.	5	5	7H
(251102) Confort.	5	5	7H
(251103) Presión arterial.	5	5	7H
(251123) Frecuencia del pulso radial.	5	5	7H
(251106) Altura del fondo uterino.	5	5	7H
(251107) Cantidad de loquios.	5	5	7H
(251124) Color de los loquios.	5	5	7H
(251112) Temperatura corporal.	5	5	7H
(251114) Eliminación urinaria.	5	5	7H
(251115) Eliminación intestinal.	5	5	7H
(251116) Ingesta de alimentos y líquidos.	5	5	7H
(251117) Actividad física.	5	5	7H
(251120) Hemoglobina.	5	5	7H
(251121) Recuento leucocitario.	5	5	7H

Escala Likert: 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.

Fuente. Tabla de elaboración propia según NOC 2014.

Tabla 10. Indicadores del NOC estado materno: puerperio.

INDICADORES	P.I	P.D	TIEMPO
(251113) Infección.	5	5	7H
(251125) Dolor de la herida quirúrgica.	5	5	7H
(251126) Fatiga.	5	5	7H
(251127) Sangrado vaginal.	5	5	7H

Escala Likert: 1-Grave/ 2-Sustancial/ 3-Moderado/ 4-Leve/ 5-Ninguno.

Fuente. Tabla de elaboración propia según NOC 2014.

Intervenciones (NIC)

(4026) DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA: ÚTERO POSPARTO.

- Campo: 2, Fisiológico: Complejo.
- Clase: N, Control de la perfusión tisular.
- Definición: Limitación de la pérdida de sangre del útero posparto.
- Actividades:
 - Revisar el historial obstétrico y el registro de partos para ver los factores de riesgo de hemorragia posparto (p.ej., historial anterior de hemorragias posparto, partos largos, inducción, preclampsia, expulsivo prolongado, parto asistido, parto múltiple, parto por cesárea o parto precipitado).
 - Evaluar la distensión de la vejiga.
 - Observar las características de los loquios (p.ej., color, coágulos y volumen).
 - Administrar oxitócicos por vía i.v. o i.m., según protocolo u órdenes.
 - Monitorizar el color, nivel de conciencia y dolor de la madre.

(6930) CUIDADOS POSPARTO.

- Campo: 5, Familia.
- Clase: W, Cuidados de un nuevo bebé.
- Definición: Proporcionar cuidados a la mujer durante el período de 6 semanas que comienza justo después del parto.
- Actividades:
 - Monitorizar signos vitales.
 - Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos.
 - Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación.
 - Fomentar una deambulación precoz y frecuente, ayudando a la paciente cuando sea necesario.

- Monitorizar la vejiga urinaria, incluidas las entradas y salidas (p. ej., vaciado vesical, palpabilidad, color, olor).

(4238) FLEBOTOMÍA: MUESTRA DE SANGRE VENOSA.

- Campo: 2, Fisiológico: Complejo.
- Clase: N, Control de la perfusión tisular.
- Definición: Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.
- Actividades:
 - Revisar la orden médica de la muestra que debe extraerse.
 - Minimizar la ansiedad del paciente explicando el procedimiento y las razones de la extracción, según corresponda.
 - Verificar la correcta identificación del paciente.
 - Seleccionar el tipo y el tamaño de aguja adecuados.
 - Solicitar al paciente que permanezca quieto durante la venopunción.

5.2.5. Ejecución.

Cronograma de intervenciones/ actividades.

Tabla 11. Actividades realizadas por Enfermería en el turno de mañana.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.	TURNO DE MAÑANA							
	8	9	10	11	12	13	14	15
(2210) Administración de analgésicos.					X			
(2300) Administración de medicación.					X			
(1400) Manejo del dolor.	X	X			X		X	
(6680) Monitorización de los signos vitales.	X		X		X		X	
(4338) Flebotomía: muestra de sangre venosa.		X						
(4026) Disminución de la hemorragia: útero posparto.			X					
(6930) Cuidados posparto.	X							

Fuente. Tabla de elaboración propia basada en NIC 2013.

Redacción de intervenciones a realizar.

- **7.45H.** Se llega al hospital de Torrevieja, para subir a la planta de materno-infantil y coger el relevo de las compañeras que han estado en el turno de noche. La compañera, nos da todos los datos importantes sobre cada paciente del que nos vamos a ocupar durante la mañana. Nos informan, que una de las pacientes, la que tiene asignada la habitación 223, es una puérpera que ingresó por urgencias el día 7 de Octubre de madrugada por rotura de membranas, y esta madrugada del día 8 ha dado a luz en un parto por cesárea hace dos horas. Nos dicen todos sus datos importantes sobre sus antecedentes y el parto, y que subirá dentro de poco desde paritorio con el celador, porque ya les han llamado para darles el relevo de la paciente. De todos los cuidados pertenecientes al bebé, se va a encargar la enfermera de la unidad de neonatos, las enfermeras de la planta, se ocupan del protocolo de acogida al llegar las puérperas, de los cuidados de la madre y lactancia.
- **8.00H.** puesto que la medicación de las ocho de la mañana ya está puesta por los compañeros del turno de noche, se procede a la toma de constantes vitales de los pacientes de la mañana, según protocolo del hospital.
- **8.20H.** sube la paciente de la habitación 223 desde paritorio, se da la enhorabuena los padres, y se realiza protocolo de acogida de la paciente en planta en el que se realiza:
 - (6680) Monitorización de constantes vitales.

La monitorización de las constantes se realiza según protocolo del hospital. Por norma general se realiza por turno, pero las puérperas se monitorizan en paritorio cada 15 minutos, y al subir a planta las constantes se toman cada dos horas.

Antes de salir de la habitación, se realiza el lavado de manos con agua y jabón.

Se coge el tensiómetro, donde va conectado también el pulsioxímetro y nos vamos a la habitación de la paciente junto con la auxiliar, la cual se va a encargar de llevar la cuna para el nuevo bebé con todo lo necesario para él y el termómetro para tomarle la temperatura a la madre.

Se llega a la habitación y se toca a la puerta para pedir permiso. Al entrar en la habitación se da la enhorabuena al papá y a la mamá, se realiza la valoración de enfermería en función de los once patrones de Marjory Gordon, y se procede con los cuidados de la madre.

