



**UNIVERSIDAD MICHUACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
UN CASO CLÍNICO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN BASE AL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON”**

PROCESO DE ENFERMERIA

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:
P.L.E. BLANCA FLOR SOSA CHAVEZ**

**ASESORA:
L. E. ELVA ROSA VALTIERRA OBA**

MORELIA, MICH., DICIEMBRE DE 2006



DIRECTIVOS

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE LICENCIATURA EN
ENFERMERIA

L.E.D. MA. DE JESUS RUIZ RECENDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

M.C. ELVA ROSA VALTIERRA OBA
PRESIDENTE

M.E.y.A.S. MARTHA ISABEL IZQUIERDO PUENTE
1ER VOCAL

M.C. BENIGNO CALDERON JUAREZ
2DO VOCAL

ALEJANDRO CEDEÑO RAYA
SUPLENTE

DEDICATORIA

A MI MADRE

Por el apoyo y el gran esfuerzo que realizo para sacarme adelante, le agradezco el amor y cariño que depositó en todo momento en mi, le doy gracias por estar conmigo cada instante y cuando mas la necesité, tanto en los buenos como en los malos momentos, gracias por brindarme su confianza y creer en mi. Los logros obtenidos se los dedico a ella, por que sacrificó muchas cosas durante mi carrera para brindarme su apoyo, por enseñarme a levantarme cuando caía. Gracias por ser mi mamá, eres el mejor tesoro que Dios me dio,

A MIS HERMANOS

XOCHITL Y JAVIER gracias por permanecer a mi lado en la alegría y tristeza, por la unión que siempre tuvimos, por el apoyo que me brindaron en tiempos difíciles, por su amor y por sus palabras que siempre me alentaron para continuar y seguir siempre adelante.

A MIS ABUELITOS

Por el amor que siempre me brindaron, por sus sabios consejos y palabras dulces que siempre tuve presentes y que me ayudaron para saltar los obstáculos que se me presentaron en el camino.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Gracias por iluminar mi camino cuando había mucha oscuridad, por haber guiado mi camino, agradezco la paz que me proporciono cuando más la necesite, gracias por haberme regalado una familia tan hermosa y por haberme dado la vida.

A LA UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO Y A LA FACULTAD DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

Gracias por haberme abierto las puertas y darme la gran oportunidad de estudiar y terminar una carrera universitaria, así como de haberme proporcionado un espacio para superarme y salir adelante para alcanzar este sueño que anhele desde niña: ser una profesionista. Mil gracias por enseñarme a volar sin miedo y con seguridad.

A MIS MAESTROS

Quienes se esforzaron en todo momento, por los consejos, conocimientos y experiencias transmitidos y por forjar lo que ahora soy y les debo. Fue un orgullo haber sido su alumna les agradezco la sencillez que siempre tuvieron.

A MI ASESORA

La Maestra ELVA ROSA VALTIERRA OBA por regalarme un poco de su valiosísimo tiempo, así como su esfuerzo y dedicación para poder concluir mi trabajo por transmitir y compartir sus conocimientos.

A LA CASA DE ESTUDIANTE “RESIDENTES UNIVERSITARIOS”

Por haberme abierto sus puertas y darme un hogar en donde vivir durante este tiempo, por el apoyo brindado y haberme dado la oportunidad de ser parte de ella, por haber conocido a unas grandes amigas MARILU, ARIANA, JAZMÍN, EDITH, LUZ CANO, VERÓNICA, YOLANDA, ADELA, ellas siempre estarán en mi corazón y las recordare como algo muy especial, me dieron fortaleza y apoya para salir adelante, gracias por los buenos momentos que pasamos juntas.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I.- Justificación	3
II.-Objetivos	4
III.-Metodología	5
IV.-Marco teórico	5
4.1.-Proceso Enfermero	5
4.2.-Modelo de Virginia Henderson	45
4.3.-Fisiología Materna	51
4.4.-Embarazo de alto riesgo	54
4.5.-Aspectos generales del Aborto	57
4.6.-Aborto espontáneo	58
4.7.-Embarazo despues de los 35 años	60
4.8.-Edema	63
4.9.-Sufrimiento fetal	64
4.10.-Parto por cesárea	71
V.-Caso clínico	73
VI.-Aplicación del proceso	76
6.1.-Valoración	77
6.2.-Diagnósticos de Enfermería	82
6.3.-Plan de intervención	82
6.4.-Ejecución	84
6.5.-Evaluación	85
VII.-Conclusiones y sugerencias	106
VIII.-Bibliografías	108
IX.-Glosario de términos	111
X.-Anexos	113

INTRODUCCIÓN

El Proceso de enfermería es un método mediante el cual se sistematiza la práctica profesional de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y que está dirigida a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. El proceso de enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.

Se conceptualiza el embarazo de alto riesgo como aquel en el cual la madre o el producto están, o estarán en peligro (de morir o de sufrir complicaciones graves). Durante la gestación o el intervalo entre puerperio y periodo neonatal. Para conseguir unos resultados perinatales óptimos deben identificarse precozmente los factores de alto riesgo para poder así instaurar a tiempo un tratamiento adecuado.

La atención de enfermería de la familia de la mujer gestante de alto riesgo se centra en los roles de enfermería independientes y de colaboración. El rol independiente de la enfermera perinatal consiste en realizar el diagnóstico y el cuidado de las reacciones o problemas de la familia relacionadas con los riesgos potenciales inherentes al problema.

Durante la aplicación del presente caso clínico se aborda información pertinente a dicho problema de salud desde el marco teórico básico que sustenta la Atención de enfermería.

La aplicación del proceso enfermero en base al Modelo de Virginia Henderson y sus 14 Necesidades humanas en una paciente de 35 años con

Diagnóstico Médico de: Embarazo de alto riesgo, se le dio un seguimiento integral y completo buscando favorecer la interacción enfermera- paciente, teniendo como objetivo principal que se den cambios favorables en la conducta de la paciente y la modificación gradual de hábitos, para la prevención de complicaciones y así poder conseguir en el embarazo unos resultados finales óptimos tanto físicos como emocionales.

I.-JUSTIFICACIÓN

El embarazo de alto riesgo es un problema de salud que afecta a las principalmente a las mujeres de nivel sociocultural baja por la poca información que tienen, en el IMSS se reportaron 144 defunciones maternas registradas en 2005, 96 de ellas (66.7%) correspondieron a la mortalidad obstétrica directa, es decir la causa por complicaciones propias del embarazo, parto y puerperio o la derivada de las intervenciones o omisiones para su atención.

Muertes maternas por grupo de edad.

El análisis de la información de las muertes maternas por edad se efectúa mediante la evaluación del comportamiento y niveles de las tasas utilizando tres grandes grupos etéreos, 1) El de menores de 20 años, que corresponde a las mujeres adolescentes, 2) El de 20 a 34 años, que abarca a las mujeres que tienen, en teoría, el riesgo mas bajo de sufrir muerte materna por tratarse de grupos que experimentan con menor frecuencia complicaciones del embarazo, 3) el de 35 años y mas, que responden a las mujeres a añosas desde el punto vista obstétrico y en quienes se han descrito el riesgo mas alto de experimentar complicaciones obstétricas graves y mortalidad como consecuencia de la gestación.

II.-OBJETIVOS

Objetivo general

- Aplicar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante la carrera sobre el proceso atención enfermero utilizando el modelo de virginia Herderson de tal manera que se cubran las necesidades de la paciente de forma integral.

Objetivos Específicos

- Identificar los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren durante el embarazo.
- Relacionar los cambios fisiológicos y anatómicos que existen en los sistemas corporales durante el embarazo con los signos y síntomas que se desarrollan en la mujer.
- Elaborar un plan de cuidados que incluya la orientación previsor de la embarazada y su familia para conservar y promover el bienestar en el último trimestre de la gestación.
- Explicar las causas de síntomas frecuentes del embarazo y las medidas apropiadas para aliviarlas.
- Comentar la importancia de las consideraciones culturales en la prestación de cuidados de enfermería y costumbres frecuentes de culturas específicas.
- Comentar la importancia de utilizar el proceso de enfermería para fomentar la salud en la mujer y su familia durante el embarazo.

III.-METODOLOGÍA

Para realizar la valoración se utilizó el modelo de Virginia Henderson que aborda las 14 Necesidades humanas básicas mediante las cuales se identificaron los problemas de salud determinados por el grado de dependencia y independencia de la paciente para la resolución satisfactoria de los mismos.

La identificación de los problemas de salud se realizó interrelacionando los datos de dependencia identificados a través de la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson, mediante una entrevista directa con un formato validado, posteriormente de obtenidos los datos se procedió a su análisis para identificar las necesidades más apremiantes, lo que dio lugar a 6 diagnósticos de enfermería sobre los cuales se trabajó con la usuaria durante 3 Meses en su domicilio.

Se aplicó el proceso de enfermería en sus 5 etapas así mismo se utilizó los diagnósticos aprobados y redactados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros (NANDA).

Las intervenciones se fueron ejecutando en tiempo y forma de acuerdo con los cuidados planeados para cada necesidad alterada y su evolución se realizó en base a los objetivos planteados y los logros obtenidos.

IV.-MARCO TEORICO

4.1.-PROCESO DE ENFERMERIA

El proceso de enfermería es un método sistematizado, centrado en el paciente, cuya finalidad es estructurar la prestación de los cuidados de enfermería. El proceso de enfermería conlleva la obtención de datos y su

análisis con el fin de identificar los puntos fuertes paciente y los problemas de salud reales o potenciales, así como el desarrollo y la revisión continua de un plan de intervenciones de enfermería destinadas o conseguir unos resultados establecidos de común acuerdo. En cada paso del proceso, el profesional de enfermería trabaja en estrecho contacto con el paciente para individualizar los cuidados y desarrollar una relación de respeto y confianza mutuos.

La aplicación del proceso de enfermería en la práctica adquirió una mayor legitimidad en 1973 cuando las fases del mismo se incluyeron en las Standards of Clinical Nursing Practice (Normas de la práctica de enfermería clínica) de la American Nurses Association (ANA) de Estados Unidos. Las normas de cuidados (Standards of Care) contenidas en las Standards of Clinical Nursing Practice mas recientes, contiene las cinco fases del proceso de enfermería: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación.

HISTORIA

El proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferente que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planeación, ejecución, evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) anadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases, desde ese momento, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la practica de la Enfermería. La ANA utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El proceso de Enfermería ha sido

incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de Estudio de Enfermería.

OBJETIVO

El objetivo principal del proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención.

VALORACION

La valoración es la obtención, organización, validación y registro sistemáticos y continuos de los datos (información). La valoración es un proceso continuo que se lleva a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería, Todas las fases del proceso de enfermería dependen de la obtención exacta y completa de los datos necesarios.

Las valoraciones de enfermería se centran en las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades, los problemas sanitarios, las experiencias relacionadas. Las prácticas de salud, los valores y los estilos de vida percibidos del paciente, los datos obtenidos deben ser relevantes en relación con un problema de salud específico. Los profesionales de enfermería deben aplicar el pensamiento crítico para decidir que deben valorar.

El proceso de valoración conlleva cuatro actividades estrechamente relacionadas: obtención de datos, organización de datos, validación de datos y registro de datos.

OBTENCION DE DATOS

Es un proceso de recopilación de información sobre el estado de salud de un paciente. Debe ser a la vez sistemático y continuo, con el fin de evitar omitir datos importantes y de reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

Una base de datos incluye toda la información disponible sobre un paciente; comprende la historia de enfermería, la valoración física, la anamnesis y la exploración física realizadas por el médico, los resultados de los análisis de laboratorio y de las pruebas diagnósticas, y el material proporcionado por otro personal sanitario.

Los datos del paciente deben incluir sus antecedentes de salud, además del problema actual, los antecedentes de una reacción alérgica a la penicilina son una pieza crucial en los datos históricos del paciente. Las intervenciones quirúrgicas previas.

Los datos actuales guardan relación con las circunstancias actuales del paciente. Como dolor, náuseas, patrones de sueño y prácticas religiosas. Para obtener datos precisos, tanto el paciente como el profesional de enfermería deben participar activamente.

TIPOS DE DATOS

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos tipos.

Los datos subjetivos: también denominados síntomas o datos encubiertos, solo son evidentes para la persona afectada, y solo dicha persona puede describirlos o verificarlos. El prurito, el dolor y los sentimientos de

preocupación son ejemplos de datos subjetivos. Entre los datos subjetivos se incluyen las sensaciones, los sentimientos, los valores, las creencias, las actitudes, y la percepción del estado de salud personal y de la situación vital por parte del paciente.

Los datos objetivos: también denominados signos o datos manifiestos, son detectables por un observador o pueden medirse o compararse según un parámetro de referencia aceptado. Pueden verse, oírse, sentirse u olerse, y se obtienen mediante la observación o la exploración física. Un cambio de coloración de la piel o la lectura de la tensión arterial son datos objetivos.

Una base de datos completa, de datos objetivos y subjetivos, ofrece una información inicial para comparar las respuestas del paciente a las intervenciones médicas y de enfermería.

Los datos históricos: consiste en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal del cliente y para determinar experiencias pasadas que pudiera tener algún efecto sobre el estado de salud actual del cliente. Algunos ejemplos de datos históricos pueden ser la hospitalización o cirugías previas, las pautas de eliminación normales o enfermedades crónicas.

Los datos actuales: los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento. Algunos ejemplos son tensión arterial, vómitos o dolor postoperatorio. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del cliente.

MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE DATOS

Los principales métodos para la obtención de datos son la observación, la entrevista y la exploración. La observación tiene lugar siempre que el profesional de enfermería entra en contacto con el paciente o con sus allegados. La entrevista se utiliza principalmente mientras se toma la historia de enfermería. La exploración es el principal método utilizado durante el proceso de valoración física. En realidad, el profesional de enfermería utiliza los tres métodos de forma simultánea a los pacientes.

Observación

La observación es el proceso de obtención de datos utilizando los sentidos. Es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla mediante el esfuerzo y con un enfoque organizado. Aunque los profesionales de enfermería observan fundamentalmente mediante la vista, durante las observaciones cuidadosas la mayoría de los demás sentidos están funcionando.

Datos del paciente observados mediante los sentidos.

Vista

Aspecto general, tamaño corporal, peso general, postura; signos de sufrimiento o incomodidad; gestos faciales y corporales; color y lesiones cutáneas; anomalías de movimiento; conducta no verbal; signos de enfado o de ansiedad; elementos religiosos o culturales; libros, velas, rosarios.

Olfato

Alcohol, olor axilar, hemorragia, olor del aliento o del cuerpo, desinfectantes, heces, flores, olor de pies, ajo, marihuana , medicina, cebolla, perfume, sudoración, olor púbico, secreción purulenta, tabaco, orina, vómitos.

Oído

Sonidos cardiacos y pulmonares; ruidos intestinales; capacidad para comunicarse; idioma hablado; capacidad para iniciar una conversación; capacidad para responder cuando se le habla; orientación en el tiempo, persona y espacio; pensamientos y sentimientos sobre si mismo, sobre otros, y sobre su estado de salud.

Tacto

Temperatura y humedad cutáneas; esfuerzo muscular, frecuencia rítmica y volumen del pulso; lesiones detectadas mediante la palpación nódulos.

La observación consta de dos aspectos: a) advertir los datos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos. Un profesional de enfermería que observa que la cara del paciente esta enrojecida debe relacionar esta observación, por ejemplo, con la temperatura corporal, la actividad, la temperatura ambiental y la tensión arterial. La observación implica discriminar los datos, diferenciar los datos de una forma que tenga sentido.

Las observaciones de enfermería deben organizarse de forma que no se pase por alto ninguna información importante. La mayoría de los profesionales de enfermería desarrolla una secuencia específica para la observación de datos, suele centrarse en primer lugar en el paciente.

Entrevista

Una entrevista es una comunicación planificada o una conversación que tiene una finalidad, obtener o proporcionar información, identificar problemas que preocupan a ambas partes, evaluar cambios, instruir, proporcionar apoyo, u ofrecer asesoramiento o terapia. Hay dos enfoques para la realización de la entrevista: la entrevista dirigida y la entrevista no dirigida. La entrevista dirigida esta muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el propósito de la entrevista y la controla, al menos al inicio. El paciente responde a preguntas. Los profesionales de enfermería utilizan a menudo la entrevista dirigida para reunir y proporcionar información en situaciones en las que disponen de poco tiempo.

En una entrevista no dirigida (o entrevista para establecer una relación de compenetración), el profesional de enfermería deja que el paciente controle el propósito, el tema y ritmo. La relación de compenetración es una relación de entendimiento entre dos personas.

Durante una entrevista para obtener información suele ser adecuado realizar una combinación de los enfoques dirigido y no dirigido. Se comienza determinando las áreas de preocupación para el paciente.

TIPOS DE PREGUNTAS EN LA ENTREVISTA

Las preguntas a menudo se clasifican como preguntas abiertas o cerradas y preguntas neutras o inductoras. Las preguntas cerradas, que se emplean en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente solo requieren un si o un no, o respuestas cortas que aporten información específica. Las preguntas abiertas, que se asocian a la entrevista no dirigida, invitan a los pacientes a descubrir y a explorar, a elaborar, clasificar o ilustrar sus

pensamientos o sus sentimientos. Una pregunta abierta solo especifica el tema en general que se comentara, e invita a dar respuestas de mas de una o dos palabras. Estas preguntas dan al paciente la libertad de divulgar la información que desee revelar.

Pregunta neutra es una pregunta que el paciente puede contestar sin que el profesional de enfermería presione o dirija la respuesta. Pregunta inductora, en cambio, suele ser cerrada, se utiliza en la entrevista dirigida y dirige la respuesta del paciente.

La exploración

La exploración física, o valoración física, es un método sistemático de recogida de datos que utiliza la observación (es decir, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas de salud. Para llevar a cabo la exploración se utilizan las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

La exploración física se lleva a cabo de forma sistemática. Puede organizarse de acuerdo con las preferencias de examinador. En un enfoque de cabeza a pies o siguiendo un enfoque centrado en los sistemas orgánicos. Habitualmente se anota en primer lugar la impresión global sobre el aspecto general del paciente y su estado de salud, edad, tamaño corporal, estado mental y nutricional, lenguaje y comportamiento. Durante la exploración física se valoran todas las partes corporales y se comparan los hallazgos a ambos lados del cuerpo, los pulmones. El profesional de enfermería puede centrarse en un área problemática específica detectada en la valoración de enfermería.

La exploración de detección selectiva, también denominada revisión por aparatos, es una breve revisión del funcionamiento básico de diversas partes o sistemas corporales.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

El profesional de enfermería utiliza un formato escrito o computarizado que organiza sistemáticamente los datos de valoración. Este formato habitualmente recibe el nombre de historia de enfermería, valoración de enfermería o formulación de recogida de datos de enfermería. El formato puede modificarse de acuerdo con el físico del paciente.

VALIDACION DE LOS DATOS

La información recogida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva exacta, ya que los diagnósticos y las intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación consiste en una doble comprobación o verificación de los datos para confirmar que son exactos y objetivos. La validación de los datos permite al profesional de enfermería realizar los siguientes pasos.

Asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa.

Asegurarse de que los datos objetivos y subjetivos relacionados concuerdan. Obtener información adicional que pueda haberse pasado por alto.

Diferenciar los indicios de las deducciones. Los indicios son datos objetivos o subjetivos que pueden ser observados directamente por el profesional de enfermería; es decir, lo que el paciente dice o lo que el profesional de enfermería ve, oye, siente, huele o mide, las deducciones son las

interpretaciones o conclusiones del profesional de enfermería basadas en los indicios.

Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada a la hora de identificar problemas.

No todos los datos requieren una validación por ejemplo, la estatura, el peso, la fecha de nacimiento y la mayoría de los estudios de laboratorio que es posible medir con una escala precisa pueden aceptarse como objetivos. Como regla general, el profesional de enfermería comprueba la validez de los datos cuando existen discrepancias entre los datos obtenidos en la entrevista de enfermería (datos subjetivos) y la exploración física (datos objetivos), o cuando las afirmaciones del paciente difieren momentos de la valoración.