Se informa a la madre que vamos a realizar la toma de constantes, y que es una técnica no dolorosa, por lo que debe estar tranquila y relajada. Según (Matamoros Huiracocha, 2010), el procedimiento se realiza de la siguiente manera:

- Se coloca a la paciente en posición cómoda, y con el brazo extendido a la altura del corazón.
- Como la paciente lleva camión de manga corta, no es necesario retirar ropa, se sube un poco la manga y es suficiente.
- Se coloca el manguito alrededor del brazo, por encima del codo unos dos centímetros, colocando la señal indicativa de este en la arteria humeral y con el tubo del manguito hacia abajo. Esto indica que el manguito está colocado correctamente.
- Se pulsa el botón del tensiómetro, el cual va a realizar la valoración de la paciente.
- Por último, se retira el manguito al pitar el tensiómetro, esto indica el resultado de los valores de la tensión arterial y el pulso de la paciente.

- A la vez que la enfermerita calcula el valor de tensión arterial, se realiza la toma de saturación de oxígeno, técnica que según (Villegas González, Villegas Arenas & Villegas González, 2012) es muy simple. Se coge el pulsioxímetro de la enfermerita, que dispone de un sensor en forma de pinza, el cual contiene un productor de luz que se refleja en la piel del dedo, para estimar la cantidad de oxihemoglobina circulante del paciente, que depende de la luz absorbida por ella. Se conecta el sensor en el dedo del paciente, y se espera a que calcule los valores.
- La auxiliar informa sobre el valor de la temperatura obtenido.
- Se obtiene un valor de:

Tabla 12. Contantes vitales de la puerpera.

Tensión arterial	123/72
Saturación de oxígeno	99%
Frecuencia cardiaca	80 latidos por minuto.
Temperatura	36.7°C

Fuente. Tabla de elaboración propia.

- (6930) Cuidados posparto.

Según (Moreno Mojica, et al., 2014) en su artículo de innovación de la revista Cuidarte, afirma que existen una serie de factores que se deben controlar para disminuir la morbi-mortalidad perinatal.

Por ello, se pregunta a la paciente como se encuentra, a lo que la paciente nos responde que cansada pero bien y contenta.

Se le pide a la paciente que se tumbe en la cama, para poder palpar su útero y comprobar si está volviendo a su ubicación.

Antes de destapar a la paciente, se le pregunta si prefiere estar sola o le da igual la presencia de su pareja, a lo que ella nos responde que no tiene ningún problema, que su marido se puede quedar, por lo que se levantan las sábanas y el camisón de la mujer, y se realiza la palpación del útero, ya que según (Asensio Díaz, 2014), la palpación del útero a través del abdomen es una buena forma de comprobar la existencia de atonía uterina y hemorragia posparto. Se realiza, colocando la mano sobre el abdomen, a la altura más o menos del ombligo, y se palpa el útero, el cual debe de estar por debajo de la altura del ombligo.

En la paciente, el útero se encuentra por debajo de la altura del ombligo, por lo que se puede afirmar, que de momento no existe atonía uterina, y presenta un sangrado normal, por lo que tampoco tiene hemorragia posparto.

Se informa a la paciente que el sangrado que presenta es normal, y debe de controlarlo. Para que ella lleve un control del sangrado, se le dice que tiene que ser más o menos como una regla, si sangrará más, que toque al timbre de la habitación, y nos avise para venir y comprobarlo nosotras.

Según (Gouez & Bonnet, 2016) es importante en las puérperas por cesárea la administración sistémica de oxitocina para prevenir la hemorragia posparto, el retorno rápido de la alimentación oral y una retirada precoz de la sonda vesical. Por ello, se informa a la paciente que la perfusión de oxitocina que se le está administrando, es para provocar que el útero vuelva a su posición normal, ya que al haber sido una cesárea, hay que ayudar a la involución uterina de forma artificial. También se le informa que de momento no puede comer y debe llevar la sonda, pero más tarde cuando pase la ginecóloga a verla por la planta, ella nos informará si puede comer y cuando se retira la sonda.

También se le dice que cuando se le pase del todo el efecto de la anestesia y se quiera levantar, es importante que lo realice acompañada, ya que muchas veces se marean.

- (1400) Manejo del dolor.

A la madre se le informa, que al darnos el relevo desde paritorio nos han informado que ya se le había administrado paracetamol para el dolor, por lo de momento no se le puede administrar nada, pero que si el dolor crece y se hace más fuerte, que nos avise y hablamos con la ginecóloga a ver si le pudiera pautar algo más fuerte. Se le realiza la escala EVA para ver el grado el dolor presente en la paciente, a lo que ella responde que tiene un dolor de 6, pero que su dolor está siendo cada vez menor.

Según (Covarrubias Gómez, 2013) afirma que la evaluación del dolor postoperatorio debe tener como marco de referencia la intensidad. Para la evaluación de esta se utiliza la escala recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es decir, la escala EVA, en la que el paciente nos va a traducir la intensidad de su dolor en una escala del 0 al 10, donde 0 es no dolor y 10 es dolor intenso o severo.

- Asesoramiento y dudas sobre la lactancia.

Se pregunta a la paciente si va a dar el pecho al bebé, o le va a dar lactancia artificial, a lo que ella nos informa que le gustaría darle lactancia materna exclusiva, pero que necesita ayuda porque no se maneja muy bien. Por ello, se ayuda y enseña a la madre, como colocarse ella para estar cómoda, y las diferentes posturas en las que puede colocar al bebé para darle el pecho.

Una vez comprobado que tras los consejos la madre se maneja mejor, se deja a la auxiliar que se quede en la habitación, explicando a los padres los cuidados del bebé, como por ejemplo, la cura del cordón.

- **9.15H.** la ginecóloga al pasar la planta, nos informa sobre la puérpera de la habitación 223:

- Nos deja una petición para un hemograma.
- La mujer puede comenzar a tolerar una dieta blanda en la comida
- La retirada de la sonda vesical que la realicen esta tarde.

Por ello, se coge el carro de curas y nos disponemos a la habitación de la paciente para la realización de la analítica.

- (4238) Flebotomía: muestra de sangre venosa.

Para realizar esta técnica se utiliza como guía los pasos a seguir descritos por (Bustamante García, 2016) ya que según él, una flebotomía se divide en tres fases:

- Fase de prepunción
 - ✓ Se explica a la paciente la técnica que se le va a realizar, con la intención de que esté calmada.
 - ✓ También se realiza una verificación de la orden médica, verificando el nombre de la paciente, fecha de nacimiento y número de historia clínica.
 - ✓ Se prepara el material necesario para la técnica: gasas, guantes, agujas para punción intravenosa, jeringas, compresor y alcohol.
 - ✓ Como la paciente se encuentra acostada en la cama, se le pide que no se mueva, ya que se va a realizar la analítica en esa posición y que extienda el brazo encima de la cama.
 - ✓ Se realiza la selección de la zona para realizar la venopunción mediante palpación de la vena.
 - ✓ Se realiza el lavado de manos con solución hidroalcohólica y se colocan los guantes.