Para recoger los datos de forma exacta es preciso que el profesional de enfermería conozca sus propios prejuicios, valores y creencias, y que diferencie los hechos de las deducciones, las interpretaciones y las suposiciones, para crear una base de datos exacta es preciso validar las suposiciones en relación con la conducta física o emocional del paciente.

REGISTRO DE LOS DATOS

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería debe registrar los datos del paciente. Es esencial realizar un registro exacto e incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se registran de forma objetiva, sin interpretaciones.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es la segunda fase del proceso de enfermería. En esta fase, los profesionales de enfermería utilizan las habilidades del pensamiento

crítico para interpretar los datos obtenidos durante la valoración, e identificar los aspectos positivos y los problemas del paciente. Todas las actividades que preceden a esta fase están encaminadas a la formación de los cuidados que siguen a esta fase se basan en los diagnósticos de enfermería.

La identificación y el desarrollo de los diagnósticos de enfermería tuvieron su comienzo formal en 1973. En 1982 el grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, Asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería. Una taxonomía es un sistema de clasificación o un conjunto de categorías estructuradas en función de un único principio o de un conjunto de principios. Entre miembros de la NANDA se incluyen profesionales de enfermería en plantilla, especialistas clínicos, profesorado, directores de enfermería, decanos, teóricos de la enfermería e investigación.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE LA NANDA

Con el fin de utilizar con eficacia el concepto de diagnóstico de enfermería para generar y poner en práctica un plan de cuidados de enfermería, el profesional de enfermería debe estar familiarizado con las definiciones de los términos empleados, así como con los tipos y los componentes de los diagnósticos de enfermería.

DEFINICIONES

La expresión proceso diagnóstico se refiere al proceso de razonamiento, en tanto que el término diagnóstico es un enunciado o conclusión en relación con la naturaleza de un fenómeno. Los nombres estandarizados de la NANDA para los diagnósticos reciben el nombre de etiquetas diagnósticas; el enunciado del problema del paciente, consistente en la etiqueta diagnóstica más la etiología (relación causal entre un problema y sus

factores relacionados o factores de riesgo) se denomina diagnóstico de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería destinadas a lograr los resultados de los que es responsable el profesional en enfermería.

TIPOS DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Los cinco tipos de diagnósticos de enfermería son: reales, de riesgo, de bienestar, posibles y de síndrome.

Un diagnóstico de enfermería real es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería. Un diagnóstico de enfermería real se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados.

Un diagnóstico de enfermería de riesgo es un conjunto clínico de que no existe un problema, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se presente un problema, a menos que el profesional de enfermería intervenga.

Un diagnóstico de bienestar describe las respuestas humanas a los niveles de bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que tienen una disposición para mejorar.

Un diagnóstico de enfermería posible es un diagnóstico en el cual las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o son insuficientes. Un diagnóstico de enfermería posible requiere más datos para refutar o apoyar el diagnóstico.

Un diagnóstico de síndrome es un diagnóstico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos. En la actualidad se encuentran en la lista de la NANDA Internacional seis diagnósticos de síndrome.

COMPONENTES DE UN DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE LA NANDA

Un diagnóstico de enfermería consta de tres componentes: 1) el problema y su definición; 2) la etiología; 3) las características definitorias. Cada componente tiene una finalidad concreta.

PROBLEMA (ETIQUETA DIAGNOSTICA) Y SU DEFINICION

El enunciado del problema, o etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud o la respuesta del paciente para los que se está proporcionando la intervención de enfermería. Describe el estado de salud del paciente con claridad y concisión en pocas palabras. La finalidad de la etiqueta diagnóstica es guiar la elaboración de los objetivos del paciente y los resultados esperados. También puede sugerir algunas intervenciones de enfermería.

Para ser de utilidad en la práctica clínica, las etiquetas diagnósticas tienen que ser específicas; cuando una etiqueta de la NANDA se sigue de la palabra especificar, el profesional de enfermería debe indicar el área en la que ocurre el problema. Los calificadores son palabras que se han añadido a algunas etiquetas de la NANDA para completar el significado del enunciado diagnóstico.

ETIOLOGIA (FACTORES RELACIONADOS Y FACTORES DE RIESGO)

El componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de

enfermería necesario, y permite al profesional de enfermería individualizar el cuidado del paciente.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

Las características definitorias son el conjunto de signos y síntomas que indica la presencia de una etiqueta diagnóstica específica. Para los diagnósticos de enfermería reales, las características definitorias son los signos y síntomas del paciente. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo, no hay signos subjetivos ni objetivos. Los factores responsables de que el paciente presente una vulnerabilidad al problema mayor de lo normal constituyen la etiología de un diagnóstico de enfermería de riesgo. Las características se relacionan de forma separada, de acuerdo con su naturaleza objetiva o subjetiva.

DISTINCION ENTRE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y DIAGNOSTICOS MEDICOS

Un diagnostico de enfermería es un enunciado de un juicio de enfermería y hace referencia a un trastorno que los profesionales de enfermería están autorizados a tratar. Un diagnóstico médico es aquel que realizan un médico en relación con un trastorno que solo un medico puede tratar. Los diagnósticos médicos se refieren a enfermedades- respuestas fisiopatológicas específicas que son bastante uniformes de un paciente a otro. En cambio, diagnósticos de enfermería describen las respuestas físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales a una enfermedad o un problema de salud. El diagnostico médico permanece sin cambios durante tanto tiempo como persista la enfermedad, pero los diagnósticos de enfermería van cambiando a medida que lo hacen las respuestas del paciente.

Los profesionales de enfermería tienen responsabilidades en relación con los diagnósticos tanto médicos como de enfermería. Los diagnósticos de enfermería guardan relación con las funciones independientes de los profesionales de enfermería, las áreas de la asistencia sanitaria que son específicas de la enfermería y son distintas de la práctica médica. En relación con los diagnósticos de enfermería, los profesionales de enfermería están obligados a realizar los tratamientos o medidas prescritas por médico, es decir, las funciones de pendientes.

DISTINCION ENTRE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Un problema interdependiente es un tipo de problema potencial que los profesionales de enfermería tratan mediante intervenciones tanto independientes como prescritas por el médico. Las intervenciones de enfermería independientes para la resolución de un problema interdependiente se centran fundamentalmente en la vigilancia del estado del paciente y en la prevención del desarrollo de la potencial complicación. El tratamiento definitivo del proceso requiere intervenciones tanto médicas como de enfermería.

Los problemas interdependientes tienden a estar presentes cuando existe una enfermedad o tratamientos específicos; es decir, cada enfermedad o tratamiento tiene complicaciones específicas que siempre se asocian a ellos.

EL PROCESO DIAGNOSTICO

El proceso diagnóstico utiliza dos habilidades de pensamiento crítico: el análisis y la síntesis. El pensamiento crítico es un proceso cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y considera las explicaciones antes de formarse una opinión. El análisis consiste en la separación en componentes,

es decir, la escisión del todo en sus partes. La síntesis es el proceso opuesto, la fusión de las partes para formar el todo. Los profesionales de enfermería utilizan continuamente el proceso diagnóstico. El proceso diagnóstico consta de tres pasos.

Análisis de datos.

Identificación de los problemas de salud, los riesgos y los factores favorables.

Formulación de enunciados diagnósticos.

ANALISIS DE LOS DATOS

En el proceso diagnóstico, el análisis de los datos implica los siguientes pasos.

Comparar los datos con los estándares (identificar indicios significados).

Agrupar los indicios (generar hipótesis provisionales).

Identificar lagunas e incoherencias.

Para los profesionales de enfermería experimentados, estas actividades ocurren de forma continua más que secuencial.

Comparación de los datos con los estándares

Los profesionales de enfermería se basan en los conocimientos y la experiencia para comparar los datos del paciente con los estándares y normas, e identificar indicios significativos y relevantes. Un estándar o norma es una medida, regla, modelo o patrón aceptado de forma general. El profesional de enfermería utiliza una amplia gama de estándares, como los patrones de crecimiento y desarrollo, los signos vitales normales y los valores de laboratorio.

Agrupación de indicios

La agrupación de datos o agrupación de indicios es un proceso que consiste en determinar el grado de relación de los hechos y establecer si existe algún patrón, si los datos representan incidentes aislados, y si son significativos. Este es el comienzo de la síntesis.

El profesional de enfermería puede agrupar los datos de forma inductiva, combinando los datos de diferentes áreas de valoración para formar un patrón. Otra posibilidad es comenzar con un marco de trabajo, como el esquema de patrones funcionales de salud de Gordon, y agrupar los datos subjetivos y objetivos en las categorías apropiadas, este último es el enfoque deductivo para la agrupación de datos, o enfoque de elaboración de patrones. La agrupación de datos implica realizar deducciones sobre los datos. El profesional de enfermería interpreta el posible significado de los indicios y etiqueta los grupos de indicios con hipótesis diagnósticas provisionales.

Identificación de lagunas e incoherencias

Las incoherencias son datos conflictivos. Las fuentes posibles de datos conflictivos son los errores de medición, las expectativas y los informes contrapuestos o poco fiables. Todas las incoherencias deben aclararse para poder establecer un patrón válido.

Identificación de los problemas de salud, riesgo y factores favorables

Una vez analizados los datos, el paciente y el profesional de enfermería pueden identificar, en colaboración, los factores favorables y los riesgos para el paciente.

Determinación de los problemas de salud y los riesgos

Una vez agrupados los datos, el profesional de enfermería y el paciente identifican conjuntamente los problemas que son un argumento a favor de un diagnóstico provisional real.

Determinación de los factores favorables

En esta fase, el profesional de enfermería y el paciente determinan también los factores favorables del paciente, sus recursos, y sus capacidades para afrontar las situaciones. La mayoría de las personas tiene una percepción más clara de sus problemas o debilidades que de sus factores favorables y sus capacidades, los factores favorables pueden ser una ayuda para estimular la salud y los procesos regenerativos.

Los factores favorables de un paciente pueden encontrarse en la historia de valoración de enfermería (salud, vida en el hogar, educación, actividades de ocio, ejercicio, trabajo, familia y amigos, creencias religiosas y sentido del humor).

Formulación de enunciados diagnósticos

La mayoría de los diagnósticos de enfermería se redactan como enunciados de dos o tres partes, pero existen variaciones a esta norma.

ENUNCIADOS BASICOS DE DOS PARTES

El enunciado básico de dos partes consta de los siguientes elementos:

Problema (P): enunciado de la respuesta del paciente (etiqueta de la NANDA).

Etiología (E): factores que contribuyen a la respuesta o que son la causa probable de la misma.

Las dos partes se unen mediante la expresión relacionado (a) con en vez de con la expresión debido (a) a. la expresión debido a implica que una parte causa o es responsable de la otra. En cambio, la expresión relacionado (a) con simplemente implica la existencia de una relación.

Algunas etiquetas de la NANDA contienen el termino especificar. Cuando existen estas etiquetas, el profesional de enfermería debe añadir palabras para indicar mas específicamente cual es el problema. El formato sigue un enunciado de dos partes. Para facilitar la alfabetización, muchas listas de la NANDA están organizadas con los calificativos tras la palabra principal.

ENUNCIADOS BASICOS DE TRES PARTES

El enunciado básico de tres partes de un diagnostico de enfermería recibe el nombre de formato PES, y consta de los siguientes elementos:

Problema (p): enunciado de la respuesta del paciente (etiqueta de la NANDA).

Etiología (E): factores que contribuyen a la respuesta o causa probable de la misma.

Signos y síntomas (S): características definitorias manifestadas por el paciente.

Los diagnósticos reales de enfermería pueden documentarse utilizando el enunciado de tres partes porque se han identificado los signos y los síntomas. Este formato no se puede emplear para diagnósticos de riesgo, porque el paciente no presenta síntomas ni signo del diagnóstico.

El formato PES esta especialmente indicado para los profesionales que están empezando, porque los signos y los síntomas validan la elección del diagnóstico y hacen que el enunciado del problema sea mas descriptivo.

La desventaja del formato PES es que puede tener enunciados muy largos que pueden restar claridad al problema y a la etiología, puesto que los signos y los síntomas pueden ser de utilidad para planificar las intervenciones de enfermería, debe ser fácil acceder a ellos.

ENUNCIADO DE UNA PARTE

Algunos enunciados diagnósticos, como los diagnósticos de bienestar y los diagnósticos de enfermería de síndromes, constan exclusivamente de una etiqueta de la NANDA. A medida que se van perfeccionando las etiquetas diagnósticas, tienden a hacerse más específicas, de forma que las intervenciones de enfermería pueden derivarse de las propias etiquetas. La NANDA ha especificado que cualquier nuevo diagnóstico de bienestar se desarrollará como un enunciado de una parte que comenzara con las palabras Disposición para mejorar seguido del bienestar de mayor nivel deseado.

EVITAR ERRORES EN EL RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

Es importante que los profesionales de enfermería realicen diagnósticos con un elevado nivel de exactitud. Es posible evitar algunos errores comunes de razonamiento identificándolos y aplicando las habilidades de pensamiento crítico adecuadas. Puede ocurrir un error en cualquier momento del proceso diagnóstico: la recogida de datos, la interpretación de los datos, y agrupamiento de éstos.

Las siguientes sugerencias ayudan a reducir el error diagnóstico:

Verificar. El proceso diagnóstico debe comenzarse y incluirse hablando con el paciente y con su familia. Al recoger los datos, se les pregunta cuáles son sus problemas de salud y a qué los atribuyen. Al final del proceso, se les pide que confirmen los diagnósticos de enfermería.

Desarrollar una buena base de conocimientos y adquirir experiencia clínica. Es preciso conocer la norma poblacional para los signos vitales, las pruebas de laboratorio, el desarrollo de habla, los ruidos respiratorios, los profesionales de enfermería deben determinar qué es normal para una persona en particular.

PLANIFICACION

La planificación es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería que conlleva la toma de decisiones y la resolución de problemas. En la planificación. El profesional de enfermería consulta los datos de la valoración del paciente y los enunciados diagnósticos para orientarse durante la formulación de los objetivos del paciente y la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente. Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y los conocimientos, que lleva a cabo un profesional de enfermería para favorecer los resultados del paciente, el producto de la fase de planificación es un plan de cuidados para el paciente.

Aunque la planificación es básicamente la responsabilidad del profesional de enfermería, la información del paciente y de los allegados es esencial para que el plan resulte eficaz. Los profesionales de enfermería no planifican para el paciente, sino que lo animan a participar activamente en la medida de lo

posible. En el medio domiciliario, los allegados del paciente y los cuidadores son los ejecutan el plan de cuidados.

TIPOS DE PLANIFICACION

La planificación comienza con el primer contacto con el paciente y continua hasta que finaliza la relación profesional de enfermería-paciente, habitualmente cuando el centro de asistencia sanitaria da el alta al paciente.

PLANIFICACION INICIAL

El profesional de enfermería que realiza la valoración de ingreso es el que desarrolla el plan de cuidados integral inicial. Este profesional de enfermería cuenta con la ventaja de poder observar el lenguaje corporal del paciente, así como poder obtener ciertos tipos de información intuitiva que no esta disponibles solo con los datos escritos, planificación debe iniciarse tan pronto como sea posible tras la valoración inicial, especialmente debido a la tendencia a acortar las estancias hospitalarias.

PLANIFICACION CONTINUA

La planificación continúa corre a cargo todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. A medida que los profesionales de enfermería van obteniendo nueva información y van evaluando las respuestas del paciente a los cuidados, pueden individualizarse más el plan de cuidados inicial. La planificación continua también tiene lugar al principio de un turno.

PLANIFICACION DE ALTA

La planificación del alta, el proceso de prever y planificar las necesidades tras el alta. Es una parte esencial de los cuidados integrales de la salud y

debe abordarse en cada plan de cuidados del paciente. Debido a que la estancia hospitalaria media para casos agudos se han acortado, a veces se da el alta a pacientes que siguen necesitando cuidados.

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

El producto final de la fase de planificación del proceso de enfermería es un plan de cuidados formal e informal.

Un plan de cuidados de enfermería informal es una estrategia de actuación que existe en la mente del profesional de enfermería.

Un plan de enfermería formal es una guía escrita o informatizada que organiza la información sobre los cuidados del paciente. El beneficio mas evidente de un plan de cuidados escrito formal es que ofrece una continuidad en los cuidados escrito formal es que ofrece una continuidad en los cuidados.

Un plan de cuidados estandarizado es un plan formal que especifica los cuidados de enfermería para grupos de pacientes con necesidades comunes.

Un plan de cuidados individualizado es un plan que se ha personalizado para responder a las necesidades exclusivas de un paciente en concreto, necesidades que no se abordan en el plan de cuidados estandarizado. Es importante que todos los cuidadores trabajen para alcanzar los mismos objetivos y, si están disponibles, que utilicen enfoques cuya eficacia se haya demostrado con un paciente en particular. El profesional de enfermería comienza el plan cuando el paciente ingresa en el centro y lo actualiza constantemente durante toda la estancia de este en respuesta a los cambios en el estado del paciente y la evaluación de la consecución de los objetivos.

Durante la fase de planificación, el profesional de enfermería debe a) decidir que problemas del paciente requieren planes individualizados y cuáles pueden abordarse mediante planes estandarizados y cuidados sistemáticos; y b) formula resultados esperados individualizados y prescripciones de enfermería para los problemas del paciente que requieren una atención de enfermería que va más allá de los cuidados sistemáticos preplanificados.

El plan de cuidados integral de un paciente está constituido por diversos documentos diferentes que: a) describe los cuidados sistemáticos imprescindibles para hacer frente a las necesidades básicas. b) responden a los diagnósticos de enfermería y a los problemas interdependiente; y c) especifican las responsabilidades de enfermería para llevar a cabo médico de cuidados.

Planes de cuidados multidisciplinarios (interdependiente) un plan de cuidados multidisciplinarios es un plan estandarizado que describe los cuidados necesarios para pacientes con trastornos frecuentes y predecibles, habitualmente de tipo medico. Estos planes, también conocidos como planes de cuidados interdependientes o vías críticas, establecen una secuencia de cuidados que deben administrar cada día durante la duración programa del ingreso para el tipo específico de trastorno. Un plan de cuidados multidisciplinario puede especificar resultados e intervenciones de enfermería para abordar los problemas del paciente (incluidos los diagnósticos de enfermería). Incluye los tratamientos médicos que habrán de administrar otros profesionales sanitarios.

EL PROCESO DE PLANIFICACION

En el proceso de desarrollo de los planes de cuidados del paciente, el profesional de enfermería lleva a cabo las siguientes actividades:

Establecimiento de prioridades.

- ✚ Establecimiento de los objetivos del paciente/ resultados esperados.
- ✚ Selección de las intervenciones de enfermería.
- ✚ Redacción de las prescripciones de enfermería.

Establecimiento de prioridades

El establecimiento de prioridades es el proceso dirigido a establecer una secuencia preferente para abordar los diagnósticos y las intervenciones de enfermería. El profesional de enfermería y el paciente comienzan la planificación decidiendo qué diagnóstico de enfermería requiere atención en primer lugar, cual la requiere en segundo lugar, y así sucesivamente.

Para establecer prioridades, los profesionales de enfermería a menudo utilizan la jerarquía de necesidades de Maslow. En la escala de jerarquía de Maslow, las necesidades fisiológicas, tales como el aire, los alimentos y el agua, son básicas para la vida y reciben una prioridad más alta que la necesidad de seguridad o la actividad. En este marco de trabajo las necesidades de crecimiento, como la autoestima. No se percibe como básica.

Al asignar las prioridades se deben considerar diversos factores, entre ellos los siguientes:

1. Valores y creencias del paciente en relación con la salud: Los valores relativos a la salud pueden ser más importantes para el profesional de enfermería que para el paciente.

2. Prioridades del paciente: Hacer participar al paciente en la asignación de prioridades y en la planificación de los cuidados fomenta la colaboración.
3. Recursos o disposición del profesional de enfermería y del paciente: Si el dinero, el equipo o el personal escasean en el centro de asistencia sanitaria, puede que se asigne a un problema una prioridad menor de lo habitual.
4. Urgencia del problema de salud: Con independencia del marco de referencia empleado, las situaciones de riesgo vital requieren que el profesional de enfermería les asigne una prioridad alta.
5. plan de tratamiento médico: Las prioridades para tratar los problemas de salud deben ser congruentes con los tratamientos prescritos por otros profesionales sanitarios.

Establecimiento de los objetivos del paciente/resultados esperados

Una vez establecidas las prioridades, el profesional de enfermería y el paciente establecen los objetivos para cada diagnóstico de enfermería. En un plan de cuidados, los objetivos/resultados esperados describen, en términos de respuestas observables del paciente, qué espera lograr el profesional de enfermería ejecutando las intervenciones de enfermería. Ciertas fuentes de referencia también utilizan las expresiones resultado deseado, resultado previsto y crítica de resultado. Cuando los objetivos se enuncian de forma general, el plan de cuidados debe incluir tanto los objetivos como los resultados esperados.

Son los resultados específicos y observables los que deben anotarse en el plan de cuidados y utilizarse para evaluar la evolución del paciente.

FINES DE LOS OBJETIVOS / RESULTADOS ESPERADOS

Los fines de los objetivos/ resultados esperados son los siguientes:

1. Orientan en la planificación de las intervenciones de enfermería.
2. Sirven como criterios para evaluar la evolución del paciente.
3. Permite al paciente y al profesional de enfermería determinar cuando se ha resuelto un problema.
4. Contribuyen a motivar al paciente y al profesional de enfermería, al infundir a ambos un sentimiento de logro. A medida que se van alcanzando los objetivos han merecido la pena.

TIPOS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Las intervenciones de enfermería se pueden clasificar en interdependientes o independientes.

Intervenciones interdependientes

Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Las intervenciones pueden suponer la colaboración con asistentes sociales, dietistas, terapeutas, técnicos y médicos, y pueden añadir detalles acerca de cómo se van a llevar a cabo las indicaciones promovidas por el medico.

Intervenciones independientes

Son las actividades que puede llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico. El tipo de actividades que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente está definido por los diagnósticos de enfermería. Estas son las respuestas que el profesional de enfermería está autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.

OBJETIVOS A CORTO Y LARGO PLAZO

Los objetivos pueden ser a corto y a largo plazo. Un objetivo a corto plazo podría ser, el viernes el paciente podrá levantar el brazo derecho a la altura del hombro. Un objetivo a largo plazo podría ser, en 6 semanas el paciente habrá recuperado el uso completo del brazo derecho.

Los objetivos a corto plazo son de utilidad a) para los pacientes que requieren asistencia sanitaria durante un tiempo breve y b) para los que se sienten frustrados con objetivos a largo plazo que les parecen difíciles de alcanzar y necesitan la satisfacción de lograr un objetivo a corto plazo.

Los objetivos a largo plazo a menudo se utilizan para pacientes que viven en su domicilio y tienen problemas crónicos de salud, y para aquellos pacientes que viven en residencias, en centros de cuidados crónicos y en centros de rehabilitación.

RELACION ENTRE LOS OBJETIVOS/RESULTADOS ESPERADOS Y LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Los objetivos derivan de los diagnósticos de enfermería del paciente, en particular de la primera parte de su enunciado (problema). La parte del

enunciado relativa al problema contiene la respuesta no sana; indica aquello que debe cambiar. Los objetivos esenciales para un paciente dado derivan del problema.

Para cada diagnóstico de enfermería, el profesional de enfermería debe escribir al menos un resultado previsto que, cuando se alcance, demuestre directamente la resolución del proceso.

Componentes de los enunciados de objetivos / resultados esperados

Los enunciados de objetivos/ resultados esperados deben constar, en general, de los siguientes cuatro componentes:

1. Sujeto. El sujeto, un sustantivo, es el paciente, cualquier parte del paciente o un atributo del mismo, como el pulso o la producción de orina.
2. Verbo. El verbo especifica una acción que el paciente debe realizar, como lo que debe hacer, aprender o experimentar. Se debe emplear verbos que denoten conductas directamente observables.
3. Condiciones o puntualizaciones. Las condiciones o puntualizaciones pueden añadir el verbo para explicar las circunstancias en las cuales debe producirse la conducta del paciente. Explican el que, el dónde, el cuándo y el cómo.
4. Criterio de rendimiento esperado. El criterio indicado el estándar por el que se evalúa un rendimiento, o el nivel al cual el paciente llevará a cabo la conducta especificada. Estos criterios pueden concretar el tiempo o la rapidez, la exactitud, la distancia y la calidad.

EJECUCION

En el proceso de enfermería, la ejecución es la fase en la cual el profesional de enfermería ejecuta las intervenciones de enfermería. Utilizando la terminología de la Clasificación de intervenciones de Enfermería (Nursing Interventions Classification, NIC), la ejecución consiste en hacer y registrar las actividades que son actuaciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones (o prescripciones de enfermería). El profesional de enfermería realiza o delega la realización de las actividades de enfermería para las intervenciones que se formularon en el paso de planificación y concluye el paso de ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas del paciente.

Aunque el profesional de enfermería puede actuar en interés del paciente (p. ej. remitiendo a éste a un profesional de enfermería para asistencia domiciliaria), los estándares profesionales apoyan la participación del paciente y de la familia, al igual que en todas las fases del proceso de enfermería. El grado de participación depende del estado de salud del paciente.

RELACION ENTRE LA FASE DE EJECUCION Y OTRAS FASES DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Las tres primeras fases del proceso de enfermería valoración, diagnóstico y planificación, proporcionan la base para las intervenciones de enfermería realizadas durante la fase de ejecución, la fase de ejecución proporciona actividades de enfermería en si y las respuestas del paciente que se examinarán en la fase final, la fase de evaluación. Utilizando los datos adquiridos durante la valoración. El profesional de enfermería individualiza los cuidados administrados en la fase de ejecución, ajustando las

Intervenciones a cada paciente específico en lugar de aplicarlas sistemáticamente a categorías de pacientes.

Al ejecutar las prescripciones de enfermería, el profesional de enfermería vuelve a valorar al paciente con cada nuevo contacto, reuniendo datos sobre las respuestas de este a las intervenciones de enfermería y sobre cualquier nuevo problema que pueda plantear.

No todas las acciones de enfermería están dirigidas por una intervención que sigue a un diagnóstico de enfermería. Algunas intervenciones de enfermería sistemáticas son por sí mismas valoraciones.

HABILIDADES DE EJECUCION

Para ejecutar con éxito el plan de cuidados, los profesionales de enfermería deben poseer habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas. Estas habilidades se diferencian unas de otras; sin embargo, en la práctica los profesionales de enfermería las utilizan en diversas combinaciones y con diferente énfasis, dependiendo de la intervención.

Habilidades cognitivas (habilidades intelectuales) incluyen la resolución de problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la creatividad.

Habilidades interpersonales son todas las intervenciones, verbales, y no verbales, que realizan las personas al interactuar directamente unas con otras. El profesional de enfermería utiliza la comunicación terapéutica para comunicarse con el paciente y ser comprendido mejor por éste, también es importante poder trabajar eficazmente con otros profesionales como miembro de un equipo de salud. Las habilidades interpersonales son necesarias para todas las intervenciones de enfermería: cuidar, consolar, aconsejar, remitir, asesorar y apoyar son solo algunas, estas habilidades

implican transmitir conocimientos, actitudes, sentimientos, interés y apreciación de los valores culturales y el estilo de vida del paciente.

Habilidades técnicas son habilidades prácticas, tales como la manipulación de equipos o instrumental, la administración de inyecciones, la colocación de vendajes, mover, levantar y cambiar de posición a los pacientes. Estas habilidades reciben también el nombre de procedimientos o habilidades psicomotoras.

PROCESO DE EJECUCION

El proceso de ejecución consta normalmente de los siguientes pasos:

Nueva valoración del paciente.

Determinar la necesidad de intervención del profesional de enfermería.

Ejecutar las intervenciones de enfermería

Supervisar los cuidados delegados.

Registrar las intervenciones de enfermería.

Nueva valoración del paciente

Justo antes de ejecutar una intervención, el profesional de enfermería debe volver a valorar al paciente para asegurarse de que aun es necesario prescripción en práctica dicha intervención. Aunque existe una prescripción escrita en el plan de cuidados, la situación o el estado del paciente puede haber cambiado.

Determinar la necesidad de ayuda del profesional de enfermería

Al ejecutar algunas intervenciones de enfermería, el profesional de enfermería puede requerir ayuda por uno de los siguientes motivos:

El profesional de enfermería no es capaz de ejecutar de forma segura la intervención de enfermería por si solo.

La ayuda reduciría el estrés del paciente.

El profesional de enfermería carece de los conocimientos o las habilidades para ejecutar una intervención de enfermería concreta.

EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Es importante explicar al paciente que intervenciones van a llevarse a cabo, qué sensaciones cabe esperar, qué se espera que haga y cuál es el resultado esperado. Para muchas actividades de enfermería también es importante garantizar la intimidad del paciente. Los profesionales de enfermería también coordinan los cuidados del paciente con otros departamentos técnicos de laboratorio y radiología.

Al ejecutar las intervenciones, los profesionales de enfermería deben seguir las siguientes directrices:

- Basar las intervenciones de enfermería en conocimientos científicos, investigaciones de enfermería y estándares profesionales de cuidados (practica basada en la evidencia) siempre que sea posible. El profesional de enfermería debe ser consciente del fundamento lógico racional que subyace en cada intervención, así como de sus posibles efectos secundarios y complicaciones
- Comprender claramente las prescripciones que deben ejecutarse y cuestionar aquellas que no se comprendan. El profesional de enfermería es responsable de la ejecución inteligente de los planes de cuidados médicos y de enfermería.

- Adaptar las actividades a cada paciente específico. Las creencias de un paciente, sus valores, edad, estado de salud y entorno son factores que pueden afectar al éxito de una actuación de enfermería.
- Ejecutar cuidados seguros.
- Proporcionar asesoramiento, apoyo y consuelo.
- Aplicar un enfoque holístico.
- Respetar la dignidad del paciente y potenciar su autoestima.
- Animar a los pacientes a participar activamente en la ejecución de las intervenciones de enfermería. la participación activa potencia la sensación de independencia y control del paciente, el nivel de participación varía de paciente a paciente. Algunos desean implicarse totalmente en sus cuidados, en tanto que otros prefieren una implicación escasa.

SUPERVISAR LOS CUIDADOS DELEGADOS

Si se han delegado ciertos cuidados a otros miembros del equipo, el profesional de enfermería responsable de los cuidados globales del paciente debe asegurarse de que las actividades se hayan ejecutado de acuerdo con el plan de cuidados. El profesional de enfermería validará y responderá a cualquier respuesta o hallazgo negativos del paciente.

REGISTRAR LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Tras llevar a cabo las intervenciones de enfermería, profesional de enfermería completa la fase de ejecución registrando las intervenciones y las respuestas del paciente en las notas de evolución de enfermería. Estas forman parte de la historia permanente sobre el paciente del centro. El profesional de enfermería puede registrar actividades sistemáticas o recurrentes, en algunos casos, es importante registrar una intervención de enfermería nada mas haberla ejecutado. Esto es especialmente cierto en el

caso de la administración de medicaciones y tratamientos, ya que los datos registrados del paciente deben estar al día, deben ser exactos, y deben estar disponibles para otros profesionales de enfermería y demás profesionales sanitario. El registro inmediato ayuda a proteger al paciente. Las intervenciones de enfermería se comunican verbalmente además de por escrito. Cuando la salud de un paciente esta cambiando rápidamente, el profesional de enfermería a cargo de este puede requerir que se le mantenga al día mediante informes verbales. Los profesionales de enfermería también comunican el estado de los pacientes en los cambios de turno o al transferir al paciente a otra unidad o centro en persona, por escrito.

EVALUCION

Evaluar es juzgar o estimar. La evaluación es la quinta y ultima fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continuada y dotada de objetivos, en la cual los pacientes y los profesionales de enfermería determinan a) la evaluación del paciente en relación con la consecución de los objetivos/resultados y b) la eficacia del plan de cuidados de enfermería. La evaluación es un aspecto importante del proceso de enfermería, ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

La evaluación es un proceso continuo. La evaluación que se lleva a cabo durante o inmediatamente después de ejecutar una orden permite al profesional de enfermería modificar sobre la marcha una intervención. La evaluación que se realiza a intervalos específicos, ejemplo una vez por semana para el paciente de cuidados domiciliarios, pone de manifiesto el alcance de los progresos del paciente en relación con la consecución de objetivos y permite al profesional de enfermería corregir cualquier deficiencia

y modificar el plan de cuidados según sea necesario. La evaluación continúa hasta que el paciente logra los objetivos de salud o se le da el alta de cuidados de enfermería. La evaluación del alta incluye el estado de la consecución de los objetivos y las capacidades de Autocuidado del paciente en relación con los cuidados de seguimiento. Mediante la evaluación, los profesionales de enfermería demuestran que son responsables y que responden por sus acciones, indican interés en los resultados de sus intervenciones de enfermería, y demuestran un deseo de no perpetuar acciones ineficaces y de adoptar acciones más efectivas.

PROCESO DE EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DEL PACIENTE

Antes de evaluación deben determinar los resultados esperados que se utilizan para medir la consecución de los objetivos del paciente. (Estos se realizan en la fase de planificación.) Los resultados esperados tienen dos propósitos: establecen el tipo de datos de evaluación que deben obtenerse y proporcionan un estándar respecto del cual juzgar los datos.

El proceso de evaluación consta de cinco componentes

Obtención de datos relacionados con los resultados esperados.

Comparación de los datos con los resultados.

Relación de las intervenciones de enfermería con los resultados.

Extracción de conclusiones sobre el estado del problema.

Continuación, modificación o suspensión del plan de cuidados de enfermería.

Obtención de datos

El profesional de enfermería obtiene datos utilizando como guía unos resultados precisos, mensurables y enunciados con claridad, de forma que

puedan extraerse conclusiones respecto a si se han alcanzado los objetivos. Suele ser necesario obtener datos tanto objetivos como subjetivos.

Comparación de los datos con los resultados

Si las dos primeras etapas del proceso de evaluación se han llevado a cabo de forma eficaz, es relativa sencillo determinar si un resultado esperado se ha alcanzado. Tanto el profesional de enfermería como el paciente desempeñan una función activa en la comparación de las respuestas reales del paciente con los resultados esperados. Al determinar si se ha alcanzado un objetivo, el profesional de enfermería puede llegar a una de tres conclusiones posibles.

1. el objetivo se ha conseguido, la respuesta del paciente es la misma que el resultados esperado.
2. el objetivo se ha conseguido parcialmente; es decir se ha alcanzado un objetivo a corto plazo pero no se ha alcanzado el objetivo a largo plazo, o el resultado esperado sólo se ha logrado parcialmente.
3. el objetivo no se ha conseguido.

Una vez establecido si se ha conseguido un objetivo, el profesional de enfermería redacta un informe de evaluación (ya sea en el plan de cuidados o en las notas de enfermería). Un informe de evaluación consta de dos partes: una conclusión y los datos que la fundamentan. La conclusión es el enunciado que indica si el objetivo/resultado esperado se consiguió, se consiguió parcialmente, o no consiguió. Los datos que la fundamentan son la lista de respuestas del paciente que apoyan la conclusión.

RELACION ENTRE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA Y LOS RESULTADOS

El cuarto aspecto de proceso de evaluación es determinar si las intervenciones de enfermería guardan alguna relación con los resultados. Nunca debe suponerse que una intervención de enfermería fue la causa o el único factor responsable de haber conseguido el objetivo, de haberlo conseguido parcialmente, o de no haberlo conseguido.

CONTINUACIÓN, MODIFICACIÓN Y SUSPENSIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Tras extraer conclusiones sobre el estado de los problemas del paciente, el profesional de enfermería modifica el plan de cuidados según sea necesario. Dependiendo del centro, las modificaciones pueden realizarse tachando partes del plan de cuidados, o marcar partes con un rotulador, o escribiendo suspendido.

Tanto si se cumplen los objetivos como si no, es preciso tomar una serie de decisiones en relación con la continuación, la modificación o la suspensión de los cuidados de enfermería para cada problema. Antes de realizar modificaciones individuales el profesional de enfermería debe determinar primero por que el plan en conjunto no fue totalmente eficaz. Esto requiere una revisión de la totalidad del plan y una crítica de los pasos del proceso de enfermería implicados en su desarrollo, una lista de comprobación que puede utilizarse al revisar el plan de cuidados.

VALORACION

Una base de datos incompleta o incorrecta influye en todos los pasos posteriores del proceso de enfermería y en el plan de cuidados. Si los datos

son incompletos, el profesional de enfermería debe volver a valorar al paciente y registrar los nuevos datos.

DIAGNOSTICO

Si la base de datos esta incompleta, es posible que se requieran nuevos enunciados diagnósticos. Si la base de datos esta incompleta, el profesional de enfermería debe analizar si los problemas se identificaron correctamente y si los diagnósticos de enfermería son relevantes para esa base de datos.

PLANIFICACION: RESULTADOS ESPERADOS

Si un diagnostico de enfermería es inexacto, obviamente el enunciado de objetivos requieren una revisión. Si el diagnostico de enfermería es adecuado, el profesional de enfermería debe verificar que los objetivos son realistas y alcanzables. Los objetivos no realistas deben corregirse. También determinar si las prioridades han cambiado y si el paciente sigue estando de acuerdo con las prioridades.

PLANIFICACION: PRESCRIPCIONES DE ENFERMERIA

El profesional de enfermería investiga si las intervenciones de enfermería estaban relacionadas con la consecución de los objetivos sean los apropiado, es posible que no se hayan escogido las intervenciones de enfermería mejores para alcanzar los objetivos.

EJECUCIÓN

Aunque todos los pasos del plan de cuidados parezcan ser satisfactorias, la forma en la que se ejecuto el plan puede haber interferido en la consecución de los objetivos. Antes de seleccionar nuevas intervenciones el profesional

de enfermería debe comprobar si se llevaron a cabo las prescripciones de enfermería.

4.2.-VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson, la quinta hija de una familia de ocho hermanos, nació en 1897, Natural de Kansas City, Missouri, Henderson estudio en Virginia.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson empezó a interesarse por la enfermería. En 1918, ingreso en la Army School of Nursing de Washington DC y se graduó en 1921. Después, acepto un puesto de Enfermería en el Henry Street visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922, Henderson empezó a dar clases de Enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años después, entro en el Teachers College de la universidad de Columbia, donde se licencio como profesora de Enfermería y donde posteriormente realizo un master. En 1929 trabajo como supervisora del profesorado en las clínicas de Strong Memorial Hospital de Rochester Nueva York. Regreso al Teachers College como profesora en 1930 y trabajo allí impartiendo cursos sobre el proceso Enfermero analítico y la práctica clínica hasta 1948. Henderson tuvo una larga carrera como autora y como investigadora, Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años.

LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE SU TEORÍA SON:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeras”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow.

HENDERSON IDENTIFICÓ 14 NECESIDADES BÁSICAS DEL PACIENTE, QUE INTEGRAN LOS ELEMENTOS DEL CUIDADO ENFERMERO.

1. Respirar con normalidad.
2. Comer Y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros de entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellos factores físicos, Psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona una o más necesidades no se satisfacen, por la cual surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar, a suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia puedan aparecer por causas de tipo físico, psicológico sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independiente de la situación en que se encuentra cada individuo. Sin embargo dichas necesidades se modifica en razón de los tipos de factores. Permanentes edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

VARIABLES ESTADOS PATOLOGICOS

- ❖ Falta aguda de oxígeno.
- ❖ Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- ❖ Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- ❖ Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- ❖ Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- ❖ Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- ❖ Una enfermedad transmisible.
- ❖ Estado preoperatorio.

- ❖ Estado postoperatorio.
- ❖ Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento, dolores persistentes o que no admiten tratamiento.

Las actividades de las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermera. Elaborado en razón de las necesidades en el paciente.

Describe la relación enfermera paciente destacando tres niveles de intervención como sustituta como ayuda o como compañera.

Sustituta: compensa lo que le falta al paciente.

Ayudante: Establece las intervenciones clínicas.

Compañera: Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, ya nivel mas practico la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce Necesidades humanas básicas.