- ✓ Para mantener limpia la zona se realiza desinfección con antiséptico con movimientos circulares desde el centro hacia fuera, para la remoción de los microorganismos. Posteriormente a este paso, se deja el secado espontáneo de la zona y no se vuelve a tocar, ya que en este caso se estaría contaminando otra vez la zona.
 - ✓ Se pide al paciente que abra y cierre la mano para favorecer la dilatación de la vena.
 - Fase de punción:
 - ✓ Se asegura la aguja a la base de la jeringuilla.
 - ✓ La inserción de la aguja se realiza en un ángulo de 10-30°.
 - ✓ Se debe ingresar la aguja a una profundidad de 2 a 5 cm de largo.
 - ✓ Una vez realizada la punción, se dice al paciente que deje abierta su mano para mejorar el flujo sanguíneo.
 - ✓ Se informa a la paciente cuando se inicie la extracción.
 - ✓ Se elimina la presión del compresor una vez realizada la punción
 - Fase postpunción:
 - ✓ Se realiza la extracción de la aguja de forma suave colocando sobre el sitio de punción una gasa con alcohol al 70% para generar la hemostasia primaria.
 - ✓ Se desecha la aguja en el contenedor amarillo.
 - ✓ Se realiza compresión en el sitio de punción durante 2 a 5 minutos, verificando que se controle el sangrado.
- Una vez finalizada la técnica se tira todo el material restante a la basura, se realiza el lavado de manos.

- (1400) Manejo del dolor.

Antes de salir de la habitación se realiza la escala EVA a la paciente, obteniendo un valor de 1, por lo que el dolor está mejorando mucho.

Se le pide a la paciente que informe al personal ante cualquier cambio y se vuelve al control junto con el carro de curas para registrar todas las actividades realizadas a los pacientes hasta ahora.

- **10.30H.**

- (6680) Monitorización de los signos vitales.

Se vuelve a la habitación de la paciente y se realiza la monitorización de los signos vitales siguiendo el mismo protocolo anterior. Obteniendo un valor normal de todos los parámetros.

- (4026) Disminución de la hemorragia: útero posparto.

Es de vital importancia evitar la hemorragia posparto en las púerperas, ya que según (Solari, Solari, Wash, Guerrero, & Enríquez, 2014), la hemorragia posparto, es una de las principales emergencias obstétricas. Habitualmente ocurre por la atonía uterina, por ello, se vuelve a valorar la altura del útero de la paciente 223, para comprobar con la misma técnica realizada anteriormente si el útero está volviendo a su situación anatómica correcta con la ayuda de la oxitocina pautada por ginecóloga.

Una vez realizada la palpación, se comprueba que el útero ha realizado casi la involución uterina completa, ya que se encuentra casi en su situación anatómica habitual. Se comprueba que la paciente sigue teniendo un sangrado normal, con loquios controlados por medicación administrada, y sin signos significativos fuera de lo habitual.

- **12.00H.**

- (6680) Monitorización de los signos vitales.

Se vuelve a la habitación de la paciente y se realiza la monitorización de los signos vitales siguiendo el mismo protocolo anterior. Obteniendo un valor normal de todos los parámetros.

- (1400) Manejo del dolor.

Se realiza la escala EVA, obteniendo un valor de 7, dolor moderado, por lo que se administra la medicación pautada por doctora.

Se vuelve al cuarto de la medicación, donde están todos los materiales necesarios para preparar la medicación a administrar.

- (2300) Administración de medicación y (2210) Administración de analgésicos.

Se mira la guía pautada por ginecóloga, donde se comprueba que ante dolor de la paciente a las 12 horas, se debe administrar un Enantium si el dolor no ha cedido, por lo que se procede a su preparación.

Según (Jibaja Arias, 2018), para disminuir la probabilidad de error a la hora de administrar fármacos, se deben realizar procesos estandarizados, como por ejemplo el protocolo de los diez correctos que engloba varias características que deben de ser valoradas, las cuales son:

- ✓ Paciente correcto: para impedir confusiones de pacientes en la hoja de la pauta de medicación debe estar escrito el nombre del paciente, junto con su número de historia clínica, diagnóstico del paciente y el número de cama. También se debe verificar en la habitación, que se va a administrar, la medicación correcta al paciente correcto.

- ✓ Medicamento correcto: es el momento donde mayor cantidad de errores pueden aparecer, ya que existen fármacos con presentaciones muy parecidas. Por ello, se debe verificar el fármaco a administrar, la presentación, la fecha de caducidad, y en algunos casos la vía por donde se puede administrar.
- ✓ Dosis correcta: es importante preparar la dosis correcta, ya que si ocurre un fallo en esta fase, se pueden provocar daños temporales o permanentes.
- ✓ Hora correcta: se debe administrar la medicación a la hora exacta prescrita, ya que en caso de no seguir la pauta establecida, se puede ver comprometida la eficacia del medicamento.
- ✓ Vía de administración correcta: es la principal regla a tener en cuenta, ya que, una equivocación en esta fase, puede traer consecuencias más graves que en las demás reglas, ya que el proceso de absorción de cada medicamento depende de la vía por donde se administre.
- ✓ Verificación de la fecha de caducidad: se debe comprobar la fecha de caducidad del fármaco a utilizar.
- ✓ Educar al usuario sobre el medicamento administrado: se debe informar al paciente sobre la medicación administrada, para que se utiliza, y los efectos que puede causar.
- ✓ Obtener una historia farmacológica completa del paciente: revisar la historia clínica, y verificar si toma algún medicamento de rutina.
- ✓ Averiguar si el paciente tiene alergia a algún medicamento: ya que por equivocación, se puede administrar un fármaco que le cause reacción alérgica, y provocar una complicación al paciente.
- ✓ Preparar y administrar usted mismo el medicamento: ya que si existe algún efecto no deseado del fármaco, el personal de enfermería es el responsable. Por ello, es importante seguir la regla de los cuatro yo, “yo preparo, yo administro, yo registro y yo respondo”.

- ✓ Registrar: todo medicamento administrado, debe quedar registrado, de igual manera, el fármaco no administrado especificando el porqué. Así, se evitara las dosis administradas por equivocación doblemente.
- ✓ Velocidad de infusión correcta: ya que, no todos los fármacos se administran a la misma velocidad por las reacciones que pueden provocar en el paciente.

Una vez realizada toda la verificación de la medicación, se procede a su administración por vía intravenosa a la paciente.