DEFINICION DE HENDERSON DE LOS 4 CONCEPTOS BASICOS DE MATAPARADIGMA DE ENFERMERIA

ENFERMERIA

Henderson definió la enfermería en términos funcionales, la función única de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una

muerte tranquila) y que este podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

- ❖ La enfermera forma parte de equipo de salud.
- ❖ El trabajo de la enfermera es independiente de trabajo de medico, debe colaborar con el cuando este atiende al paciente. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar al individuo si la situación lo requiere.
- ❖ La enfermera debe poseer conocimientos tanto en ciencias biológicas como sociales.
- ❖ La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.
- ❖ Los 14 elementos del cuidado enfermero incluyen todas las funciones posibles de la enfermería.

SALUD

Henderson no dio ninguna definición propia de salud, pero en sus obras utilizaba salud como sinónimo de independencia. Menciona muchas definiciones de salud procedentes de varias fuentes, entre ellas la de la organización Mundial de la salud consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por si mismo las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba es mas importante la calidad de la salud que la vida en si misma, ese margen de energía mental, física que permite trabajar del modo mas eficaz y alcanzar el nivel potencial mas alto de satisfacción en la vida.

- ❖ La salud es la calidad de vida.
- ❖ La salud es esencial para el funcionamiento humano.
- ❖ La salud precisa independencia e interdependencia.
- ❖ La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.

- ❖ Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

ENTORNO

Henderson no dio su propia definición de este termino, por el contrario utilizo la definición del Websters New Collegiate Dictionary, 1961 que definía el entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

- ❖ Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.
- ❖ Las enfermeras deben recibir enseñanza sobre seguridad.
- ❖ Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.

PERSONA (PACIENTE)

Henderson consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila la mente y el cuerpo son inseparables, de igual forma el paciente y su familia son una unidad.

- ❖ La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.
- ❖ La mente y el cuerpo de una persona son inseparable.
- ❖ La paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.
- ❖ El paciente y su familia son una unidad.
- ❖ Las necesidades del paciente están representados en los 14 elementos del cuidado enfermero.

4.3.-FISIOLOGÍA MATERNA

Durante la gestación, el organismo materno sufre una serie importante de modificaciones en prácticamente todos los aparatos y sistemas, las cuales comprenden tanto aspectos anatómicos, como fisiológicos. Ello permite a la mujer llevar a cabo un proceso de adaptación que, bajo una interpretación teológica. Le permite disponer de aportes y reservas funcionales extra para el cumplimiento del fenómeno reproductivo.

APARATO GENITAL Y ABDOMEN

Útero

El útero es un órgano del aparato genital que sufre las transformaciones y funcionales más importantes durante el embarazo. La circulación uterina tiene un cambio verdaderamente espectacular; pasa de un gasto de 50ml/min en mujeres no gestantes, a 500 al final de la misma.

Otras estructuras del aparato genital

A nivel perineal aumenta la vascularidad de piel, fascias y músculos; en la vagina se aprecia un leve incremento del grosor de la mucosa, con aumento de la longitud de las fibras musculares subyacentes; los ovarios y las trompas de Falopio se desplazan con el útero para dejar de ser órganos de localización pélvica.

Mamas

Las mamas sufren importantes transformaciones al hiperpigmentarse areola y pezón. Su mayor turgencia eleva la sensibilidad, el volumen y el peso (en promedio alcanza 400g). El aumento progresivo de los estrógenos

Y la progesterona, primero por el cuerpo lúteo y después por la unidad fetoplacentaria, estimulan la actividad mitótica dentro de la mama; súmese a ello el efecto de la prolactina, cuya creciente producción aumenta las proteínas, la secreción de líquido y la dilatación alveolar.

Peso corporal

Uno de los cambios más notables durante el embarazo es el incremento ponderal, incremento de peso corporal durante el embarazo en mujeres gestantes mexicanas, aumento de peso mínimo, 9.2kg, máximo, 16.3kg, promedio, 12,4kg.

Aparato cardiovascular y hematológico

El corazón es desplazado hacia arriba y a la izquierda. El volumen sanguíneo total crece a expensas del aumento del componente plasmático y eritrocitario, la disociación entre el incremento del volumen plasmático y el eritrocitario explica el porque de los bajos niveles de hematocrito, lo mismo que la concentración de hemoglobina por decilitro. A tales cambios se les ha dado un interpretación finalista, ya que se afirma tienen por objeto satisfacer la demanda circulatoria uteroplacentaria, proteger al binomio madre feto y compensar las pérdidas durante la resolución obstétrica. A mayor volumen sanguíneo, mayores gasto (aumenta de 30 a 50%) y frecuencia cardiacos; respecto al primero. Los componentes celulares de la sangre sufren modificaciones; el número de leucocitos aumenta paulatinamente, hasta alcanzar cifras cercanas a los 12 000/mm³, lo que ocurre por una hiperactividad selectiva de la granulopoyesis en la médula ósea. El número de plaquetas disminuye.

Aparato respiratorio

Existe una modificación anatómica importante y de mayor evidencia a partir del tercer trimestre de la gestación, dada por el paulatino rechazo del diafragma hacia arriba, lo que disminuye el diámetro vertical del tórax hasta en 4cm, con ampliación del transversal en 2cm, la circunferencia torácica aumenta 5 a 7cm disminuye la capacidad de extensión de la movilidad del mismo. La frecuencia respiratoria se incrementa, lo mismo por efecto mecánico, que por adaptación a los cambios en los volúmenes pulmonares. Para ello tiene acción la progesterona, que es un estimulante respiratorio.

Aparato urinario y riñón

Anatómicamente se presenta una dilatación del sistema ureteropielocaliceal, el cual es más notorio en la porción superior y por arriba del cruce pélvico de los ureteres, y más acentuada en el uretero derecho: ello ha sido atribuido a un efecto mecánico por compresión del útero grávido sobre estos sistemas. El gasto renal se incrementa hasta en un 50%, a la par que la filtración glomerular. En la vejiga se presenta un fenómeno compresivo o nivel del trigono, que explica la presencia en algunos casos de síntomas como: polaquiuria, tenesmo y urgencia urinarias; presentándose también en este órgano el efecto miorelajante de la progesterona.

Aparato digestivo

El músculo liso del aparato digestivo muestra una disminución de tono, intensidad y frecuencia de contracciones peristálticas, causales de retraso del vaciamiento gástrico, distensión y constipación intestinal; la cantidad y concentración de ácido clorhídrico y pepsina disminuyen. A nivel de la boca se modifica el pH, lo que facilita la aparición de procesos inflamatorios de las encías, llamados épulis del embarazo; además, se da una hipertrofia de tal

mucosa. Los cambios referidos pueden manifestarse clínicamente como pirosis, dispepsia, constipación intestinal y desarrollo de paquetes hemorroides internos y externos.

Piel y articulaciones

El síndrome del carpo, que aparece por una disminución del calibre del túnel del nervio mediano, el cual al comprimirse origina hipersensibilidad, parestesia y disminución de fuerza prensil.

Sistema endocrino

Es uno de los que más cambian; se originan principalmente por la aparición de dos nuevas glándulas endocrinas: el cuerpo amarillo y la placenta. En la primera fase, recién ocurrida la fecundación y por acción de la gonadotropina coriónica, se estimula al cuerpo lúteo a nivel de los receptores específicos de Hcg-lh, iniciándose un proceso de esteroidogénesis a partir de producción de progesterona, estradiol, androstenediona y 17 hidroxiprogesterona.

Las hormonas placentarias tienen participación en el crecimiento y desarrollo fetales, la regulación del flujo sanguíneo general y específico uteroplacentario, homeostasis del calcio, regulación endocrina en el determinismo del parto.

4.4.-EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Se puede definir al embarazo de Alto riesgo, como aquellas situaciones maternas y fetales que aumentan la morbimortalidad del binomio durante el embarazo, parto y puerperio con la posibilidad de dejar niños con déficit orgánico y mental.

Es necesario identificar al embarazo que se va a calificar como de alto riesgo marcado unas características que nos permitan reconocerlo de tal manera que a estas pacientes se les pueda suministrar la atención especializada. Factores generales, gestacionales, fetales, enfermedades sistémicas generales o patología gestacional, causa ambientales y sociales:

* Edad: menos de 16 más de 35 años.

Peso: menos de 45 o más de 91kg.

Grandes multíparas.

Cualquier antecedente de parto operatorio.

Antecedente de embarazo con trabajo de parto prolongado.

*Antecedentes de pérdida fetal temprana.

*Los dos últimos embarazos terminaron en muerte fetal antes de las 20 semanas.

Antecedentes de pérdida fetal avanzada.

Nacimiento de prematuros vivos.

Antecedentes de muerte neonatal.

Antecedente recién nacido traumatizado o con parálisis cerebral, retardo mental, trastorno neurológico.

Enfermedad hipertensiva.

Nefropatías.

Diabetes.

Toxemia.

Cáncer.

Isoinmunización al Rh Negativo o a cualquier otro factor.

Enfermedad Tiroidea.

Trastornos hereditarios.

Enfermedad cardiovascular.

Padecimientos hematológicos.

Lupus erimatoso.

Tuberculosis.

Desnutrición grave.
Alcoholismo o narcomanía.
Psicosis grave.
Enfermedades neurológicas.
Hemorragias después de 18 semanas de gestación.
Anemias graves, menos de 5 gr. De hemoglobina.
Embarazo múltiple.
Presentaciones anormales.
Polihidramios.
Tabaquismo.
Haber estado sometida a fármacos o Rx o radiaciones, durante el primer trimestre.

En la última década han proliferado numerosos métodos para determinar el crecimiento y desarrollo fetal in útero, justificándose esto por la necesidad en ocasiones de interrumpir el embarazo antes del término porque éste coincida con alguna complicación, que compromete al producto de la concepción, o a la madre.

Al crecimiento se le define como el aumento en las dimensiones espaciales de una de las partes o del total del feto y puede ser medido como longitud o como peso, en cambio el desarrollo es un término para indicar la adquisición y el incremento en la habilidad y complejidad de la función utilizándose como sinónimo los términos de maduración, diferenciación o desarrollo.

El desarrollo integral presupone una evolución armónica de todas las funciones, hasta llegar al equilibrio fisiológico necesario. La madurez fetal se refiere a un concepto biológico que reúne el máximo de condiciones fisiológicas que hacen apto al recién nacido para la vida extrauterina. Se considera que la madurez va de acuerdo al tiempo de gestación, teniendo teóricamente un desarrollo y un crecimiento óptimo que puede hacerle

sobrevivir en el ambiente extra uterino cuando alcanza las 38 o 42 semanas. Pero si es necesario interrumpir el embarazo, antes de este periodo, con toda la seguridad obtendremos un producto con falta de desarrollo y de crecimiento.

Entre los parámetros clínicos encontraremos los siguientes: fecha de amenorrea, apreciación del crecimiento uterino, aparición de movimientos fatales y crecimiento fetal. Radiológicamente: puntos de osificación y diámetro cefálico; ecosonografía: relación del diámetro biparietal y corporal y bioquímicamente: la valoración del líquido amniótico, relación lecitina/esfingomielina, número de células naranjas, dosificación de alfa proteína, creatinina y densidad óptica del líquido amniótico.

4.5.-ASPECTOS GENERALES DEL ABORTO

La hemorragia genital durante la gestación es un evento que, a pesar de ser frecuente en el primer trimestre causa alarma por sus posibles implicaciones patológicas. En algunos casos la implantación del embrión en el endometrio puede producir un pequeño sangrado, que suele ser confundido con la menstruación, sin que esto tenga ninguna repercusión sobre la madre o el feto. También las modificaciones propias del cuello uterino al exponer la mucosa endocervical al ambiente vaginal puede producir un sangrado escaso, la cantidad y duración del sangrado, el tiempo de amenorrea y los síntomas concomitantes, como dolor, mareos, náuseas, vómitos, etc. Permite realizar el diagnóstico diferencial las causas de la hemorragia genital se dividen en Obstétricas y no Obstétrica.

Causas de hemorragia genital en el primer trimestre

Obstétricas

Aborto

Embarazo ectópico

Enfermedades del trofoblastos

DEFINICION

La organización Mundial de la Salud (OMS), define el aborto como la expulsión o la extracción de un embrión o un feto con un peso igual o menor de 500g, o con menos de 20 semanas de gestación contadas a partir de la fecha de la última regla.

4.6.-* ABORTO ESPONTANEO

El aborto es la terminación de embarazo por cualquier medio antes de que el feto esté suficientemente desarrollado para sobrevivir, cuando el aborto tiene lugar de forma espontánea se utiliza el terminología popular inglesa el termino miscarriage. En Estados Unidos esta definición se limita a la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, en base a la fecha del primer día de la última menstruación normal.

ANATOMIA PATOLOGICA

El aborto es acompañado por una hemorragia dentro de la decidua basal y alteraciones necróticas en los tejidos adyacentes al sangrado. El huevo se desprende y estimula las contracciones uterinas que producen la expulsión. Cuando se abre la bolsa en general se encuentra liquido rodeando a un feto pequeño y macerado o alternativamente, puede no haber un feto visible dentro de la bolsa, el denominado huevo anembrionado.

La mola sanguínea o carnosa es un huevo que está rodeado por una capsula de sangre coagulada. La capsula es de espesor variable, con vellosidades coriónicas degeneradas esparcidas. La pequeña cavidad llena de líquido aparece comprimida y distorsionada por gruesas paredes de sangre vieja coagulada.

En los abortos tardíos el feto retenido puede sufrir maceración. Los huesos del cráneo se colapsan y el abdomen se distiende con un líquido sanguinolento. La piel se ablanda y se desprende dentro del útero al más ligero roce, dejando el corion al descubierto. Los órganos internos se degeneran y sufren necrosis.

Reanudación de la ovulación

La ovulación puede reanudarse tan pronto como 2 semanas después de un aborto, por lo tanto, es importante que se inicie una anticoncepción eficaz rápidamente después del aborto.

Etiologías del aborto espontáneo

Más del 80% de los abortos ocurren en las primeras 12 semanas y la frecuencia disminuye rápidamente después. Las anomalías cromosómicas causan por lo menos la mitad de estos abortos tempranos y disminuyen continuamente después. El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la cantidad de embarazos, así como con la edad de la madre, la incidencia de aborto aumenta si una mujer concibe dentro de los tres meses posteriores a un nacimiento de término, en los meses más tempranos del embarazo la expulsión espontánea del huevo casi siempre es precedida por la muerte del embrión o el feto. Las consideraciones etiológicas del aborto temprano incluyen la terminación, la causa de la muerte fetal.

Factores fetales

Desarrollo anormal del cigoto. El hallazgo morfológico más frecuente en los abortos espontáneos tempranos es una anomalía del desarrollo del cigoto, del embrión, del feto temprano o, a veces, de la placenta.

4.7.-* EMBARAZO DESPUES DE LOS 35 AÑOS

De acuerdo con la mayoría de los estudios, hay numerosas complicaciones en el embarazo que afectan tanto a la madre como al feto o al neonato entre mujeres con más de 35 años. Aunque no hay una edad precisa más allá de la cual una mujer se vuelve más susceptible a las complicaciones, la edad de 35 años se utiliza a menudo como límite de corte, especialmente al referirse a las mujeres que son primíparas. El término falso de delicadeza de primípara añosa adoptado originalmente en 1959 por la Internacional Federation of Obstetricians and Gynecologists para describir a estas mujeres- deje de usarse. Al mismo tiempo, es bien conocido para los que prestan asistencia obstétrica que las mujeres mayores embarazadas son más susceptibles a padecer resultados adversos en el embarazo. Esto es cierto tanto para las mujeres nulípara como para las multíparas.

COMPLICACIONES MATERNAS

Debido al aumento de la incidencia de enfermedades crónicas en función de la edad, no es sorprendente que tanto las complicaciones médicas como las obstétricas se encuentren con más frecuencia en las mujeres mayores embarazadas. La edad es un factor de riesgo mucho más importante para las complicaciones intraparto que la paridad (Toohey y col., 1995). Bobrowski y Bottoms (1995) demostraron un significativo aumento en el riesgo de hipertensión tanto crónica como inducida por el embarazo,

diabetes y macrosomía, aunque un riesgo disminuido de embarazos prolongados en las mujeres multíparas mayores de 35 años.

COMPLICACIONES MÉDICAS

Las complicaciones debidas o la diabetes y a las alteraciones hipertensivas del embarazo se encuentran con una frecuencia incrementada en las mujeres embarazadas mayores de 35 años, en comparación con la edad "ideal" de parto de 20 a 25 años. En diferentes estudios, la hipertensión crónica complicó el 10 al 20 por ciento de los embarazos en mujeres mayores de 35 años. La diabetes de tipo II aumenta también en frecuencia con la edad, y hay una incidencia mucho más alta de diabetes gestacional así como diabetes previa en las mujeres mayores que en las más jóvenes. Junto con la edad de la madre aumenta la frecuencia de una cantidad formidable de complicaciones médicas y quirúrgicas del embarazo. Estas incluyen alteraciones cardiovasculares, neurológicas, los tejidos conectivos, renales y pulmonares, así como alcoholismo y cáncer. Como fue enfatizado por Lehmann y Chism (1987), las mujeres mayores con complicaciones médicas tienen también un riesgo posparto mayor, especialmente de complicaciones tromboticas y edema pulmonar. La alta incidencia de insuficiencia cardiaca en estas mujeres a menudo está relacionada con una hipertensión crónica subyacente.

Hemorragia en el embarazo. Hansen (1986) estableció que en las mujeres mayores de 35 años está aumentada la incidencia de hemorragias maternas provenientes tanto de un desprendimiento de placenta como de una placenta previa.

Cesárea. En las mujeres mayores la tasa de nacimientos por cesárea está sustancialmente aumentada, y este aumento rige tanto para las mujeres nulíparas como para las multíparas. Esto es el resultado de múltiples

factores, que incluyen aumento de alteraciones hipertensivas, diabetes, trabajo de parto pretérmino y acciones placentarios.

Peipert y Bracken (1993) hallaron que la edad materna es un factor de riesgo independiente en el parto por cesárea, y sugirieron que puede ser un factor etológico la preocupación del médico y la paciente por el resultado del embarazo en las mujeres mayores.

Mortalidad materna. Dada la multitud de complicaciones médicas y obstétricas que pueden complicar el embarazo en las mujeres mayores, no es sorprendente que la tasa de mortalidad materna esté aumentada.

Complicaciones fetales y neonatales: con el incremento de la edad de la madre, menos embarazos terminan en nacimientos vivos debido al aumento concomitante de abortos espontáneos, abortos inducidos y alumbramiento de mortinatos.

Aborto. En las mujeres mayores la pérdida de los embarazos tempranos se incrementa debido a la cantidad excesiva de abortos espontáneos y a las anomalías cromosómicas. La mayoría de los estudios epidemiológicos indican que las mujeres mayores tienen riesgo mayor de tener abortos espontáneos.

Parto pretermino y retardo del crecimiento fetal. En la mujer de más de 35 años la incidencia de recién nacidos de bajo peso esta aumentada debido al parto pretérmino espontáneo o inducido así como al retardo del crecimiento fetal. De acuerdo con Hansen (1986) la sumatoria de estudios anteriores sugiere que en las mujeres mayores de 35 años la incidencia de recién nacidos de bajo peso está aumentada al doble en comparación con los controles más jóvenes.

Macrosomía. Los recién nacidos grandes presentan riesgos perinatales importantes debidos a una dificultad en el parto, y la distocia de hombros es una causa principal de morbilidad. Las mujeres mayores tienen una incidencia más alta de recién nacidos macrosómicos cuando se las compara con las mujeres jóvenes.

4.8.-* EDEMA

Este es muy frecuente, sobre todo en tiempo de calor. Probablemente se debe a la ingurgitación venosa (gravedad mas efecto de la progesterona), que produce mayor desplazamiento de líquidos hacia los tejidos de las piernas, un factor que contribuye a menudo es una baja concentración sérica de albúmina. Puede ser el primer indicio de preeclampsia; es éste ultimo caso el edema suele ser generalizado. El edema suele desaparecer después del reposo nocturno, y se agrava al estar de pie mucho tiempo. El trastorno se trata principalmente prolongando los periodos de reposo, con las piernas bien elevadas; está contraindicados los diuréticos.

EDEMA PERIFERICO

El incremento de la presión hidrostática venosa contribuye también al desarrollo de edema periferico, que es un hecho frecuente durante la última parte del tercer trimestre. El edema afecta sobre todos los pies y tobillos, con menor tumefacción de los dedos de las manos. Lo agrava la posición de pie prolongada. El edema generalizado importante o su aparición en fecha más temprana de la gestación puede guardar relación con preeclampsia.

*** ALCOHOL**

La ingestión moderada de esta sustancia puede ser dañina para el feto y, a menudo, pueden producirse anomalías congénitas mayores cuando las

madres consumen alcohol en exceso. Cerca de 3% de las madres son alcohólicas o grandes bebedoras, y consumen más de 90 g al día. Las complicaciones del embarazo en estas mujeres son cetoacidosis, aborto, trabajo de parto prematuro, preeclampsia e incremento del riesgo de la anestesia. En el lactante, aparte de los efectos físicos (síndrome de alcoholismo fetal: retraso del crecimiento, anomalías craneofaciales y neurológicas), pueden ocurrir cambios más sutiles, como retraso de la maduración de la conducta psicomotriz y trastorno del intelecto. En la actualidad, en muchas regiones el síndrome de alcoholismo fetal es una de las principales causas reconocidas de retraso mental, que tiene costos gigantescos en la materia de salud para toda la vida.

Como sucede con otras sustancias de consumo social, la consulta previa a la concepción es el mejor momento para hablar con la mujer sobre el problema e intentar disminuir al mínimo el riesgo de daño al futuro feto, puesto que los efectos teratógenos del alcohol pueden afectar al feto antes que la mujer sepa que se encuentra embarazada, el síndrome de alcoholismo fatal se presenta en el 2.5 a 10% de los hijos de madres que son grandes bebedoras.

4.9.-SUFRIMIENTO FETAL

DEFINICIONES

El sufrimiento fetal se caracteriza por alteraciones de la oxigenación, del estado nutricional del feto, o de ambas, que se manifiesta clínicamente o los revelan los resultados de algún estudio. Puede ser agudo (prolapso del cordón, desprendimiento prematuro de placenta), subagudo (acción uterina hipertónica) o crónica (insuficiencia placentaria).

INCIDENCIA

Entre 15 y 20% de los fetos manifiestan datos clínicos de sufrimiento (o de reacción a la tensión) antes de nacer (meconio en el líquido amniótico, frecuencia cardíaca fetal menor de 120 o superior a 160 lpm). Cuando se vigila continuamente la frecuencia cardíaca, se detecta signos de sufrimiento en el 35 a 50% de los fetos. La definición reciente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) señala que los límites de la frecuencia cardíaca fetal normal son 110 a 150 latidos por minuto (lpm).

ETIOLOGIA

Puede encontrarse antes que se inicie el trabajo de parto (en especial cuando existe enfermedad materna y patológica placentaria) u ocurrir durante éste (debido a factores uterinos, del cordón umbilical y del feto).

La madre

Oxigenación materna. El contenido insuficiente de oxígeno en la sangre materna puede ser resultado de intercambio deficiente de gases en los pulmones (anestesia mal administrada, patología pulmonar), insuficiencia cardíaca o anemia.

Nutrición materna. La falta de nutrientes en la sangre de la madre puede ser resultado de ingestión deficiente, malabsorción intestinal o enfermedades de órganos vitales como hígado y páncreas.

Útero

El factor más importante es la acción uterina anormal de tipo hipertónico. Como la presión en la pared uterina durante las contracciones es mayor que en los vasos sanguíneos uterinos y umbilicales, cabe concluir que, si las contracciones están muy cercanas entre sí o son más intensas de lo normal (por arriba de 60 o 80 mmHg), pasará muy poca sangre en uno y otro sentidos por el área de intercambio, que es el espacio intervelloso de la placenta.

Placenta

La placenta tiene una vida definitiva y envejece si el embarazo se prolonga demasiado. Lo primero que se altera son las arterias (aterosis y esclerosis); este proceso se acelera en presencia de trastornos como hipertensión, preeclampsia, diabetes y enfermedad renal crónica. Los cambios arteriales restringen la cantidad de sangre que llega a la placenta. La separación prematura de la placenta desde la túnica decidual del útero ocurre principalmente en el último trimestre, este fenómeno disminuye la reserva placentaria en proporción con el grado de desprendimiento.

Cordón umbilical

Este constituye el último eslabón de la cadena del suministro fetal; el flujo sanguíneo puede disminuir o interrumpirse si se enreda alrededor del cuerpo del feto, si se formaron nudos lo oprime la parte de presentación o si se prolapsa. Una causa frecuente de las desaceleraciones variables de la frecuencia cardíaca fetal que se observan durante la cardiotocografía es la compresión del cordón, ya sea cuando éste se encuentra atrapado, o cuando hay oligohidramnios o compresión entre la parte de presentación y la pared uterina.

FETO

Como sucede en la madre, diversos trastornos del feto pueden producir signos de sufrimiento. Además de la insuficiencia placentaria puede haber sufrimiento por infección, trastornos cardiacos (malformaciones congénitas), anemia (eritroblastosis, hemorragia hacia la circulación de la madre o del gemelo o choque (hemorragia por un vaso previo).

VALORACION

Se valora el bienestar del feto durante el trabajo de parto básicamente por medios clínicos, electrónicos (conducta cardiaca fetal) y bioquímicos (contenido de oxígeno y equilibrio acidobásico de la sangre capilar); en algunas unidades se emplea el ultrasonido (movimientos, actividad respiratoria).

Cardiotocografía

Fisiopatología. Los cambios en la frecuencia cardiaca fetal dependen principalmente de la interacción de las siguientes variables: actividad directa y refleja del sistema nervioso vegetativo y grado de oxigenación del centro vasomotor y del corazón. La hipoxia leve produce, en un inicio, aceleración de la frecuencia cardiaca, pero conforme aumenta la falta de oxígeno (y el grado de acidosis), se afecta tanto el centro encefálico que gobierna la acción cardiaca, como el propio músculo cardiaco y el latido del corazón se vuelve más lento. Otras causas de taquicardia son fiebre e hipertiroidismo en la madre, fármacos como agentes simpáticomiméticos beta y atropina y, en el feto, anemia, sepsis o taquiarritmias.

Aún no se cuenta con datos suficientes que permitan determinar la importancia precisa de cada uno de los diferentes aspectos

cardiotocográficos en relación al estado real del feto. Las variables son muchas e incluyen taquicardia, bradicardia, aceleración, desaceleración, variabilidad basal y actividad sinusoidal. de manera global, existe un número muy elevado de resultados falsos positivos y negativos, con un valor de erección muy variable y nada satisfactorio.

La computarización de los datos permite compararlos inmediatamente con la información almacenada y aumenta el valor de la cardiotocografía y de otros índices empleados en la prevención del sufrimiento fetal.

Electrocardiografía (ECG)

Además del análisis del patrón de la frecuencia cardiaca fetal, las propias características del electrocardiografía, (electrocardiography, ECG) puede tener una aplicación de utilidad. Se buscan los aspectos característicos de la hipoxia en la configuración del complejo, durante la desaceleración variable importante (compresión intermitente del cordón), la onda P es difásica o no se encuentra y el intervalo PQ puede ser más prolongado o mas breve, según el grado de disminución de la frecuencia; puede ocurrir también depresión del segmento ST y de las ondas T. los cambios mencionados se pueden vigilar mejor si se cuenta con un dispositivo de vigilancia continua del corazón fetal en la sala del trabajo de parto.

Ecocardiografía

Esta técnica, basada en el principio del sonar, permite estudiar la estructura y la función del corazón fetal. Tiene utilidad especial si los datos cardiotocográficos sugieren que existe una cardiopatía congénita.

Estado acidobasico

El grado de acidosis se puede medir con razonable precisión en muestras de sangre fetal (obtenidos por lo general del cabelludo y en ocasiones de la región glútea). Este procedimiento suele estar indicado cuando se sospecha acidosis fetal con base en los datos clínicos (oligohidramnios, coloración meconial del líquido amniótico, movimientos fetales deficientes) o en los resultados de los estudios (cardiotocografía, patrón respiratorio fetal). La sangre se recoge con un tubo capilar tratado para prevenir la coagulación. Si se sospecha que la madre también está en acidosis, deberá tomarse también una muestra de sangre para análisis.

El valor normal del pH es de 7.35 (límites de 7.45 a 7.25); cuando más deprimida se encuentra la lectura, más probable será que el niño esté sufriendo asfixia. Un valor por debajo de 7.20 es definitivamente patológico y exige una revisión concienzuda; si el nivel del pH ha disminuido a 7.10, el feto está en grave peligro; con un pH aproximado de 6.8 el feto suele morir.

Cantidad de líquido amniótico y coloración meconial

La evacuación de meconio ocurre porque la asfixia estimula al nervio vago, que inerva al intestino, este signo se observa en 20 a 25% de los fetos si se incluyen los casos en los que se observa meconio por primera vez durante el nacimiento del niño o poco después. La incidencia de coloración meconial del líquido amniótico antes de iniciarse el trabajo de parto, según los datos de amnioscopia o amniocentesis es de 4 a 6% de los embarazos de alto riesgo en los que se usó alguno de estos métodos diagnósticos. Si está limpio el líquido amniótico, el niño que nace a término con signos de asfixia (pálido, hipotónico, bradicárdico) muy probablemente habrá sufrido un problema previo al parto y no durante el parto (hipoxia, infección). Los fetos prematuros tienen menos probabilidad de evacuar meconio antes del parto,

el meconio puede afectar de manera adversa al cordón umbilical (vasoconstricción o, en ocasiones, necrosis superficial). Como se señaló con anterioridad, si hay signos de sufrimiento fetal, el líquido es transparente y su cantidad es suficiente, debe sospecharse una anomalía congénita o una complicación previa al parto.

Respiración fetal

En condiciones normales el feto dedica 30% del tiempo a la actividad respiratoria (los límites fluctúan entre 10 y 60%). Si se encuentra hipóxico, la actividad respiratoria es más breve y tiende a presentarse el reflejo laríngeo.

Aspecto posnatales

La palidez (asfixia pálida) es producto de vasoconstricción en las partes periféricas menos esenciales del cuerpo (cortocircuito) que tiene como finalidad preservar los centros vitales.

Insuficiencia respiratoria, la formación del agente tensoactivo en los pulmones se ve limitada por la hipoxia, de manera que las atelectasias y el síndrome de insuficiencia respiratoria son más frecuentes. Aspiración de meconio. La asfixia estimula el reflejo laríngeo del feto en el útero, en particular después de las semanas 34 a 36; si hay meconio en el líquido amniótico, éste puede provocar una neumonitis grave a causa de su acción química irritativa. Pueden presentarse también convulsiones neonatales y, si la puntuación Apgar es baja y existe otros signos anormales, pueden estar indicado la presencia de encefalopatía hipóxica e isquémica.

4.10.-* PARTO POR CESAREA

Cesárea es un término que se utiliza en obstetricia para describir el parto de un feto viable a través de una incisión en la pared del abdomen (laparotomía) y el útero (histerotomía) son preferibles los términos nacimiento por cesárea y parto por cesárea.

El parto por cesárea ha tenido una función importante en la disminución de los indicios de morbilidad y mortalidad tanto maternos como perinatales durante el último siglo. El propósito inicial fue prevenir la vida de la madre con un trabajo de parto obstruido, pero durante los años se han extendido las indicaciones para incluir el parto por una variedad de peligros más sutiles para la madre o el feto. Durante las décadas de 1970 y 1980 se presupuso que el parto por cesárea sería la solución de múltiples problemas obstétricos, debido al afrontamiento cada vez mayor de presiones medicolegales, los partos en mujeres de mayor edad y primigrávidas comenzaron a ser más frecuentes, con índices de cesáreas primarias más altos. El parto por cesárea implica habitualmente un costo mayor para el sistema de cuidados de la salud cuando se compara con el nacimiento vaginal. Varios estudios demuestran que una crítica de las indicaciones del nacimiento por cesárea permite identificar y alterar un uso muy amplio o muy restringido del procedimiento.

INDICACIONES

El nacimiento por cesárea se requiere siempre que el trabajo de parto no es seguro para la madre o el feto o no es posible inducirlo, cuando los problemas de distocia o los fetales suponen riesgos importantes con el parto vaginal y en los casos en que una urgencia exige el parto inmediato. La mayor parte de las cesáreas se practica por indicaciones fetales, unas cuantas sólo por razones maternas y otras en beneficio tanto del feto como

de la madre. La distocia es la indicación hasta en el 30% y el sufrimiento fetal, la presentación de nalgas y otros trastornos dan lugar a los casos restantes.

CONTRAINDICACION DEL TRABAJO DE PARTO

Las contracciones uterinas pueden ser peligrosas para la madre bajo ciertas circunstancias, placenta previa central, incisión uterina típica anterior, miomectomía con transección de la pared uterina o reconstrucción del útero. En estas situaciones, el trabajo de parto y el parto vaginal pueden dar por resultado la rotura del útero y hemorragia, los estados en que es peligroso el trabajo de parto para el feto comprenden placenta previa, inserción velamentosa del cordón u otras formas de vasos previos y presentación del cordón. Las indicaciones más recientes incluyen anomalías fetales que pueden tratarse, como meningomielocele y ciertos grados de hidrocefalia.

Indicaciones comunes para parto por cesárea

Fracaso de la inducción.

Distocia.

Sufrimiento fetal.

Urgencia materna o fetal.

COMPLICACIONES

La cesárea no es un procedimiento inocuo. Hasta en un 25% de las pacientes ocurren diversas complicaciones posparto: fiebre inexplicable, endometritis, infección de la herida, hemorragia, aspiración, atelectasia, infección de vías urinarias, tromboflebitis, y embolia pulmonar. La frecuencia de muerte materna relacionada con la cesárea varía con la institución y el trastorno que requiere el procedimiento. Las complicaciones maternas

tardías del parto por cesárea incluyen obstrucción intestinal por adherencias y dehiscencia de la incisión uterina en embarazos subsecuentes. Una complicación rara que no suele apreciarse es la combinación de infección uterina e incisión típica. La invasión de la incisión por el microorganismo infectante puede ocasionar dehiscencia y permitir que la infección uterina drene libremente hacia la cavidad peritoneal.

TIPOS DE CESAREA

Los dos tipos principales de cesárea se clasifican de acuerdo con la localización y dirección de la incisión uterina. La primera variedad está constituida por las incisiones efectuadas en el segmento superior del útero. La incisión vertical que suele practicarse en la parte anterior del fondo se denomina incisión típica. Se utiliza principalmente cuando es difícil que nazca el feto a través de una incisión en el segmento uterino bajo. El segundo tipo se distingue por incisiones en la parte más inferior del útero después de desplazar hacia abajo la vejiga. La incisión que se prefiere más a menudo es la transversa baja. También puede realizarse en esta área una incisión vertical.

V.-CASO CLÍNICA

La Sra. Verónica Leticia. Z. D. Tiene 35 años de edad, vive en unión libre con su pareja desde hace 5 años, no tiene casa propia, renta la casa donde habita es de tipo urbana cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, su lugar de origen Morelia Mich. Toda su familia vive en el lugar antes mencionado, desde hace 7 años vive en la comunidad de Tuxpan Mich. Por su trabajo.

Se le Diagnóstico Embarazo de 20 SDG por fecha ultima regla 31 de Enero del 2006 mas amenaza de aborto (Embarazo de alto riesgo). Anteriormente

estuvo hospitalizada 4 veces por amenaza de aborto, actualmente es la gesta 3 con 2 abortos previos. La última ocasión que estuvo hospitalizada se le indico Cefotaxima un gramo cada 8 hrs. Nistatina óvulos una cada 12 hrs. Actualmente toma:

Calcio (Caltrate).

Sulfato ferroso (Hemobion).

Minerales (Materna).

La señora Verónica vive sola en la comunidad de Tuxpan Mich. Su pareja solo la visita en algunas ocasiones, su familia esta molesta con ella y refiere que no tiene a nadie que la apoye emocionalmente.

Culminó la Carrera de química Farmacobiología trabaja desde hace 7 años en la comunidad de Tuxpan Mich. Como química del hospital rural de oportunidades No 33, ella menciona que su pareja no le ayuda económicamente por lo que siente muy pesado pagar la renta de la casa y sus gastos personales. La Sra. Verónica pasa la mayor parte de su tiempo en su casa durmiendo, no tiene amigos, ella solo sale cuando tiene que ir a trabajar, el tiempo que dedica al trabajo son 8 hrs.

Al interrogatorio la Sra. Verónica responde con tranquilidad ella muestra una actitud de confianza, interés, se muestra cooperativa.

Signos vitales T/A 100/60 mmHg ella maneja cifras bajas, Res 20x, Temp. 36.9 C, Peso habitual 58kg, Peso materno 63.500kg, Talla 1.53 Cm. Antecedentes heredo familiares Madre con DM II (Diabetes Mellitas tipo II) fallece por complicaciones y padre DM II, HAS (Hipertensión Arterial Sistémica) actualmente presenta complicaciones,

Su alimentación es variada, realiza 5 comidas al día la ingesta habitual de alimentos incluye leche deslactosada ya que es intolerante a la lactosa, consume avena, atole, pan integral, tortilla, carnes rojas, pollo, pescado, frijoles, frutas, verduras, ingiere 2 litros de agua al día, con apetito disminuido presenta Náuseas y vómito por su embarazo, sin problemas de masticación y deglución, (ni digestión), tiene su dentadura completa, su piel se ve hidratada, pica frecuentemente entre comidas: fruta, galletas, consume mucha papaya.

La posición que mantiene es de Sims cuando duerme y descansa 15 minutos en su trabajo refiere que “cuando deambula mucho o permanece mucho tiempo parada la espalda y el estómago se le ponen duros”.

La Sra. Verónica duerme 8 horas y ella refiere que “tiene un sueño excesivo” menciona que cuando duerme padece pesadillas. Los factores que alteran el sueño son problemas con su pareja y familia que no la apoya y el estrés por que no le alcanza su sueldo para solventar sus gastos, para conciliar su sueño utiliza la lectura y el baño, se baña 2 veces al día uno antes de ir al trabajo y el otro antes de dormir, realiza su aseo bucal 3 veces al día, se cambia de ropa diario su diversión preferida es bailar, leer, acostarse a descansar.

La Sra. Verónica ha acudido a 3 consultas prenatales con el ginecólogo del hospital, tiene el esquema de vacunación completo, tipo de sangre O+, alérgica a la Penicilina, Eritromicina, Cefotaxima, su embarazo va a culminar en parto por cesárea por el Virus de papiloma Humano.

VI.-APLICACIÓN DEL PROCESO

6.1.-VALORACION DE ENFERMERIA

INFORMACION GENERAL

Nombre: V. L. Z. D.

Ocupación: Química fármaco bióloga

Estado Civil: Soltera

Domicilio: Calle Álvaro Obregón # 123 colonia Centro Tuxpan Mich.

Edad: 35 años

Peso habitual: 58kg

Peso materno: 63.500Kg

Talla: 1.53Cm

T/A: 100/60

FC: 88x

FR: 20x

Temperatura: 36.9 °C

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Su madre padeció DM II falleció por complicaciones de la misma, padre vivo, padece DM II Y HAS actualmente presenta complicaciones.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Nació en la Ciudad de Morelia Mich. Es de religión católica, escolaridad química fármaco bióloga actualmente trabaja en la comunidad de Tuxpan Mich. Desde hace 7 años, habita en casa de tabique renta sola en ocasiones la visita su pareja, es alérgica a la Penicilina, Eritromicina, Cefotaxima, niega toxicomanías durante el embarazo, antes de embarazarse fumaba y tomaba con frecuencia, durante el embarazo tuvo una infección el cual se controló cervicovaginitis.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Anteriormente fue internada 4 veces por amenaza de aborto se le indicó reposo absoluto, al iniciar la deambulaci3n presento dolor abdominal, de ligera a moderada intensidad sin pérdidas trasvaginales se le dio incapacidad por 7 días. Tiene Virus del papiloma Humano se encuentra en tratamiento con (Nitrofurantoina, Óvulos Clindamicina, Metronidazol) controlado.