- **13.20H.** la ginecóloga informa que los resultados de la analítica están correctos y que se va a seguir con el mismo tratamiento pautado hasta el momento.

- **13.30H.** Suben las dietas de cocina pedidas para los pacientes, y las auxiliares nos informan que la paciente de la habitación 223, se ha comido toda la comida sin ningún signo de náuseas ni de intolerancia.

- **14.00H.**
 - (1400) Manejo del dolor.

Se realiza la escala EVA, obteniendo un valor de 1, por lo que el dolor se encuentra controlado con la medicación administrada a las doce horas. Se comprueba que la paciente se encuentra mejor, ya que también se ha levantado de la cama, se encuentra sentada en el sillón, y con el gesto de su cara es de estar más tranquila y relajada que anteriormente.

- (6680) Monitorización de los signos vitales.

Se vuelve a la habitación de la paciente, y se realiza la monitorización de los signos vitales siguiendo el mismo protocolo anterior. Se obtiene un valor normal de todos los parámetros.

- **14.30H.** la auxiliar realiza la medición de la orina en la bolsa de diuresis en el turno de mañana, y nos informa que la paciente 223, ha realizado 600 ml de orina en el turno.
- **14.45H.** Se realiza el cambio de turno con el compañero de la tarde.

5.2.6. Evaluación.

Evaluación del resultado del DxEp.

Tabla 13. Evaluación de los objetivos marcados para el diagnóstico principal de Enfermería.

INDICADORES	P.I	P.D	P.A	TIEMPO
(210201) Dolor referido.	2	5	4	7H
(210204) Duración de los episodios de dolor.	2	5	4	7H
(210221) Frotarse el área afectada.	2	5	5	7H
(210217) Gemidos y gritos.	4	5	5	7H
(210206) Expresiones faciales de dolor.	2	5	4	7H
(210208) Inquietud.	2	5	5	7H
(210222) Agitación.	3	5	5	7H
(210223) Irritabilidad.	4	5	5	7H
(210224) Muecas de dolor.	2	5	4	7H
(210225) Lágrimas.	4	5	5	7H
(210215) Pérdida de apetito.	5	5	5	7H
(210227) Náuseas.	5	5	5	7H

Escala Likert: 1-Grave/ 2-Sustancial/ 3-Moderado/ 4-Leve/ 5-Ninguno.

Fuente. Tabla de elaboración propia basada en NOC 2014.

Tabla 14. Evaluación de los objetivos marcados para el diagnóstico principal de Enfermería.

INDICADORES	P.I	P.D	P.A	TIEMPO
(210210) Frecuencia respiratoria.	5	5	5	7H
(210220) Frecuencia del pulso radial.	5	5	5	7H
(210212) Presión arterial.	5	5	5	7H
(210214) Sudoración.	3	5	5	7H

Escala Likert: 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.

Fuente. Tabla de elaboración propia basada en NOC 2014.

Tabla 15. Puntuación media alcanzada para conseguir el objetivo marcado para el diagnóstico principal de Enfermería.

NOC DxEp	P.I	P.D	P.A	TIEMPO
(2102) NIVEL DEL DOLOR.	3	5	5	7H

Fuente. Tabla de elaboración propia.

Tras realizar la evaluación de los resultados, el objetivo principal que se pretendía era el control del dolor. Se puede afirmar que se ha conseguido el control prácticamente completo de la paciente, ya que la puntuación inicial de la que se parte es de un 3, consiguiendo a lo largo de la mañana, con el tratamiento pautado y administrado un 5. Por ello, se puede afirmar que los objetivos y las actividades realizadas, han sido acertados para conseguir la evolución favorable de la paciente.

Evaluación del resultado del RCp.

Tabla 16. Evaluación de los objetivos marcados para el riesgo de complicación principal de Enfermería.

INDICADORES	P.I	P.D	P.A	TIEMPO
(251101) Equilibrio emocional.	5	5	5	7H
(251102) Confort.	5	5	5	7H
(251103) Presión arterial.	5	5	5	7H
(251123) Frecuencia del pulso radial.	5	5	5	7H
(251106) Altura del fondo uterino.	5	5	5	7H
(251107) Cantidad de loquios.	5	5	5	7H
(251124) Color de los loquios.	5	5	5	7H
(251112) Temperatura corporal.	5	5	5	7H
(251114) Eliminación urinaria.	5	5	5	7H
(251115) Eliminación intestinal.	5	5	5	7H
(251116) Ingesta de alimentos y líquidos.	5	5	5	7H
(251117) Actividad física.	5	5	5	7H
(251120) Hemoglobina.	5	5	5	7H
(251121) Recuento leucocitario.	5	5	5	7H

Escala Likert: 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.

Fuente. Tabla de elaboración propia según NOC 2014.

Tabla 17. Evaluación de los objetivos marcados para el riesgo de complicación principal de Enfermería.

INDICADORES	P.I	P.D	P.A	TIEMPO
(251113) Infección.	5	5	5	7H
(251125) Dolor de la herida quirúrgica.	5	5	5	7H
(251126) Fatiga.	5	5	5	7H
(251127) Sangrado vaginal.	5	5	5	7H

Escala Likert: 1-Grave/ 2-Sustancial/ 3-Moderado/ 4-Leve/ 5-Ninguno.

Fuente. Tabla de elaboración propia según NOC 2014.

Tabla 18. Puntuación media alcanzada para conseguir el objetivo marcado para el riesgo de complicación principal de Enfermería.

NOC RCp			P.I	P.D	P.A	TIEMPO
(2511)	ESTADO	MATERNOS:	5	5	5	7H
PUERPERIO.						

Fuente. Tabla de elaboración propia.

Tras la evaluación de los resultados obtenidos sobre los objetivos marcados para el riesgo de complicación principal, se puede afirmar que se ha conseguido una evolución positiva, ya que se partía de una puntuación inicial de 5, consiguiendo una puntuación alcanzada de cinco, es decir, se ha conseguido controlar el estado materno de la puérpera con todo lo que ello incluye, por ejemplo, los loquios y el riesgo de sangrado entre otros. Por ello, se puede finalizar afirmando que, los objetivos marcados han sido correctos, ya que nos han ayudado a la evolución positiva de la paciente.

6. DISCUSIÓN

Durante el puerperio, las mujeres tienen una serie de necesidades que deben ser solventadas para poder recuperarse. En el caso a estudio, como diagnóstico principal de Enfermería se obtiene (00132) Dolor agudo r/c agente lesivos físicos m/p autoinforme de la intensidad del dolor usando escalas estandarizadas, puesto que la mujer presenta un nivel moderado de dolor con un valor de 6 tras la realización de la escala EVA al llegar a la unidad de maternidad, convirtiéndose el alivio o supresión del dolor en el principal objetivo a tratar en la puérpera.

Según Calderón (2014), la cesárea es una cirugía, por lo que provocará el dolor propio de cualquier procedimiento quirúrgico, por ello, entre las cuestiones más importantes que se deben atender en el hospital se encuentra el manejo del dolor. Calderón, también afirma que el dolor durante el puerperio tras una cesárea suele ser moderado, intenso o extremo; por ello es importante, ya que, un mal abordaje de éste puede traer una mayor morbimortalidad materna, surgiendo complicaciones de tipo respiratorio o tromboembólicas, que provocarán un retraso en la deambulación de la mujer, una mayor estancia hospitalaria, y una deficiente satisfacción por parte de la puérpera de los cuidados administrados. En el caso a estudio se decide elegir el NOC (2102) Nivel del dolor, puesto que se considera muy importante ver el nivel que presenta la puérpera de su dolor, para así, poder controlarlo de forma correcta. En la mujer ocurre lo afirmando por Calderón, ya que, al realizar la escala EVA a la mujer al llegar a planta, presenta un dolor de 6, es decir, presenta un dolor moderado por la cirugía practicada.

Andrade, Caiza y Gallegos (2014), recomiendan la administración de analgésicos lo antes posible tras la realización de la intervención, así de esta manera, se conseguirá controlar el dolor antes de que aparezca. En el caso de la puérpera, se cumple lo que afirman estos autores, puesto que la mujer sube a planta con su analgesia ya administrada desde paritorio. Debido a esto, no se le administra nada al llegar a planta, puesto que se le ha suministrado hace escaso tiempo, y se decide esperar para que haga efecto el fármaco, pudiendo comprobar que al preguntar poco después a la puérpera por su dolor, esta presenta un valor de 1 en la escala EVA. Dos horas más tarde, el dolor vuelve a ser moderado, con un valor de 7 en la escala EVA, por lo que se hace necesario administrar analgesia a la puérpera, pudiendo controlar finalmente el dolor a partir de ese momento, ayudando a que la mujer tenga una mejor recuperación de su salud.

Se decide realizar los NIC (6680) Monitorización de los signos vitales, (1400) Manejo del dolor y (2210) Administración de analgésicos, pudiendo comprobar la realización del trabajo que han sido intervenciones acertadas, puesto que, la *monitorización de los signos vitales* es necesaria para comprobar que no surjan complicaciones hemodinámicas, la *administración de analgésicos* es necesaria para poder calmar el dolor de la puérpera que, junto con el *manejo del dolor* en el que se realizan actividades que fomentan el descanso de la puérpera y control del dolor en la mujer.

Peña, Palacios, Oscuvilca & Peña (2011) exponen que el embarazo en mujeres mayores de 35 años, se considera de alto riesgo, ya que surgen una serie de complicaciones y riesgos entre las que se encuentra el aumento de parto por cesárea en un 68%, debido a esto, aumenta el dolor por la intervención practicada, y crece el riesgo de hemorragia debido a la atonía uterina que pueden presentar. Puesto que el caso a estudio es una mujer de 38 años que ha dado a luz por cesárea, nos encontramos ante un caso en el que pueden aparecer los riesgos y complicaciones nombrados anteriormente.

En esta línea Solari, Solari, Wash Guerrero & Enríquez (2014) afirman que los factores de riesgo más importantes para que aparezca la hemorragia tras el parto son: la edad avanzada de la madre y las enfermedades crónicas. La puérpera a estudio presenta los dos factores, puesto que, como se ha nombrado antes tiene 38 años y presenta hipertiroidismo crónico, por lo que cumple los dos factores de riesgo para desarrollar hemorragia tras el parto.

Carrillo & Torres (2016) exponen que “el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce el riesgo de hemorragia posparto, en comparación con el manejo expectante, por lo que se debe ofrecer y recomendar a todas las mujeres”.

Tras la revisión realizada, se puede afirmar que el riesgo de complicación que se eligió para hacer los cuidados a la puérpera a estudio fue adecuado, ya que la hemorragia se puede desarrollar en cualquier mujer, teniendo un mayor riesgo si eres mujer de edad avanzada, te han practicado una cesárea, y presentas alguna enfermedad crónica, factores que cumple la mujer a estudio, como se ha comentado ya.

Se decidió elegir como NOC principal (2511) Estado materno: puerperio, ya que se consideró era el que mejor valoraba el estado de la madre tras el parto, y con el que mejor se podían ir valorando los posibles signos de alarma ante una hemorragia.

Palomo (2014) dice que el uso de 10-20 unidades de Oxitocina en 100 ml de suero fisiológico administradas lentamente tras el parto por cesárea de forma rutinaria, reduce hasta en un 40% el riesgo de hemorragia, ya que ayuda a la involución uterina, y por tanto, se reduce el riesgo de atonía uterina. También expone que, en caso de no disponer de Oxitocina, se podría administrar Misoprostol oral, pero no es tan efectivo como la anterior.

En este caso, el manejo de la hemorragia ha sido correcto, puesto que la puérpera sube a planta con su perfusión de Oxitocina que le habían puesto en paritorio. Cruz (2016) dice que el ritmo de perfusión será modificado por la ginecóloga o matrona, quien lo pondrá al ritmo necesario para conseguir las adecuadas contracciones uterinas en la puérpera, por lo que puede variar la velocidad de una mujer a otra. En esta línea Navarro, Castro, Córdoba, Fernández, Millá & Rodríguez (2014) afirman que se irá modificando y bajando poco a poco la dosis hasta que se compruebe la correcta involución uterina en el cuerpo de la puérpera, por lo que el tiempo de la perfusión será diferente en cada caso, manteniéndolo un mínimo de 4 horas y un máximo de 6 horas.

Se eligen como NIC a realizar: (4338) Flebotomía: muestra de sangre venosa, para valorar el estado de la madre tras el parto, (4026) Disminución de la hemorragia: útero posparto y (6930) Cuidados posparto.

Morales (2015) en su trabajo sobre “los factores de riesgo asociados a la hemorragia puerperal y la aplicación del proceso de atención de Enfermería”, expone los distintos NANDA, NIC y NOC que podrían aparecer ante las diferentes situaciones de la madre, como por ejemplo el dolor, la hemorragia y el embarazo patológico entre otros. Comparando lo realizado en el caso a estudio y lo que expone Morales, se observa que ha sido acertado la NIC (6930) Cuidados posparto, con la que se realizan actividades como la valoración de la altura uterina; que la puérpera haya miccionado después del parto; la vigilancia de los loquios que presenta la mujer, junto con el color, olor, cantidad; y presencia de coágulos entre otras actividades, pero Morales no expone la NIC (4026) Disminución de la hemorragia: útero posparto como una de las intervenciones necesarias a realizar en este caso, lo que nos lleva a pensar que quizás esa NIC no ha sido la más acertada para el caso a estudio.