V.I.-VALORACIÓN POR NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDAD DE OXIGENACION: La Sra. Verónica tiene una frecuencia respiratoria de 20x con buena entrada y salida de aire de calidad normal, no presenta ruidos anormales a la auscultaci3n, tos secreciones, ni dolor al respirar, antes del embarazo ella fumaba 2 cigarros a la semana,

actualmente no fuma, ella manifiesta que no consumió ningún tipo de drogas y que no tiene ninguna alergia respiratoria. T/A 100/60, FC 88x.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION: Talla 1.56 cm. su peso habitual es de 58kg, el peso materno 63.500kg, tiene 20 SDG. Su dieta consta de 5 comidas al día con ingesta habitual de alimentos, leche deslactosada ya que es intolerante a la lactosa, avena, atole, agua de sabor de frutas naturales, pan integral, tortilla, carnes rojas, pollo, pescado, frijoles, verduras, ingiere 2 litros de agua al día, con apetito disminuido presenta nauseas y vomito por su embarazo, sin problemas de masticación, deglución ni digestión, tiene su dentadura completa, su piel esta hidratada, come frecuentemente entre comidas fruta, galletas, consume mucha papaya.

NECESIDAD DE ELIMINACION: Micciones normales en el embarazo con una coloración amarillo claro no muy concentradas referidas por la paciente, sin dolor, ni sangrado, no a presentado datos de infección, con 3 evacuaciones al día sin dificultad para arrojarlas y registro de características normales, no sudoración cutánea.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA: A la interrogación la Sra. Verónica permanecía descansando con una expresión facial alerta, pero con una mirada triste, postura decaída y cansada por que permanece mucho tiempo parada y sentada por su trabajo que realiza, durante la jornada laboral se siente fatigada, su modo de deambular es lento, anteriormente ella tuvo reposo absoluto por la amenaza de aborto, ella no requiere de ninguna aparato de ayuda. Ella no puede realizar algún tipo de actividad física por su estado actual.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO: Duerme 8 horas durante la noche y descansa durante la jornada laboral 15 minutos. Ella tiene problemas para conciliar el sueño al inicio, presenta sueños interrumpidos 2 veces se despierta durante la noche, tiene sueño excesivo, pesadillas ella sueña con animales, después de dormir durante la noche presenta sensaciones de cansancio a veces se duerme si sigue sintiéndose cansada, ella menciona que los factores que alteran su sueño son problemas con su pareja, familia y el estrés de la falta de apoyo de su pareja, dinero, para ayudar a favorecer el sueño lee y se da un baño antes de acostarse.

NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE: Actualmente es capaz de vestirse por si misma, le da mucha importancia a su aspecto físico por el trabajo que tiene ella menciona que la presentación cuenta mucho, es alérgica a la ropa de licra su forma de vestirse es adecuada al lugar, estación, y circunstancias, es muy higiénica en su espacio físico.

NECESIDAD DE TERMORREGULACION: A la medición de su temperatura corporal obtuve un registro de 36.9 °C, sin sintomatología como sudoración cutánea, frialdad en los pies ni manos, tiene conocimientos para medirse por si solo su temperatura.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL: Sus hábitos de higiene corporal es de 2 veces al día uno antes de irse trabajar y el otro antes de dormir, se cepilla los dientes 3 veces al día por si sola, al explorar la cavidad bucal presenta caries en algunas piezas de los dientes, cuida mucho su cabello, dientes, uñas, su piel es normal en la cara presenta cloasma, su cabello es normal antes del embarazo sufría de caída de cabello, cuando permanece mucho tiempo parada en los pies presenta edema.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS: Se muestra somnolienta, responde a estímulos, sigue instrucciones, se encuentra orientada en espacio, tiempo, persona, no presenta alteraciones perceptivas, ella se describe como una persona triste, su evaluación general y competencia es positiva, sus sentimientos respecto a ella siente una impotencia, tristeza, miedo, angustia e intranquila por la operación que se le va a realizar cesárea, ella menciona que “tenía un poco de depresión”, hace las cosas por que las tiene que hacer por obligación, es alérgica a la Penicilina, Eritromicina, Cefotaxima.

NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD: Su pensamiento es coherente y organizado con su lenguaje es claro, organizado, coherente, muestra interés a las preguntas del interrogatorio, muestra interés a las respuestas del interrogatorio, con humor deprimido, triste, fatigada por tanto trabajo, con un lenguaje normal en cantidad abundante y tranquila. Vive sola el lugar que ocupa en la familia es la séptima de 6 hijos, las personas mas significativa en su vida es su hermana su principal confidente, las personas con las que se relaciona a diario son sus compañeros del trabajo su relación con ellos es indiferente, el tiempo que pasa sola son 16 horas por que vive sola en la comunidad de Tuxpan Mich. Su familia vive en Morelia y su pareja la visita en muy pocas ocasiones, no tiene amigos con sus compañeros de trabajo pasa 8 horas. Ella sigue teniendo vida sexual activa con su pareja, fecha de la ultima regla 31 de Enero del 2006, actualmente es la gesta 3 con 2 abortos previos.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES: Lo mas importante para ella en la vida es su bebe que ya viene en camino y su trabajo menciona son mi mayor tesoro, es católica va a misa 1 vez por mes o en ocasiones especiales, menciona que en caso de no podría tomar dediciones le gustaría que su hermana mayor lo tomara por ella.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE: Su estado de salud actual le impide correr ir a fiestas, no tiene problemas laborales menciona que son compañeros de trabajo le son indiferentes, el tiempo que dedica a su trabajo son 8Hrs, su tiempo disponible son de 16hrs ese lapso de tiempo permanece sola por que su pareja la visita en muy pocas ocasiones y toda su familia esta en Morelia Mich. Para ella tome una decisión lo piensa mucho lo mismo pasa cuando se le presenta algún problema.

NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS: Dedicar muy poco de su tiempo para divertirse no tiene amigos y sale en pocas ocasiones, su diversión preferida es bailar, leer, ha perdido el interés de las actividades recreativas, actualmente no puede realizar las mismas cosas que anteriormente realizaba se fatiga con mucha facilidad.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE: No presenta alteraciones de la memoria su comportamiento es de interés en el aprendizaje, pregunta, escucha, muestra interés.

6.2.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Diagnostico real 1

Amenaza de aborto relacionado con Intolerancia a la actividad manifestado por dolor abdominal tipo obstétrico y cansancio.

OBJETIVO

La Sra. Verónica comprenderá el progreso del embarazo, preservar su salud en el curso del embarazo, evitar complicaciones.

6.3.-INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

1.- Evitar las relaciones sexuales, ya sea el coito ó la exposición al semen.

Fundamentación.

Los tejidos del cuerpo humano contienen una familia de sustancias químicas llamadas prostanglandinas (PG), se liberan con el ejercicio físico y mucho más con la actividad sexual. Se encuentran en altas concentraciones en el semen (aisladas por Goldblatt y Von Euler en 1933 del plasma seminal y su estructura química identificada por Bergström en 1959). Tienen múltiples funciones y hay muchos tipos de PG, las PG producen contracciones uterinas y pueden transformar el cérvix en un cérvix blando y fácilmente dilatado por las contracciones uterinas. Esa es la razón de suspender la

actividad sexual en la amenaza de aborto ó en la amenaza de parto prematuro ó cuando existe una placenta previa.

2.- Informar a la paciente los signos de alarma durante el embarazo.

Fundamentación.

Las Mujeres deben saber reconocer las signos de alarma para comunicar a la enfermera o al medico.

3.-Orientar para que la Sra. Verónica utilice las prendas ajustables, sueltas, lavables, y ligeras.

Fundamentación.

La ropa es un factor importante en cuanto a los sentimientos de la mujer sobre si misma y sobre su aspecto ante los demás. Para mayor comodidad, los atuendos de maternidad deben colgar de los hombros y permitir la expansión del útero.

4.- Sugerir a la Sra. Verónica use Zapatos cómodos y que se adapten bien a sus pies, Se aconseja usar zapato sin tacón durante las horas de trabajo y para las actividades cotidianas.

Fundamentación.

Los cambios en la posición vertical que se producen cuando el tamaño del abdomen de la madre aumenta son más notorios y se resienten más si usa zapatos de tacón lo que puede causarle dolor de espalda y fatiga, Se puede emplear un tacón hasta de 5cm en ciertas ocasiones, para evitar el dolor de espalda por la lordosis que produce el tacón, y para mantener en buen equilibrio.

6.4.-EJECUCIÓN

1.-El día 27 de junio, del 2006 (en 2 sesiones de 15 minutos) se le sugirió a Sra. Verónica que evitara tener relaciones sexuales con su pareja para el descanso de la pelvis.

2.-El día 19 junio del 2006 (en 3 sesiones de 30 minutos) se le proporciono información por escrito, redactada en un lenguaje claro, en la que se describieron los signos más importantes, también se le dio instrucciones específicas y los números telefónicos para obtener asistencia médica inmediata en caso de alguna urgencia.

Conociendo los síntomas ó signos de alarma, una gestante podrá acudir de inmediato a su médico o al hospital, ya que estos anuncian una complicación.

Signos de alarma durante el embarazo

- Pérdida de sangre vía vaginal.
- Contracciones uterinas, antes de la fecha probable de parto.
- Disminución de los movimientos fetales o su ausencia.
- Pérdida de otros líquidos vía vaginal.
- Dolor de cabeza intenso y permanente o zumbido en el oído.
- Fiebre.
- Nauseas y vómitos intensos y repetidos.
- Orina escasa o molestias al orinar.
- Dolor en el epigastrio.
- Visión borrosa con puntos de lucecitas.
- Palidez marcada.
- Hinchazón de pies, manos, cara.
- Aumentas más de dos kilos por semana

En cualquiera de estos casos, tu vida y la del bebe que llevas en tu vientre, están en peligro.

3.-Se le oriento a la Sra. Verónica utilizar prendas que sean cómodas para ella, ajustables, sueltas, ligeras se le explico la finalidad.

4.-Se le sugirió a la paciente el uso de zapatos cómodos para su trabajo y actividades cotidianas.

6.5.-EVALUACIÓN

El adjetivo se logro en un 100%, la gesta finalizo con un parto por cesárea, obteniendo un recién nacido femenino, que respiro y lloro al nacer, con abgar de 9, peso 3.650Kg, talla 52cm, hora de nacimiento 3:00p.m. La madre estuvo dos días hospitalizada a sido dada de alta se encuentra completamente normalizada, la bebe ha tenido un desarrollo normal y goza de buena salud. La Sra. Verónica se mostró muy interesada en las sugerencias que se le proporcionaron por escrito y menciono que iba a ser todo lo posible para cumplirlas.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Diagnostico real 2

Diagnóstico de enfermería

Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema.

OBJETIVO

El cliente mantendrá una buena circulación de las extremidades inferiores durante el último trimestre del embarazo.

6.3.-INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

1.- Orientar a la paciente que evite estar sentada o de pie durante largo tiempo en su casa y trabajo.

Fundamentación.

Estar de pie o sentada durante largos periodos de tiempo, así como la presión del útero sobre las grandes venas que vuelven de las piernas tiende a impedir el retorno venoso.

2.-Aconsejar a la Sra. Verónica que cuando permanezca mucho tiempo de pie o sentada en su trabajo camine.

Fundamentación.

Las mujeres que estan de pie o sentadas durante largos periodos deben caminar con frecuencia para facilitar el retorno venoso al corazón.

3.- Decir a la paciente que cuando permanece sentada cambie de postura.

Fundamentación.

El cambio de postura ayuda a facilitar el retorno venoso ayuda a reducir este edema producido por gravedad.

4.- Recomendar a la Sra. Verónica la Posición para descansar las piernas y reducir el edema, el reposo y elevación de las piernas son el tratamiento normal para el edema del embarazo.

Fundamentación.

Con reposo y las piernas en posición elevada, la fuerza de gravedad en los vasos sanguíneos venosos se reduce y disminuye la presión en los capilares. El desplazamiento de las fuerzas de Starling permite la reabsorción de líquido extravascular al espacio intravascular y la reducción del edema.

5.- Sugerir a la Sra. Verónica que se siente con las piernas elevadas siempre que sea posible.

Fundamentación.

Esta posición ayuda a que no se formen puntos de presión que interfieran con la circulación, en particular en el espacio poplíteo.

6.- Evaluar la ingestión de líquidos en 24Hrs y la secreción de orina cada hora.

Fundamentación.

Valorar que las funciones renales sean adecuadas.

7.- Aconsejar a la Mujer para que se coloque en decúbito lateral izquierdo.

Fundamentación.

El decúbito lateral evita la presión sobre la vena cava y mejora la presión placentaria.

6.4.-EJECUCIÓN

1.- El día 26 y 27 de septiembre del 2006 (en tres sesiones de 15 minutos) se le explico a la Sra. Verónica que evitara estar sentada o de pie durante largo tiempo en su casa y trabajo.

2.- El día 26 y 27 de Septiembre del 2006 (en tres sesiones de 10 minutos) se le explico que cuando permanezca mucho tiempo de pie o sentada en su trabajo camine.

3.- El día 28 de septiembre del 2006 (en dos sesiones de 15 minutos) se le oriento a la paciente que cuando permanezca sentada durante largo tiempo cambie de postura constantemente.

4.- El día 28 de septiembre del 2006 (en dos sesiones de 10 minutos) se le explico mediante dibujos la posición para descansar las piernas con el fin de reducir el edema.

5.- Se le sugirió a la paciente que se siente con las piernas elevadas siempre que sea posible, que utilice dos sillas una para sentarse y la otra silla de preferencia debe estar más alto para apoyar las piernas.

6.- La recolección de orina se inicio el día 2 de Octubre del 2006 durante 24 hrs., el color de la orina es amarillo claro se recolecto en un recipiente de 5 litros el cual se lleno con 2 litros se analizo cuanto cantidad de agua tomo durante el día, se llego a la conclusión que es la misma cantidad que consumió posteriormente se mando a analizar se obtuvo un buen resultado.

7.- El día 2 de Octubre del 2006 se le enseñó a la Sra. Verónica mediante demostraciones y dibujos la posición decúbito lateral izquierdo, se le explicó los beneficios que esta posición le brindaba, ella comprendió y después lo realizó para comprobar que comprendió.

6.5.-EVALUACIÓN

Se logró en un 100% el objetivo el edema de la paciente disminuyó mejorablemente, comprendió la Sra. Verónica la importancia que era evitar estar sentada o de pie durante un largo tiempo tanto en su casa como trabajo, menciono que cambia de postura cuando permanece sentada y trataba de caminar un poco, el gasto urinario permanece normal. La proteinuria se reduce y el hematocrito se encuentra dentro de los límites normales, se confirmó mediante demostraciones que realizó la paciente que comprendió como es la posición decúbito lateral izquierdo.

La paciente se encuentra bien después que tuvo a su bebé no presentó edema.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Diagnostico Real 3

Alteración en el patrón del sueño, relacionado con estrés y dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido manifestado por insomnio, cansancio después de dormir.

OBJETIVO

EL cliente adquirirá una mejora de su sensación de sueño en 4 semanas.

6.3.-INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1.- Se explico a la Sra. Verónica la importancia de descansar principalmente por las noches.

Fundamentación.

El sueño es un proceso de restauración y recuperación que facilita la proliferación celular y la recuperación de los tejidos dañados o envejecidos. Resulta esencial para que la persona tenga sensación de bienestar. La privación del sueño provoca alteraciones de la función cognitiva (memoria, concentración, juicio, de la percepción, menor control emocional, aumenta la irritabilidad y la desorientación).

2.- Conjuntamente con la paciente se identificaron los factores que intervienen en la interrupción del sueño.

Fundamentación.

Una vez que se conozca la causa, podemos actuar sobre ellos y trabajar en ellos; eliminarlos o disminuirlos.

3.- Enseñar una rutina para dormir en casa, mantener un horario constante para despertarse, dormir y descansar (días laborables, y fines de semana).

Fundamentación.

Aunque muchos piensan que una persona necesita 8 horas de sueño cada noche, no existe pruebas científicas que confirmen esta idea las necesidades individuales varían notablemente. Por lo general, una persona que puede relajarse y descansar fácilmente, necesita menos sueño para sentirse renovada. Con la edad, suele disminuir el tiempo de sueño total (en especial la fase 4 del sueño) y aumentar la fase 1. Mantener un plan consistente ayuda al sueño inducido.

4.- Orientar a la Sra. Verónica a probar un aperitivo rico en L – triptófano a la hora de acostarse (p. ej. Leche caliente, cacahuates).

Fundamentación.

La leche caliente contiene L – triptófano, que es un inductor del sueño.

5.- Sugerir a la Sra. Verónica que evite las siestas en el día a fin de favorecer el descanso nocturno.

Fundamentación.

Un horario irregular de dormir y levantarse puede alterar el reloj biológico, exacerbando la dificultad para dormir. Además de que produce un sueño fragmentado y superficial.

6.- Si al despertarse por la noche ya no puede volver a conciliar el sueño, aconsejar que no permanezca en la cama, que se levante y escuche música suave o vea la T. V. hasta que vuelva a sentir sueño.

Fundamentaciòn.

La frustraciòn aumenta si se intenta dormir cuando no se tiene sueño o no está relajado. Debe reservarse la cama específicamente para dormir y descansar.

6.4.-EJECUCION

1.- El día 17 y 18 de Septiembre del 2006 en dos sesiones de 10 minutos, Se le explico a la Sra. Verónica que el sueño es una necesidad física, y que cuando no se realiza de manera satisfactoria, es imposible el rendimiento durante el día además de que se siente cansada y sin ganas de realizar actividades.

2.- Los días 17 – 20 de septiembre del 2006 en cuatro sesiones de 20 minutos, conjuntamente con la Sra. Verónica valoramos cuales eran los factores que causan la interrupciòn del sueño y se le sugirieron opciones para que no tenga que levantarse a miccionar por las noches mientras duerme.

3.- Se explico a la Sra. verónica que debe tener un horario de acuerdo a sus necesidades para dormir y descansar en días laborables y los fines de semana, tratar de levantarse en un horario fijo aunque no se haya dormido bien, evitar quedarse en la cama después de despertarse.

4.- le sugirió a la Sra. Verónica que antes de irse a acostar tomara un 1 vaso de leche caliente deslactosada ya que es intolerante a la lactosa.

5.- Se le pidió a la usuaria que de ser posible debe evitar dormir durante el día le aconseja que cuando no siente ganas de dormir se salga a caminar o realice alguna actividad mientras se le pasa el sueño, para que por la noche sea más fácil conciliar el sueño y pueda dormir.

6.- Si al despertarse por la noche ya no puede volver a conciliar el sueño, aconsejar que no permanezca en la cama, que salga de su cuarto y se vaya a la sala escuche música suave o vea la T.V. hasta que vuelva a sentir sueño.

6.5.-EVALUACION

Se logro en un 80% el objetivo ya que la Sra. Verónica esta en el ultima trimestre del embarazo, comprendió la importancia de dormir bien se identificaron los factores que interrumpían su sueño entre las que encontramos su economía y el estrés para afrontar la responsabilidad sola, se estableció un horario para dormir el cual lo estableció ella misma consiste en 11:00 p. m. a 7:00 p. m. ya no tiene necesidad de levantarse al baño pues modifiko la ingestión de agua y evitar consumir 3 horas antes de acostarse, y evitar vejiga excepto el vaso de leche que consume todas las noches antes de acostarse.

La Sra. Verónica refiere que se siente más descansada.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Diagnostico real 4

Fatiga en relación con aumento de los requerimientos de energía para realizar la actividad diaria excesivas demandas de desempeño del rol manifestado verbalmente.

OBJETIVO

La Sra. Verónica disminuirá la sensación de fatiga en 3 semanas.

6.3.-INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1.- Animar a darse un baño o ducha con agua templada por la mañana antes de iniciar sus actividades diarias.

Fundamentación.

El calor relaja los músculos y disminuye la rigidez.

2.- Ayudar a identificar patrones energéticos: pedir a la paciente que apunte en una libreta su fatiga en una escala de 0 al 10 (0= nada cansada, 10= agotada) todas las horas, durante 24 horas por 3 días consecutivos.

Fundamentación.

Identificar las horas de máxima energía y agotamiento puede facilitar la planificación de actividades para aumentar la conservación energético y lo productividad.

3.- Ayudar al paciente a programar y coordinar los procedimientos y actividades para acoplar los patrones energéticos.

Fundamentación.

3,4.- El paciente necesita periodos de descanso antes o después de algunas actividades la planificación puede proporcionar un reposo adecuado y reducir el gasto innecesario de energía.

4.- Enseñar los principios generales sobre la conservación de la energía.

- a. Planificación previa de las actividades a realizar durante el día.
- b. Establecer prioridades.
- c. Programar periodos de reposo intermitentes en el trabajo y su casa.
- d. Descansar antes de realizar tareas difíciles y detenerse antes de notar fatiga.

Fundamentación.

Véase viñeta 3

5.- Enseñar estrategias concretas de conservación de la energía.

- a. Hacer pequeñas y frecuentes comidas.
- b. Utilizar un taxi o transporte público si es posible.
- c. Distribuir las tareas difíciles a lo largo de toda la semana.

Fundamentación.

Estas estrategias permiten continuar con las actividades, contribuyendo a una autoestima positiva.

6.- Se recomienda a la Sra. Verónica que cuando recoja o levante objetos del suelo, la embarazada debe utilizar una mecánica corporal adecuada.

Fundamentación.

Se aconseja que la mujer embarazada evite doblarse por la cintura para coger objetos, en su lugar debe doblar las rodillas y separar los pies unos 20 – 30 para mantener el cuerpo en equilibrio.

6.4.-EJECUCION

1.- El día 3 de Octubre del 2006 (en 1 sesión de 10 minutos) la Sra. Verónica menciona que se bañaba en la noche y tarde, se le sugirió que se bañara de preferencia por la mañana todos los días.

2.- El día 3 de Octubre del 2006 (en 3 días durante 24 hrs. Todas las horas) La Sra. Verónica anotó todas sus actividades tanto en el área laboral como en su casa todas las actividades que realizó, el cual se llegó a la conclusión que permanecer en su trabajo mucho tiempo parada, sentada y realizar actividades pesadas la fatigaba.

3-4.- El día 9 de Octubre del 2006 (en 2 sesiones de 1 hora) Se realizó junto con la paciente una lista de actividades durante toda una semana, se establecieron las prioridades como el trabajo y algunas actividades en casa que no pueden pasar por desapercibida, se siguiere a la Sra. Verónica que siguiera tomando sus descansos en su trabajo durante 20 minutos cuando sus actividades se hallan terminado a suspender un momento cuando se sienta fatigada y continuar despues de un descanso.

5.- Se explico a la Sra. Verónica que era muy importante realizar pequeñas y frecuentes comidas que incluyeran fruta y verduras cosidas evitar comida chatarra, al culminar sus actividades diarias en el trabajo utilizar la combi para trasladarse de su casa al trabajo para evitar la fatiga.

6.- El día 13 de Octubre del 2006 (en 1 sesión de 15 minutos) se le enseñó mediante demostraciones y dibujos, como debe recoger los objetos del suelo para utilizar una mecánica corporal adecuada.

6.5.-EVALUCION

El objetivo se cumplió satisfactoriamente en un 100% ya que la Sra. Verónica cooperaba mucho se bañaba diario por las mañanas como se le sugirió, se identificaron los factores que la fatigaban y los dejó de realizar para evitar la fatiga, se le pidió a la Sra. Verónica que solicitara apoyo a la Sra. Que realiza el aseo de su casa para que le ayude a realizar todas las actividades que ella no puede realizar. Al inicio de la semana se programaba las actividades de todos los días de la semana esto se realizó hasta que finalizó el embarazo, se dio prioridad a su trabajo en el trabajo se le sugirió que siguiera tomando un descanso de 20 minutos por los menos 2 veces en el tiempo de su jornada laboral. Antes que realizara alguna tarea difícil ella tomaba un descanso previo, eliminó la comida chatarra y optó por consumir fruta picada y comidas frecuentes y pequeñas a base de Verduras, utilizó transporte para trasladarse a su casa, se le motivó para salir al parque o tomar un poco de aire fresco y tomar un helado.

La Sra. Verónica mostró una gran mejoría unas semanas después se le dio incapacidad y vacaciones eso le ayudó mucho ya que permaneció en su casa descansando.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Diagnostico real 5

Temor relacionado con operación cesárea inminente manifestado por angustia e intranquilidad.

OBJETIVO

La Sra. Verónica mostrara una disminución en el temor antes de su intervención quirúrgica.

6.3.-INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1.- Establecer la armonía y brindarle oportunidades para hablar sin interrupción.

Fundamentación.

El establecimiento de la armonía ayuda a crear una relación terapéutica.

2.- Dar tranquilidad y comodidad; animar a que comparta sus sentimientos y preocupaciones, escuchar atentamente y transmitir una sensación de empatía y comprensión.

Fudamentación.

El proporcionar apoyo emocional y el fomentar el compartir puede ayudar a la paciente a aclarar y expresar sus miedos.

3.- Corregir todo error e información incorrecta que tenga el paciente sobre el procedimiento.

Fundamentación.

Los factores modificables que contribuyen a la ansiedad incluyen la información incorrecta. El dar una información correcta y corregir los errores pueden ayudar a eliminar los miedos y a reducir la ansiedad.

4.- Cuando sea aplicable, enseñar al paciente (haciendo que él lo demuestre a su vez para asegurar su comprensión y capacidad) a:

- a. Cambiar de postura, toser y respirar profundamente.
- b. Sujetarse la zona de la incisión cuando tosa.
- c. Cambiar de posición en la cama cada 1 a 2 horas.
- d. Sentarse, levantarse de la cama y deambular tan pronto como sea posible después de la cirugía (debe evitarse el estar sentada mucho tiempo).

Fundamentación.

De nuevo, la comprensión del paciente de las medidas de cuidados puede ayudar a reducir la ansiedad asociada a lo desconocido. La educación del paciente sobre las rutinas postoperatorias antes de la cirugía asegura que su comprensión no está afectada por los efectos continuados de la sedación en el postoperatorio.

5.- Implicar a los miembros de la familia o personas allegadas en toda educación del cliente, cuando sea adecuado.

Fundamentación.

Los miembros de la familia y personas allegadas entendidas pueden servir como entrenadores para recordar al paciente las instrucciones y restricciones postoperatorias.

6.4.-EJECUCION

1.- El día 16 de Octubre del 2006 (en 8 sesiones de 25 minutos) se estableció una charla armónica en donde la paciente se compartió sus momentos mas bonitos del embarazo.

2.- El día 23 de Octubre del 2006 (en 3 sesiones de 20 minutos) Se escucho a la Sra. Verónica ella realizo una serie de preguntas sobre los cuidados del bebe, como bañarlo, que cuidados se proporciona al cordón umbilical, vacunas que se le aplica al nacer.

3.- Se le pregunto a la Sra. Verónica si tenía alguna duda en relación a la cirugía que se le iba realizar.

4.- Se enseñó mediante dibujos y demostraciones a la paciente como cambiar de postura en la cama así como posarse de una camilla a otra si tendría la necesidad de realizarlo, también se le dijo que cuando tuviera ganas de toser se colocara la mano en la herida. Comprendió que cambiar de postura era muy importante para evitar el cansancio, tan pronto pudiera levantarse a deambular lo realizara se le explico la manera de iniciar la deambulación, le dije primero se sentara en la cama y si en un rato no sentía mareo se parara y posteriormente iniciara a caminar con la ayuda de algún familiar.

5.- Se le enseñó a la hermana de la paciente que era la que mas iba a estar al pendiente en lo se le ofreciera, a realizar un vendaje abdominal.

6.5.-EVALUACIÓN

El objetivo se logro 90% la Sra. Verónica menciono que al final de cada platica se sentía mas tranquila y apoyada, resolvió todas sus dudas respecto

a los cuidados de bebe, ella realizo planes para la cesárea y comprendió la importancia de cambiar de posición en cama cada 1 o 2 horas y la seguridad que le proporcionaba el sujetar la herida para poder toser. Al final cada sesión se le pidió que realizara todas las actividades que se le enseñó para comprobar que todo había quedado claro

NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Diagnóstico real 6

Alteración de los procesos familiares relacionado con su estilo de vida manifestado por poca comunicación.

OBJETIVO

Establecer en conjunto con la paciente, alternativas de acción para lograr un acercamiento con su familia y poder reestablecer la relación.

6.3.-INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1.- Promover con la Sra. Verónica y sus familiares una comunicación.

Fundamentacion.

El objetivo del tratamiento de la crisis es ayudar a la familia a recuperar el funcionamiento previo a la crisis si este era destructivo.

2.- Animar a expresar los sentimientos de culpabilidad, la ira, los reproches y la hostilidad y a que cada uno reconozca sus propios sentimientos.

Fundamentación.

El objetivo seria desarrollar un grado de funcionamiento más óptimo.

3.- Iniciar los debates relativos a los factores de estrés en los cuidados domiciliarios (físicos, emocionales, ambientales, económicos).

Fundamentación.

Las fuentes habituales de estrés en la familia son fuentes externas de estrés experimentando por uno de los miembros (p. ej., relacionado con el trabajo). Factores de estrés del desarrollo (p. ej., embarazo nuevo bebe, crianza, adolescencia, miembro o miembros nuevos).

4.- Cuando sea apropiado ayudar al familiar enfermo a identificar como ayudar al cuidado, (p. ej., elogiarlo, escucharle).

Fundamentación.

Para el éxito del afrontamiento de la enfermedad es necesario que la familia complete las tareas siguientes el problema, aceptar el problema y sus consecuencias y adaptarse a medida que el miembro comienza la reconstrucción.

5.- Animar a la paciente a asumir responsabilidades en algunas actividades que contribuyan al funcionamiento familiar (P. Ej., llamadas telefónicas).

Fundamentación.

Conforme la paciente empieza a recuperarse, la familia debe adaptarse. Adaptarse nuevas formas de vivir. Favoreciendo la independencia del miembro que esta recuperándose.

6.- Fomentar las visitas positivas de los familiares.

Fundamentación.

La familia debe volver a la normalidad reanudando las actividades previas lo antes posible y reincorporar al miembro recuperado en la dinámica de las actividades y las responsabilidades familiares.

6.4.-EJECUCION

1.- Se le sugirió a la Sra. Verónica que buscara a sus familiares y tratara de visitarlos.

2.- A través de pláticas se escucho a la paciente expresar sus sentimientos de culpabilidad, ira, los rechazos.

3.- Durante la visita que se le realizo a la Sra. Verónica se le pregunto sobre su embarazo que sentía con la llegada de su niña, cual era su mayor anelo.

4.- Se le explico a la hermana de la Sra. Verónica el diagnostico, se le explico los cuidados que debe tener y las cosas que no debe realizar en el hogar como cargar cosas pesadas.

5.- Durante esta intervención la paciente se mostró muy interesada y cooperadora, se comunico con sus hermanos, les hablaba dos días a la semana, recibió una invitación para reunirse con su familia el cual ella acepto con justo.

6.- La Sra. Verónica visito a sus familiares en Morelia ellos le ofrecieron un cuarto para hospedarse y quedarse a vivir durante el tiempo de su incapacidad y vacaciones programadas, para que le programaran la cirugia y durante toda la cuarentena, en este lapso de tiempo recibió muchas visitas de sus hermanos primos el cual le ayuda mucha en su estado de animo, durante la visita de sus familiares se mostró contenta y satisfecha.

6.5.-EVALUACIÓN

El objetivo se logro en un 100% ya que la Sra. Verónica acepto hablar con sus familiares por teléfono el cual a ellos les dio mucho justo, le hicieron una cordial invitación venir a Morelia en la casa de su papa, le ofrecieron una habitación para hospedarse pasar todos los días de su cuarentena, se entablo una platica con la paciente y se les escucho en varias ocasiones con atención e interés el cual mostró más tranquilidad al finalizar la platica, su hermana permaneció con ella en toda la cuarentena y la apoyo en todo momento.

VII.-CONCLUSIONES

Me siento afortunada de haber trabajado con mi paciente, ya durante el tiempo que trabaje con ella participo mucho, mostró interés, cooperación siempre mantuvo una actitud positiva, se trabajo mucho en lo preventivo obteniendo unos resultados favorables para su salud.

El proceso enfermero o Metodología de intervención de Enfermería permite al profesional de Enfermería brindar una atención de calidad, al mismo tiempo integral; este trabajo fue una herramienta muy útil e importante para proporcionar cuidados en un embarazo de alto riesgo las intervenciones de enfermería posibilitaron el brindar atención directa e integral a la paciente identificando los problemas para ayudar y evitar complicaciones.

SUGERENCIAS

- ⇒ Promover en las diferentes instituciones de salud Medidas, preventivas para la atención de las pacientes embarazadas como nutrición adecuada, ejercicios apropiados, valoración del embarazo.

- ⇒ A través de pláticas fomentar la importancia de los cuidados prenatales para prevenir la morbimortalidad maternoinfantil.

- ⇒ Promover la participación de la Mujer embarazada y su familia para que asuman la responsabilidad de la salud de ella y del feto, ya que el bienestar durante la gestación depende en gran medida de su interés y participación.

- ⇒ Promover la participación de todo el equipo de salud para brindar información sobre medidas importantes en el proceso de conservación de la salud, al señalar los cambios físicos y psicológicos, proporcionar apoyo para el cuidado personal y aconsejar a la mujer para que conserve un estilo de vida saludable durante el embarazo.

- ⇒ Capacitar y actualizar en las diferentes instituciones de salud a todo el personal de enfermería, ya que son el primer contacto que tiene la paciente, como parte primordial del cuidado prenatal y de la comunicación entre y la paciente y enfermera.

- ⇒ En las instituciones públicas difundir un trabajo en equipo para la atención conjunta y crear un compromiso de responsabilidad para la atención de mujeres embarazadas.

VIII.-BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ann Marriner Tomey, Modelos y teorías en enfermería, Quinta edición 2003 Mosby, Num. Pag. 98-1007.
- 2.- P. W. Iyer, B. J. Taptich, D. Bernocchi – Losey, Proceso y diagnóstico de enfermería, 3ª edición 2002, Mc Graw – Hill Interamericana. Num. Pag. 9-57
- 3.- Barbara Kazier, Glenora Erb, Audrey Berman, Shirlee Snyder, Fundamentos de enfermería, 7ª edición 2004 Vol. I, Mc Graw – Hill interamericana. Nun. Pag. 267 – 357.
- 4.- Danforth, Tratado de Obstetricia y Ginecología, Octava edición 2002, Mc Graw – Hill Interamericana. Num. Pag. 149, 150, 151, 477.
- 5.- Cunningham, Mac Donald, Gant, Leveno, Gilstrap, Hankins, Clark, Williams Obstetricia, 20 edición 1999, Num. Pag. 535 – 538.
- 6.- L. J. Carpenito, planes de cuidados y documentación en enfermería, Edición 1994, Mc Graw – Hill Interamericana. Num. Pag. 734 – 736.
- 7.- Reeder, Martín, Koniak, Enfermería Maternoinfantil, 17ª edición 1995, Mc Graw – Hill Interamericana, Num. Pag. 422 – 424.

8.- Beischer, Mackay, Colditz, Obstetricia y Neonatología, 3ª edición, Mc Graw – Hill interamericana Num. Pag. 532 – 536.

9.- Lowdermilk, Perry, Babak, Enfermería materno-infantil, Sexta edición 1998, Harcourt Brace, Num. Pag. 265 – 269.

10.- Lynda Juall Carpenito, Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la práctica Clínica, 9ª Edición 2003. Mc Graw – Hill interamericana. Num. Pag. 657 – 662.

11.- Potter, Perry, Fundamentos de Enfermería, 5ª edición 2002 Vol. II, Mosby. Num. Pag. 1572.

12.- Benson/ Pernoll, Manual de Obstetricia y Ginecología, 9ª edición 1994, Mc Graw – Hill Interamericana Num. Pag. 203 – 214.

13.- Victoriano Llaca Rodríguez, Julio Fernández Alba, Obstetricia clínica Edición 2000, Mc Graw – Hill interamericana. Num. Pag. 45 – 52.

14.- Eduardo Nuñez Maciel Cord, Ginecología y obstetricia, 3ª edición 1993, Num. Pag. 301- 304.

15.- Gilbert Harmon, Manual de Embarazo y parto de Alto riesgo, 3ª edición 2003, Mosby Num. Pag. 27- 28.

16.- A. Burroughs, G. Leifer, Enfermería maternoinfantil, 8ª edición 2002, Mc Graw – Hill interamericana. Num. Pag. 47, 48.

17.-Mattson. Smith, Enfermería Maternoinfantil, Segunda Edición 2001, Mc Graw- Hill interamericana. Num. Pág. 132-136.

18.-Ralph C. Benson, Manual de ginecología y obstetricia, 7º Edición 1985, Manual Moderno, Num. Pag. 258-265.

19.-Rosales, Reyes, Fundamentos de enfermería, 3º Edición 2004, Manual Moderno. Num. Pag. 137.

20.-Diccionario terminológico de ciencias Médicas, 13º Edición, Masson..

21.- Diccionario de Medicina Océano Mosby, Océano.

IX.-GLOSARIO DE TÉRMINOS

NANDA:-Abreviatura de North American Nursing Diagnosis Association.

Embarazo:-Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionario y fetal. Dura unos 266 días (38 semanas a partir de la fecundación).

Enfermería:-Ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarios para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referentes a la salud, su conservación y promoción y su restablecimiento.

Enfermera:-Persona que ha completado un programa de formación básica en enfermería y esta calificada y autorizada para ejercer la enfermería en su país.

Proceso:-Serie de acontecimientos relacionados entre si que se suceden consecutivamente desde un estado o situación determinados hasta la conclusión o resolución.

Datos:-Fase de un estudio que comprende la recolección de información y la identificación de unidades de muestras definidas en el diseño del estudio.

Riesgo:-Estado de vulnerabilidad de un individuo o una población frente a una enfermedad o lesión en particular. Los factores que determinan el riesgo pueden ser ambientales o fisiológicos.

Obstetricia:-Rama de la medicina que trata del embarazo y del parto, y del estudio de la función fisiológica y patológica del sistema reproductor de la mujer, así como de los cuidados de la madre y del feto durante el embarazo, parto y puerperio.

Lactosa:-Disacárido que está en la leche. Por hidrólisis se obtienen los monosacáridos glucosa y galactosa.

Lactosa intolerancia a la:-Incapacidad de digerir la lactosa por deficiencia o defecto de la lactasa se manifiesta por flatulencia, náusea, diarrea y retortijones.

Salud:-Situación de bienestar físico, mental y social con ausencia de enfermedad y de otras circunstancias anormales.

Feto:-Descendiente no nacido de un animal vivíparo, una vez que ha adoptado la forma particular de la especie, el ser humano en el útero después del periodo embrionario y cuando ya se ha iniciado el desarrollo de los principales características estructurales, habitualmente desde la octava semana después de la fertilidad hasta el parto.

Anamnesis:-Reunión de datos relativos a un paciente médico y psiquiátrico, que comprende antecedentes familiares y personales, experiencias y, en particular, recuerdos que se usan para analizar su situación.

Edema:-Acumuló anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericárdico, espacio intrapleural, cavidad peritoneal o capsular articulares.

Fatiga:-Estado de agotamiento o pérdida de fuerza que puede observarse, por ejemplo, tras la realización de una actividad física muy intensa.

X.-ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO GUÍA PARA LA VALORACIÓN

Cuestionario de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades humanas.

I.-VALORACION GENERAL

Nombre y apellido _____

Fecha de nacimiento _____ edad _____ sexo _____

Lugar de nacimiento _____

Estado civil _____ religión _____

Escolaridad _____

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Causa de la muerte de su madre _____

Numero de hermanos _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades que haya padecido _____

Intervenciones quirúrgicas _____

Razón _____

Embarazos _____ partos _____ cesáreas _____

Abortos _____ hijos muertos _____

PADECIMIENTO ACTUAL

Enfermedades que padece actualmente _____

Tratamiento médico actual _____

Lugar donde recibe atención médica actualmente _____

Piel:

Color: Normal. _____ Pálida. _____ Cianótica _____ Otras. _____

Edemas: Si. _____ No. _____ Descripción/ localización. _____

Lesiones: Si _____ No. _____ Descripción/localización _____

Sentidos corporales: vista _____ oído _____ olfato _____

Gusto _____ tacto _____

Enfermedades graves/operacionales: Si _____ No _____ Cuales _____

Secuelas: Si _____ No _____ especificar _____

Tabaquismo _____ Abuso de alcohol _____ Cafetismo _____

Uso de sustancias toxicas _____ Diabetes _____

HTA _____ Alergias _____ Especificar _____

II.-VALORACIÓN POR NECESIDADES

1.-NECESIDAD DE OXIGENACION

Respiración

Frecuencia _____/min.