Finalmente, de forma global, se puede concluir pensando que los cuidados administrados a la puérpera han sido bastante acertados, puesto que solo se ha encontrado un NIC, el cual quizá no debería haberse realizado porque no era necesario. Tras la revisión bibliográfica, se ha podido comprobar que el dolor suele ser el diagnóstico principal de Enfermería tras los partos por cesárea debido al dolor que presentan tras la intervención las mujeres, y que la mayor complicación que puede aparecer es la hemorragia, debido a la atonía uterina que pueden presentar muchas de ellas si no se administra Oxitocina o si no le hace efecto. El caso de la mujer a estudio al igual que dice la bibliografía presentaba dolor, el cual ha sido tratado como diagnóstico principal y ha podido ser controlado al cabo de 7 horas, y puesto que ha tenido un parto por cesárea, se trata la hemorragia como riesgo de complicación principal, coincidiendo también con lo que se expone en la bibliografía.

6.1. Limitaciones

Entre las limitaciones encontradas para el desarrollo del trabajo se encontraron:

- Escaso seguimiento de la puérpera a estudio, puesto que, al tratarse de estudio de caso, quizá un mayor seguimiento del caso, hubiera ayudado a valorar mejor los resultados de los cuidados realizados.

7. CONCLUSIONES

1. Se ha realizado un plan individualizado cuyo diagnóstico principal de Enfermería (000132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p autoinforme de la intensidad del dolor usando escalas estandarizadas, y se eligen como NOC (2102) Nivel del dolor, para el cual se realizan las NIC: (2210) Administración de analgésicos, (1400) Manejo del dolor y (6680) Monitorización de los signos vitales. Como RCp se obtiene la hemorragia para la cual se marca como NOC (2511) Estado materno: puerperio, y se realizan las NIC: (6930) cuidados posparto y (4238) flebotomía: muestra de sangre. El plan de cuidados individualizado realizado a la puérpera ha sido efectivo, ya que se obtuvo una buena evolución de la puérpera en la recuperación de su estado de salud, consiguiendo el control del dolor y el riesgo de hemorragia.

2. Se considera maternidad tardía a las mujeres que presentan su primera gestación a los 35 años o más.

3. Entre los riesgos para la salud a sufrir en un embarazo tardío se encuentran la diabetes gestacional, hipertensión arterial, anomalías de la placenta y parto prematuro entre otras. Como complicaciones en estas gestaciones se pueden destacar, el aumento de parto por cesárea, el dolor y la hemorragia.

4. Como factores principales que están llevando a las mujeres actualmente a retrasar su maternidad se encuentran, la incorporación al mundo laboral, mayor formación académica, buscando la estabilidad personal y económica.

5. La eficacia de la técnica de fecundación in vitro depende de la edad materna, disminuyendo la probabilidad de conseguir una gestación a medida que aumenta la edad de la mujer.

8. REFERENCIAS

- Aguilera, L., Díaz, M., & Sánchez, G. (2012). Trastornos del sueño en el paciente adulto hospitalizado. *Rev Hosp Univ Chile*, 21, 13-20.
- Alamillos Guardiola, M. C. (2016). LA MATERNIDAD TARDÍA: Expresión contemporánea del patriarcado occidental. *Antropología Experimental*, 0(16).
- Alberdi Alonso, I. (2016). El retraso de la procreación y el mantenimiento de la juventud. *METAMORFOSIS*, 9-25.
- Allgood, M. R. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences.
- Alvarado, L., Guarín, L., & Cañon-Montañez, W. (2011). Adoption of the Maternal Role Theorist Mercer Ramona Care Nursing Mothers and Children: Case Report in Maternal and Child Unit. *Revista Cuidarte*, 2(1), 195-201.
- Alvir Álvaro, Á., Bejarano Lasunción, P., Hernández Aragón, M., Vicente Iturbe, M., & Ruiz Campo, L. (2016). *Manejo de la hemorragia postparto*. Liber Factory.
- Amezcu Recover, A., Vega Jiménez, A., García Núñez, M., López Soria, E., Salas Galiano, M. M., Martínez Hortelano, J. A., & Flores Gallego, B. (2017). VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN EL PARTO Y PUERPERIO.
- Andrade Vásquez, S. L., Caiza Pérez, A. E., & Gallegos Vintimilla, S. H. (2015). *Tipo de incisión quirúrgica como factor de riesgo asociado al dolor post cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el año 2014*.
- Andrade Vásquez, S. L., Caiza Pérez, A. E., & Gallegos Vintimilla, S. H. (2015). *Tipo de incisión quirúrgica como factor de riesgo asociado al dolor post cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el año 2014*.
- Arias, J., & Rocío, J. del. (2018). *Administración segura de fármacos en el área pediátrica. Hospital Provincial General Docente Riobamba. abril – agosto 2018*.

- Asensio Díaz, A. (2015). *Complicaciones puerperales. Atonía uterina*. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es:80/handle/10324/11794>
- Balestena Sánchez, J. M., Pereda Serrano, Y., & Milán Soler, J. R. (2015). La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento.
- Barrenetxea, G., Recuerda Tomás, P., & Salvador, Z. (2018, noviembre 13). ¿Qué es la fecundación in vitro (FIV)? - Proceso y precio.
- Barrera Guarderas, J. F., & Bustamante García, A. B. (2016). *Evaluación de la eficacia de la implementación de un procedimiento estandarizado en flebotomía acorde a la norma GP41-A6 CLSI en el Hospital San Francisco de Quito IESS 2015-2016*.
- Bazaco Puerta, T. (2015). *Reproducción humana asistida. Donación y recepción de gametos y embriones. Cuidados de enfermería*.
- Betancourt Jimbo, C. del R., & Jibaja Arias, J. del R. (2018). *Administración segura de fármacos en el área pediátrica. Hospital Provincial General Docente Riobamba. abril – agosto 2018*.
- Bizarro-Nevarés, P., Rojas-Lemus, M., González-Villalva, A., López-Valdez, N., Albarrán-Alonso, J. C., & Fortoul van der Goes, T. I. (2018). Estilo de vida, contaminación atmosférica y problemas que afectan la salud reproductiva en la mujer. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 61(2), 7-15.
- Bonilla, A., & Miranda, M. (2016). Gestaciones con edad avanzada, complicaciones y factores.
- Brena, I. (2012). La fecundación asistida: ¿Historia de un debate interminable? El Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Anuario mexicano de derecho internacional*, 12, 25-45.
- Brena, I. (2013). Comentarios a la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos caso Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) vs. Costa Rica. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(137), 795-803.
- Calderón Dimas, M. E. (2014). Satisfacción con el manejo del dolor durante el puerperio quirúrgico (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).