Calidad: Normal _____ Superficial _____ Rápida _____ Otros _____

Ruidos a la auscultación: Si ___ No ___ descripción/ localización _____

Tos: Si ___ No ___ Secreciones: Si ___ No ___ Dolor al respirar: Si ___ No ___

Tabaco: Si ___ No ___ lo dejo especificar la fecha _____

Consumo :< de un paquete al día _____ 1-2 paquetes al día _____

De 2 paquetes al día _____

Otras drogas: Si _____ No _____ Tipo _____ Uso _____

¿Tiene alguna alergia respiratoria? Si ___ No ___ ¿de que tipo? _____

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION

Peso _____

Talla _____

Ingesta habitual: Desayuno _____

Comida _____

Merienda _____

Cena _____

Dieta especial: Si _____ No _____ Tipo de dieta _____

Ingesta de líquidos: < de 1 litro al día _____ 1-2 litros al día _____

>de 2 litros al día _____

Intolerancia a los alimentos: Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

Apetito: Normal ___ Disminuido ___ Aumentado ___ Nauseas ___ vomito ___

Fluctuación de peso (últimos 6 meses): Si _____ No _____

Kg. Ganados/perdidos _____

Problemas de:

Masticación: Si ___ No ___ Usa prótesis dental _____

Deglución: Si ___ No ___ Sólidos ___ Líquidos ___ Ambos _____

Digestión: Si ___ No ___ Tipo: Gases ___ Ardor ___ Pesadez _____

Dolores _____ Otros _____

Prótesis dental Si ___ No ___ Superior _____ Inferior _____

¿La piel esta hidratada? (¿Cuándo se pellizca, la marca dura un rato?)

Si _____ No _____

¿Come entre comidas?: rara vez ___ Con frecuencia ___ Con mucha frecuencia _____

¿Necesita ayuda?: Para preparar la comida___ Comer___ Trocear los alimentos_____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

Intestinal:

Frecuencia_____

Estreñimiento_____ Diarrea_____ Incontinencia_____

Osteomía_____ Si_____ No_____ Tipo_____ Auto cuidado: Si_____ No_____

Problemas de hemorroides___ Sangrado___ Heces negras___ otros_____

Uso de laxantes o rutinas: Si___ No___ Ayudas empleadas_____

Urinaria:

Frecuencia_____

Disuria ___ Nicturia___ Retención___ Incontinencia___ Pañal_____

Color amarillo claro_____ Amarillo oscuro _____ Naranja_____ rojo_____

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? Si_____ No_____ ¿Cuál?_____

Sonda vesical_____ Fecha de último sondaje_____

Cutánea:

Sudoración cutánea: Si_____ No___ Sudoración profusa: Si___ No_____

Menstruación: Regular___ Irregular___ Abundante___ Dolorosa_____

Secreciones vaginales: Aspecto___ ¿son abundantes? Si_____ No_____

¿Tiene molestias fuera de la menstruación? Si_____ No_____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENERSE EN BUENA POSTURA.

Expresión Facial: Adecuado___ Alerta___ Inexpresivo___ Hostil_____

Inadecuado_____

Comportamiento motor inhibido: Inhibición___ Agitación ___ Temblores___

Rigidez_____ incoordinación_____ Inquietud_____ Tieses_____

Postura: erecta_____ decaído_____

Modo de andar: Normal___ Acelerado___ Tambaleante___ Lento___

Limitaciones físicas: Temporales ___ permanentes___ ¿Cuáles?_____

Aparatos de ayuda: Ninguno___ Bastón___ Muletas___ Andador_____

Otros_____

Vértigos: Si___ No___ ¿Siente dolor o rigidez articular? Si___ No_____

¿Hace ejercicio? Tipo_____

¿Cuánto tiempo?___ ¿Practica algún deporte? Si___ No___ ¿Cuál?___

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno_____

Otros descansos_____

Problemas de sueño:

Al inicio interrumpido (No. De veces _____) Despertar temprano

Sueño excesivo pesadillas (tipo) _____

Sensación después de dormir: Descansada___ Cansada___ confusa___

Otros___

Factores que afectan el sueño_____

Ayudas para favorecer el sueño: Lectura___ Baño___ fármacos___ otros___

6.- NECESIDAD DE VERTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si sola? Si___ No___ Con

Limitaciones_____

Alergias a determinados tejidos Si___ No___ ¿Cuáles?_____

¿Qué importancia le da a su aspecto? Poca_____ Mucha_____

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias?

Si_____ No_____ otro dato de interés _____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Temperatura corporal: Normal_____ Hipotermia___ Hipertermia_____

Sudoración cutánea: Si_____ No___ ¿Están fríos sus pies o manos?

Si___ No___

¿Si fuese necesario sería capaz de medirse usted mismo la T?

Si__ No__

8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: Baño___ Ducha___ Frecuencia_____

Cepillado de dientes: Si__ No___ Frecuencia_____

Autónomo: Si ___ No___ Necesita ayuda. Si___ No___ especificar_____

Descuidado en: Cabello__ Dientes__ Uñas__ Su piel es: Seca_____

Grasa__

¿Ha notado alguna lesión? (ulcera o eccema) Descríbalo_____

Sus cabellos son: secos_____ grasos_____ se rompen con facilidad_____

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Si_____ No_____

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud ante el entorno:

Somnoliento__ Confuso___ Apático_____ Hipervigilante___ Distráido___

Fluctuante_____ no responde a estímulos_____ Solo sigue instrucciones__

Orientación espacio tiempo y persona

Tiempo: (Estación, día, mes, año.) especificar_____

Espacio (país, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar_____

Persona reconoce personas significativas) Especificar_____

Alteraciones perceptivas

Auditivas_____Tipo_____

Visuales_____Tipo_____

Táctiles_____Tipo_____

Olfativas_____Tipo_____

Localización de la percepción: Interna externa_____

Autodescripción de sí misma

Alegre_____ Triste_____ Confiada_____ Tímida_____ Inquieta_____

Sobre la valoración de logros_____Exageración de errores_____

Infravaloración_____

Autoevaluación general y competencia personal: Positiva__Negativa__

Sentimientos respecto a ella: Inferioridad__Superioridad__Tristeza__

Culpabilidad__Inutilidad__ Impotencia__ Ansiedad__ Miedo__

Rabia__ depresión otros_____

Alergias a alguna sustancia o medicamentos: Si__ No__ ¿Cuáles?_____

El estado de la persona puede constituir un peligro para ella_____ o para

otros__ especificar_____

Precauciones: Más vigilancia poner barandillas_____ contención

Mecánica_____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento lenguaje:

Contenido: Coherente y organizado_____ distorsionado_____

Descripción de la alteración_____

Curso del pensamiento

Inhibido_____ Acelerado_____ Perseverancia_____ Incoherencia_____

Desorganizado_____

Formas de expresión:

Claro__ Organizado__ coherente__ Confuso__ Desorganizado__

Incoherente_____ Tartamudeos_____ autista_____

Humor:

Deprimido_____ Eufórico__ Ansioso_____ Triste__ Fluctuante_____

Apático_____ Otros_____

Lenguaje:

Velocidad: Rápido_____ Lento_____ Paroxístico_____

Cantidad: Abundante__ Escaso_____ Lacónico__ Verborreico__

Tono y modulación: Alterado_____ Tranquilo_____ Hostil_____

Vive: Sola_____ Acompañada__ Lugar que ocupa en la familia. Rool__

Personas más significativas_____

Principal confidente_____

Tiempo que pasa sola y por que_____

Tiempo que pasa con amigos y compañeros_____

Sexualidad: Fecha de ultima menstruación. Anticoncepción: Si__ No__

Método_____

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: Si__ No__ Motivos__

No de embarazos_____ Realiza auto examen: Si_____ No_____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

¿Qué es lo más importante para usted en la vida? _____

Religión: Católica romana _____ Protestante _____ Judía _____ otra _____

Desea realizar practicas religiosas: Si__ No__ ¿Visita del capellán?: Si__
No _____

En caso de no poder tomar decisiones. ¿Qué persona le gustaría que lo hiciera por usted? _____

12:- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: Si _____ No _____

Si la respuesta es sí, explíquese _____

Problemas laborales Si _____ No _____ Cuales _____

Tiempo que dedica al trabajo _____ Tiempo dedicado al ocio _____

Capacidad de decisión: Si__ No__ Resolución de problemas: Si__ No__

13.- NECESIDAD DE JUGAR/ PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco__ Mucho__ Suficiente__

¿Cuál es su diversión favorita? _____

Perdida de interés por las actividades recreativas: Si _____ No _____

Cambios en las habilidades o funciones físicas corporales _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración de la memoria: Reciente _____ Remota _____

Inteligencia general: Adaptada al momento _____ Retraso en el desarrollo__

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:

Pregunta_____ Escucha_____ Interés_____ Desinterés_____ propone
alternativas_____

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? Si__ No__ ¿Cuál es?__

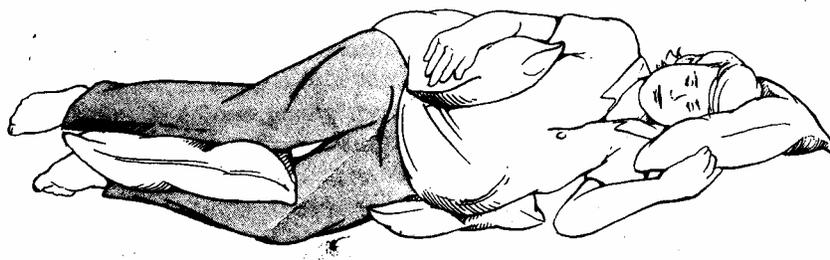
¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se
encuentra?_____

ANEXO II

POSICION PARA DESCANZAR DURANTE EL EMBARAZO

Las mujeres embarazadas con frecuencia comentan que les resulta difícil relajarse porque no encuentran una posición cómoda o debido a la pirosis, el dolor de espalda y otras incomodidades frecuentes interfieren con la capacidad para el relajamiento.

El reposo adecuado en mujeres embarazadas es importante para la salud física y emocional. Las mujeres necesitan dormir más durante el embarazo, ante todo en el primer y tercer trimestres, cuando se cansan con facilidad. Su resistencia disminuye a falta de reposo satisfactorio. El sueño se dificulta más durante el último trimestre a causa del crecimiento abdominal, frecuencia cada vez mayor de micción y actividad creciente del feto. Posición cómoda para mujeres embarazadas.



Dormir del lado izquierdo es la mejor posición para ti y tu bebé. Así se mejora el flujo de la sangre y de nutrientes a la placenta, y ayuda a tus riñones a deshacerse de los desperdicios y líquidos de tu cuerpo. Esto, por su parte, ayuda a controlar la hinchazón en los tobillos, pies y manos.

Para mayor comodidad, pon una almohada de poco grosor debajo de tu vientre y otra almohada debajo de tu espalda. Te ayudará a balancear el peso de tu abdomen que, probablemente, sea lo que más te moleste al acostarte.

ANEXO III

MECANICA CORPORAL

Los llamados ejercicios de inclinación pélvica pueden ayudar a que se restaure la alineación corporal adecuada. Al inclinar hacia arriba la porción anterior de la pelvis, disminuye automáticamente la curvatura de la espalda, lo que alivia gran parte de los síntomas. La dorsalgia se puede aliviar e incluso prevenir si se conserva la alineación corporal correcta durante el embarazo. Es importante el uso correcto de la postura y mecánica corporal durante la gestación. La paciente no debe curvar la espalda al flexionar hacia delante para levantar objetos del suelo. La tensión consecuente se siente en los músculos de la espalda, debe utilizar los de las piernas. Puede mantener la espalda en extensión al flexionar las rodillas y descender el cuerpo hasta la posición de cuclillas con los pies separados 30-40cm para conservar el equilibrio corporal. Cuando levanta un objeto pesado, como un niño, debe apoyar un pie contra el suelo. Un poco por delante del otro, y descender el cuerpo hasta la altura de la otra rodilla. Luego, ha de sujetar el objeto cerca de su cuerpo para levantarlo. Este mismo principio, de mantener la espalda en extensión y flexionar las rodillas, se aplica cuando la mujer se sienta o se levanta de una silla.

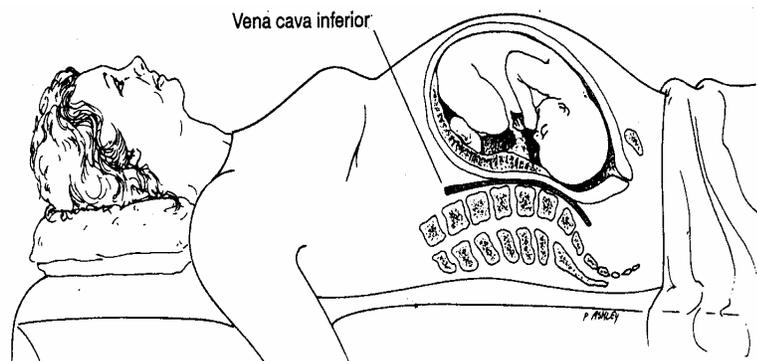


ANEXO IV

SISTEMA CARDIOVASCULAR

El útero grávido ejerce presión sobre el diafragma, empuja el corazón hacia arriba y a la izquierda y lo rota hacia el frente. El volumen sanguíneo aumenta en forma progresiva durante todo el embarazo, empezando en el primer trimestre y alcanzando su punto máximo a la mitad del tercer trimestre, alrededor de 45% más que los niveles previos al embarazo. La presión venosa femoral se eleva un poco conforme el útero ejerce mayor presión sobre el retorno sanguíneo. Existe una mayor tendencia al estancamiento sanguíneo en las extremidades inferiores, lo que provoca edema dependiente y tendencia a la formación de venas varicosas en las piernas, vulva y recto, en la parte final del embarazo. La embarazada tiene mayor tendencia a presentar hipotensión postural por el aumento del volumen sanguíneo en las extremidades inferiores.

Es posible que el crecimiento del útero presione la vena cava cuando la mujer esta acostada; esto origina el síndrome de vena cava o síndrome hipotensivo supino esta presión interfiere con el regreso del flujo sanguíneo con síntomas de mareo, palidez y viscosidad; pueden corregirse al hacer que la mujer se acueste sobre su lado izquierdo.



ANEXO V

POSTURA CORRECTA

Cabeza

Enderezar el cuello y alinear la barbilla para que el cuerpo adquiera una buena posición.

Hombros y Tórax

Levantar la caja torácica y mover los hombros hacia atrás.
Girar los brazos hacia fuera.

Abdomen y glúteos

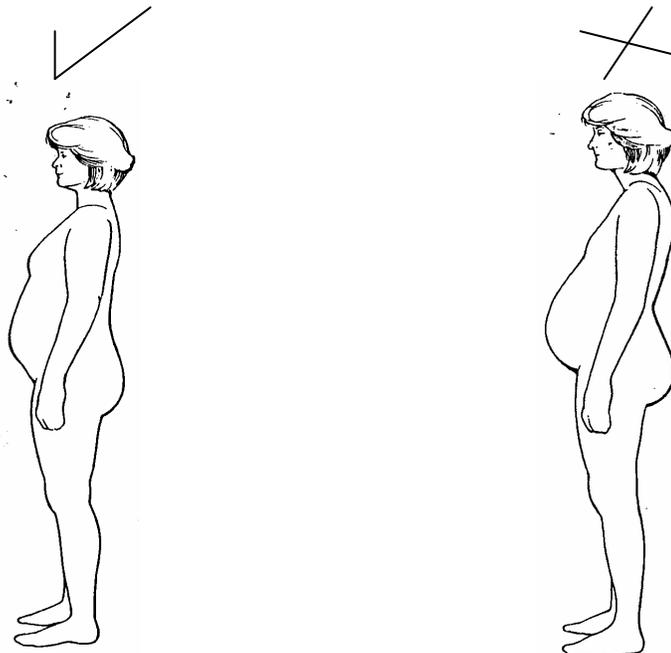
Contraer el abdomen para aplanar la espalda.
Hacer presión en los glúteos para que la pelvis gire hacia atrás.

Rodillas

Doblarlas para distribuir el peso del cuerpo en los pies.

Pies

Distribuir el peso del cuerpo a través del centro de cada pie.



El mantenimiento de una postura correcta y la práctica de una buena mecánica corporal son factores muy importantes para evitar algunas incomodidades más comunes en el embarazo. Por ejemplo, una causa frecuente de dolor de espalda durante el embarazo es la mala posición. A medida que el embarazo progresa, se alteran las proporciones del cuerpo y la distribución del peso. El centro de gravedad corporal se desplaza en forma gradual hacia delante, con frecuencia, los músculos abdominales se relajan, y la curvatura natural de la espalda se exagera, lo que acorta los músculos de la región inferior de la espalda. La mujer suele compensar este efecto al inclinarse hacia atrás ligeramente desde la cintura, por lo que se desplaza su peso hacia los talones cuando camina. Como resultado, la marcha es torpe y tambaleante y con frecuencia produce dolor de espalda, en particular, en la región inferior de la misma. Es muy importante indicar a la mujer que verifique en forma constante su postura y darle información para corregir su alineación corporal, es necesario enseñar a las mujeres embarazadas la importancia de mantener una buena mecánica corporal. Esto se refiere al uso eficaz del cuerpo para distribuir el peso y la función de manera uniforme entre diversos grupos musculares, en vez de permitir que sólo se agote un determinado grupo de músculos, por ejemplo, es conveniente indicar a las mujeres embarazadas que eviten inclinarse para levantar o recoger objetos que se encuentre en el piso. Al inclinarse hacia delante o agacharse, la mujer puede perder el equilibrio y la musculatura de la espalda debe asumir la carga de sostener el tronco (y cualquier peso que se levante) para que regrese a la posición erecta.

La buena mecánica corporal se relaciona en forma directa con la buena postura. En el curso de actividades cotidianas, como tareas domésticas, caminar, subir y bajar escaleras, la mujer debe mantener la espalda derecha y el cuerpo con buena alineación. Para aprender a mantener una postura correcta y practicar una buena alineación corporal con frecuencia se requiere estar muy consciente y practicar en un principio.

ANEXO VI

CAMBIOS EN EL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO

Los principales cambios durante el embarazo son el aflojamiento de las articulaciones provocado por las hormonas y la adaptación de la postura. El relajamiento y aflojamiento de las articulaciones pélvicas y el ensanchamiento de la sínfisis pubica se debe primordialmente a la relaxina y la progesterona placentaria. Esta movilidad facilita el paso del feto a través de la pelvis con preparación para el parto vaginal. Esto da por resultado cambios en la forma de caminar. Que asemeja de un pato, en las últimas etapas del embarazo, pues al aumentar el volumen del útero, para compensarlo, se produce una lordosis (curvatura de la parte baja de la columna vertebral) progresiva. Debido a ello, la futura madre tensa los músculos dorsales, lo cual provoca dolor de espalda, tanto el cambio de postura como la movilidad de las articulaciones contribuyen al dolor de espalda durante la gravidez.

La dilatación del útero distiende los ligamentos redondos que los soportan, lo cual puede causar un dolor agudo y rápido al hacer movimientos repentinos, como levantarse de una silla, además, conforme se estiran los músculos abdominales durante el embarazo, los músculos rectos podrían separarse ocasionando una diastasis de los músculos rectos del abdomen, que retomarán su posición normal poco después del parto, proceso que se facilita con el ejercicio físico. El aumento de peso y el edema durante el embarazo pueden originar compresión del nervio mediano, sobre todo en torno a las muñecas, dando lugar al síndrome de túnel del carpo que consiste en dolor y adormecimiento u hormigueo en manos y muñecas, así como debilidad y disminución de la función motora; en estos casos conviene

dar terapia de apoyo. Los síntomas desaparecerán durante el puerperio al volver a la normalidad el volumen de líquidos del organismo.