- Campos López, D., & Villarreal Alvarez, G. (2014). Hemorragia Postparto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 71(613), 785-788.
- Carrillo Gaucín, S., & Torres Gómez, L. G. (2016). Carbetocina y oxitocina: prevención de hemorragia posparto en pacientes con factores de riesgo para atonía uterina. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(S3), 284-290.
- Castells-Ayuso, P., Berenguer-Labaig, C., Sánchez-Martín, P., & Sánchez-Martín, F. (2015). La enfermera como apoyo para mejorar la calidad de vida en la reproducción asistida. *Enfermería Clínica*, 25(3), 110-116.
- Chancay Aragundi, M. E., & Escuntar Villacís, A. C. (2015). *Conocimientos de las enfermeras sobre bioética y su aplicación en el cuidado a pacientes de emergencia del Hospital General Enrique Garcés, Enero-Junio 2012.*
- Covarrubias Gómez, A. (2013). El manejo del dolor agudo postoperatorio: una década de experiencias. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36(S1), 179-182.
- Crespo, R., Alvir, A., Lapresta, M., Andrés, M. P., Campillos, J. M., & Castán, S. (2012). Impacto de la edad materna avanzada en las complicaciones obstétricas y perinatales de las gestaciones gemelares. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 39(6), 230-235.
- Cruz Osorio, T. M. (2016). Hemorragia post parto - atonía uterina. *Grupo Educativo Universidad Privada de Ica.*
- Doniz, M., Illodo, G., Vázquez-Martínez, A., Vázquez-Barreiro, L., Diz, J. C., Rey, F., & Camba, M. A. (2011). Análisis de la eficacia y seguridad de la administración de cloruro mórfico epidural para el dolor postoperatorio tras cesárea. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(1), 6-11.
- Duarte Estrada, R. P. (2017). *Manejo de la anemia en el puerperio tras cesárea.*
- Elorduy, I. (2014). Entrevista a Torgeir Larsen, Embajador de Noruega en Madrid.

- Flores Murillo, C. K., & Guzmán Borja, L. E. (2018). *Satisfacción de la púérpera en el alojamiento conjunto con relación al Servicio de Enfermería en el periodo de julio y agosto en el Hospital Universitario de Guayaquil*. (Thesis, Universidad de Guayaquil - Ciencias Médicas-Carrera de Enfermería).
- García Gil, C. (2015). *Reproducción humana asistida. Aportación de los cuidados de Enfermería*.
- García Huete, M. E., Sebastián Viana, T., Lema Lorenzo, I., Granados Martín, M., Buitrago Lobo, N., Heredia Reina, M. del P., Mota Boada, M. L. (2016). Las caídas hospitalarias, estrategia de mejora para disminuir su incidencia. *Enfermería Clínica*, 26(2), 96-101.
- García, M. J. S. (2019). El permiso de paternidad en España. *Noticias CIELO*, (1), 2.
- García-Hjarles, M. A. (2014). Estilo de vida y salud reproductiva. *Vox Juris*, 28(2), 125-145.
- Giralda Matellán, N. (2017). *Reproducción humana asistida: cuidados de enfermería en la adopción de embriones*.
- Girardi, G., & Zalzman, D. (2014). Maternidad durante el climaterio. *V Xerte*, 377.
- Gómez Sánchez, S. (2016). *Aportación de enfermería sobre esterilidad: prevención, origen y tratamientos*.
- Gutiérrez, D. E. M., & Martínez, A. O. R. (2019). Comparación de conocimientos sobre sexualidad entre mujeres adolescentes con y sin hijos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(1), 29 - 39-29 - 39.
- Heras Pérez, B., Gobernado Tejedor, J., Mora Cepeda, P., & Almaraz Gómez, A. (2011). La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 54(11), 575-580.
- Lafaurie, M. M., & Antolinez, P. (2014). Una mirada de género al embarazo después de los 35 años: experiencias de mujeres atendidas por la red de salud de Bogotá DC. *Revista Colombiana de Enfermería*, 9(9), 95-107.

- Le Gouez, A., & Bonnet, M.-P. (2016). Anestesia para cesárea. *EMC - Anestesia-Reanimación*, 42(1), 1-11.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Boletín Oficial del Estado, 126, de 27 de mayo de 2006.
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Boletín Oficial del Estado, 266, de 6 de noviembre de 1999, 38934 a 38942.
- Luenas, M. T. (2011, diciembre). La conciliación entre trabajo y familia y la corresponsabilidad social en las tareas de cuidado. Análisis legislativo y comparado.
- Lugo Sánchez, A. M. (2014). Characterization of postpartum uterine bleeding patients where misoprostol was used. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 40(2), 145-154.
- Martínez-Galiano, J. M. (2016). La maternidad en madres de 40 años. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(3), 451-458.
- Matrona Hernández, M. D., & Pinda Villa, J. P. (2013). *El Puerperio inmediato y las preocupaciones percibidas por las madres en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial General docente Riobamba, en el periodo de noviembre 2012 a abril del 2013.*
- Mazuelas Pérez, L. (2014). Conciliación familiar y laboral en España y en la Unión Europea.
- Mora Astorga, A. G., Andrade Vásquez, S. L., Caiza Pérez, A. E., & Gallegos Vintimilla, S. H. (2015). *Tipo de incisión quirúrgica como factor de riesgo asociado al dolor post cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el año 2014.*
- Morales Aguilar, L. M. (2015). *Factores asociados a la hemorragia puerperal y aplicación del proceso de atención de enfermería.*
- Morán Barrio, M. Á. (2014). *Comparación de la situación de la lactancia materna entre España y Noruega.*
- Moreno Mojica, C., Rincón Villa Mil, T., Arenas Cárdenas, Y. M., Sierra Medina, D., Cano Quintero, Á. P., & Cárdenas Pinzón, D. L. (2014). LA MUJER EN POSPARTO: UN FENÓMENO DE INTERÉS E INTERVENCIÓN PARA LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA. *Revista Cuidarte*, 5(2), 739-747.

- Morillas-Ramírez, F., Ortiz-Gómez, J. R., Palacio-Abizanda, F. J., Fornet-Ruiz, I., Pérez-Lucas, R., & Bermejo-Albares, L. (2014). Actualización del protocolo de tratamiento de la hemorragia obstétrica. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 61(4), 196-204.
- Moya Toneut, C., Garaboto García, M. E., Moré Vega, A., Borges Fernández, R., Moya Arechavaleta, N., & Moya Arechavaleta, A. (2017). Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(2), 1-13.
- Naghibi, T., Dobakhti, F., Mazloomzadeh, S., Dabiri, A., & Molai, B. (2013). Comparison between intrathecal and intravenous betamethasone for post-operative pain following cesarean section: a randomized clinical trial. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(2), 514-518.
- Navarro Díaz, B., Castro Samper, N., Córdoba Medina, N., Fernández Díaz, L., Millá Jover, A., & Rodríguez Ingelmo, J. M. (2014). Oxitocina frente a Carbetocina para prevenir hemorragias posparto tras cesárea. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(1), 53-58.
- Núñez Álvarez, E., & Pérez Agustín, M. (2014). *Evolución del rol y el autoconcepto de la mujer primigesta durante el embarazo*.
- Oficina estadística de la Unión Europea. (2019). Nacidos vivos por edad de la madre y país de nacimiento.
- Olapour, A., Behaeen, K., Akhondzadeh, R., Soltani, F., al Sadat Razavi, F., & Bekhradi, R. (2013). The Effect of Inhalation of Aromatherapy Blend containing Lavender Essential Oil on Cesarean Postoperative Pain. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 3(1), 203-207.
- Ortiz-Félix, R. E., Cárdenas-Villarreal, V. M., & Flores-Peña, Y. (2016). Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: Teoría del rango medio. *Index de Enfermería*, 25(3), 166-170.
- Palomo Tercero, J. B. (2014). *Incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina*. (Masters, Universidad de San Carlos de Guatemala).
- Peña Ayudante, W. R., Palacios, J. J., Oscuivilca, E. C., & Peña, A. (2011). El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad.

Rayo García, M. (2016). *DERECHO A LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL COMO DERECHO INTRÍNSECO A LA IGUALDAD*.

Resolución de 22 de noviembre de 2018, de la Secretaría de Estado de Función Pública, por la que se publican los acuerdos para la ampliación del permiso de paternidad a dieciséis semanas y para la aplicación de la bolsa de horas prevista en la Disposición Adicional centésima cuadragésima cuarta de la Ley 6/2018, de 3 de julio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2018. Boletín Oficial del Estado, 293, de 5 de diciembre de 2018, 119583 a 119586.

Revilla Fernández, S. (2016). *Papel de la enfermería en las técnicas de reproducción asistida*.

Rodrigo, A., Barrenetxea Ziarrusta, G., Recuerda Tomás, P., Salgado, S., & Salvador, Z. (2018, noviembre 14). ¿Qué es la inseminación artificial conyugal y qué precio tiene?.

Ruiz González, A. (2013). *Fecundación In Vitro en parejas con esterilidad*.

Ruíz Rosas, R. A., & Torres Arreola, L. del P. (2012). Hemorragia obstétrica, causa de muerte materna. IMSS, 2011.

Ruiz Vélez, Y. M. (2016). Enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado del recién nacido, abordaje desde la teoría de Ramona Mercer. *Universidad de La Sabana*.

Sáez López, M. P., Sánchez Hernández, N., Jiménez Mola, S., Alonso García, N., & Valverde García, J. A. (2016). Tratamiento del dolor en el anciano: opioides y adyuvantes. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 23(2), 93-104.

San Lucas Peña, T. L., & Arana Gordillo, S. L. (2018). *Hemorragia postparto: incidencia y complicaciones en puérperas adolescentes* (Thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).

San Miguel, B. E., Gandasegui, V. D., & Gorfinkiel, M. D. (2015). Crisis y Estado de Bienestar en el cuidado de menores: reflexiones conceptuales a partir de un estudio comparado de España y Noruega. *REC*, 120.

Sánchez Sánchez, A. (2017). *Estilo de vida y fertilidad: actuación del profesional de enfermería*.

- Saraguro Salinas, S. M., & Ullauri Echevarria, F. G. (2018). *Causas de hemorragia postparto inmediato e intervención a través del proceso de atención de enfermería.*
- Siverino-Bavio, P. (2012). Una mirada desde la bioética jurídica a las cuestiones legales sobre la infertilidad en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 58(3), 213-220.
- Solari, A. A., Solari, G. C., Wash, F. A., Guerrero, G. M., & Enríquez, G. O. (2014). Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 993-1003.
- Solari, A., Solari, C., Wash, A., Guerrero, M., & Enríquez, O. (2014). Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 993-1003.
- Soni-Trinidad, C., Gutiérrez-Mateos, A., Rosa-Moreno, F. J. S., & Reyes-Aguilar, A. (2015). Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(02), 96-103.
- Soriano-Ortega, K. P., Carballo-Mondragón, E., Roque-Sánchez, A. M., Durán-Monterrosas, L., & Kably-Ambe, A. (2017). Percepción de la fertilidad en mujeres en edad reproductiva, según su edad. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(6), 364-373.
- Stuebe, A. M. (2014). Formas de facilitar que la mujer alcance sus metas de lactancia materna. *Obstet Gynecol*, 123(643-52).
- Suárez Cobian, A. M. (2017). *Incidencia de dolor crónico tras la intervención quirúrgica de la cesárea.*
- Suárez González, J. A., Santana Beltrán, Y., Gutiérrez Machado, M., Benavides Casal, M. E., & Pérez Pérez de Prado, N. (2016). Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave.
- Trevizo, A. V. (2018). Autonomía reproductiva y maternidad tardía: una reflexión bioética. *Dilemata*, (28), 51-62.

- Villegas González, J., Villegas Arenas, O. A., & Villegas González, V. (2012).
Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema
vigente:/Vitals sign semiology: the new look to an actual problem.
Archivos de Medicina, 12(2), 221-240.
- Vivero Bass, A. G. (2017). *Conciliación de la vida laboral y familiar,
comparación de las políticas en Ecuador, España y Noruega*.
- World Health Organization. (1948, 7 de abril). Cita del Preámbulo de la
Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- Zárate Cuello, A. de J., & Celis, L. G. (2015). Implicaciones bioéticas derivadas
del acceso de las parejas del mismo sexo a las tecnologías provenientes
de la biomedicina y la biotecnología, para la conformación de familias
homoparentales. *Persona y bioética*, 19(1), 48-63.

