



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UNA PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO
CON PRESENTACION DE VERTICE, EN PERIODO
EXPULSIVO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

MARTHA GARCIA JAVIER

DIRECTOR ACADEMICO, LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ



ZIHUATANEJO, GRO.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

JUNIO DEL 2005.



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

m 245167



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS A DIOS:

Gracias señor por la sabiduría que me das, que no es comparada con nada, por que tu luz no conoce ocaso.

Lo que aprendí con sencillez lo comparto con mis compañeros de trabajo siempre en beneficio del individuo familia y comunidad, es un tesoro inagotable, comparto con los demás las enseñanzas que he recibido.

A MI ESPOSO E HIJOS

A Fernando, Fernando de Jesús y Luís Ángel: les manifiesto mi amor y mi más sincero agradecimiento, por las facilidades brindadas que han coadyuvado en las labores domesticas y que hicieron posible que yo concluyera con mis estudios como LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

EN EL PROCESO ATENCION ENFERMERIA por el que le he dedicado mucho tiempo y esfuerzo, tiempo valioso que antes estaba designado para mi familia y labores domesticas.

A MIS PADRES

Julián García y Manuela Javier, que me dieron la vida después de Dios me cuidaron con dedicación y amor desde niña hasta convertirme en una persona libre responsable y profesional. Gracias por darme la oportunidad de estudiar yo se que fue mucho sacrificio económico, por pertenecer a una familia numerosa, pero con amor y dedicación lograron superar los obstáculos, por ello les estoy agradecida y muy orgullosa de

mis padres aunque humildes, pero muy responsables, siempre a la vanguardia de los problemas que representa la responsabilidad de ser padres.

A MIS MAESTROS

Mi más sincero agradecimiento a las Maestras, que me impartieron clases de Licenciatura en especial a mi asesor **Federico Sacristán Ruiz**, y que tuvieron la paciencia para transmitirme sus conocimientos, y por ser tolerable en el desarrollo del PAE. Que finalmente logre mi objetivo.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Martha García
Javier

FECHA: 9/06/05

FIRMA: Marta

Contenido	Página
Introducción	7
Objetivo General	9
Justificación	10
Capítulo I Marco Teórico	12
Capítulo II Valoración Diagnóstica de Enfermería	44
Capítulo III Plan de Atención de Enfermería	48
Conclusiones	73
Sugerencias	75
Glosario	85
Bibliografía	90

INTRODUCCION

El trabajo de parto normal de vértice sin complicaciones: Es el acto fisiológico de la mujer mediante el cual, el producto de la concepción ya viable es desalojado del útero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el mundo exterior.

La presentación de vértice es la más frecuente en el cual la cabeza del feto se encuentra en flexión, el mentón esta en íntimo contacto con el tórax, el punto que se relaciona con otros diferentes puntos de la pelvis materna.

El mecanismo de trabajo de parto se refiere a las distintas adaptaciones y reajustes del producto a los diferentes diámetros de la pelvis.

Episiotomía incisión que permite ampliar el canal vaginal y facilitar la salida del feto.

El siguiente Proceso Atención Enfermería ha sido elaborado con el fin de atender a pacientes en trabajo de parto de vértice sin complicaciones, y detectar las necesidades fundamentales que presentan en este periodo de estrés y ansiedad.

En el primer capítulo: se describe el marco teórico, en donde se presentan generalidades de Enfermería tales como: Concepto de Enfermería, Proceso de Enfermería

Segundo capítulo: Se presenta la metodología, esquema de valoración, observación, entrevista e historia clínica de Enfermería donde quedaran los registros de información acerca del paciente.

Tercer capítulo: Plan de Atención de Enfermería

Se darán a conocer las conclusiones, sugerencias, bibliografía consultada, anexos y el glosario de términos utilizado en el contenido del trabajo.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un Proceso Atención de Enfermería que sea de utilidad para sustentar el examen profesional y así obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Utilizar una metodología con bases técnicas y científicas en la atención del trabajo de parto de vértice sin complicaciones.

JUSTIFICACION

En el presente Proceso Atención Enfermería se propone ejecutar y mantener los cambios que promuevan el bienestar satisfaciendo las necesidades de salud de la persona cuidada en este caso en periodo de trabajo de parto expulsivo y las necesidades inmediatas del Neonato sin descuidar a los familiares y establecer vínculos de relación con el grupo interdisciplinario y los sistemas de atención de salud.

Contribuir en la atención integral que se proporciona a la persona para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas sociales culturales o espirituales básicas de la vida cotidiana, el hecho de intervenir en la necesidad o dificultad le permite solucionar las necesidades primarias, esta interacción nos muestra la complejidad del ser humano, es importante considerar las necesidades en su conjunto, puesto que la persona forma un todo integrado.

Tener un plan de cuidados personalizado, se trata de un instrumento abierto y un formato sistemático en el que hay que rellenar unas columnas para el diagnóstico enfermero, los objetivos, las intervenciones y evaluación.

Es un medio extraordinario para organizar los cuidados, pero exige mucho tiempo y energía.

El que las enfermeras apliquen el Proceso Atención Enfermería sustentado en conocimientos teóricos y científicos sobre el cuidado integral de la persona donde acude a solicitar de este servicio de salud es de gran beneficio para la institución por que se evitan complicaciones. Además de que esto les ocasiona menos gastos económicos.

En lo personal creo que el Proceso Atención Enfermería es la mejor manera de ordenar y sistematizar los cuidados, utilizando una metodología de investigación como herramienta del conocimiento de Enfermería que nos permite fomentar la salud, prevenir y evitar complicaciones.

Como pasante de Enfermería tendré una herramienta para el futuro que me permitirá desarrollar habilidades intelectuales con pensamiento crítico, capacidad de resolver y plantear nuevos problemas para la toma de decisiones fundamental en la planeación de cuidado.

Aumentar mis conocimientos culturales con el deseo de superación personal y actualización profesional.

CAPÍTULO I MARCO TEORICO

1.1 GENERALIDADES

La asistencia de enfermería es necesaria no sólo en el momento de la enfermedad, sino también para proporcionar bienestar.

En el pasado la atención de enfermería se centraba en la asistencia de los enfermos hospitalizados durante las fases agudas o crónicas de su enfermedad y durante su rehabilitación. Sin embargo en la actualidad, la práctica de enfermería incluye también la promoción y mantenimiento de la salud y la asistencia en la muerte.

Cada vez es más conocido que el cuidado de enfermería es un factor clave para la supervivencia del paciente y para los aspectos relacionados con el mantenimiento, la rehabilitación y la prevención de la salud. En 1980, la asociación norteamericana de enfermería (ANA) publicó la declaración de política social, en ella define a la enfermería como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas del individuo a problemas actuales y potenciales de salud en combinación con los estándares ANA sobre la práctica.

1.1 PROCESO DE ENFERMERIA

En la publicación de 1980. a Social Policy Statement (ANA), se documenta un mayor compromiso de la ANA con el modelo de los cinco pasos, lo cual convirtió a este modelo en el patrón para la práctica de la enfermería personal.¹

¹ Fernández Ferrin Carmen y Gloria Novel Matí. Proceso Atención Enfermería estudios de casos. Ediciones científicas y técnicas, S.A. Masson Salvat 1ª Edición. 1993 pág. 28,33,76,77.

El proceso de enfermería es un método sistemático de prestación de asistencia de enfermería individualizada que consiste en valorar a los pacientes, identificar los problemas de asistencia de enfermería, ejecutar las acciones de enfermería y valorar el resultado de la asistencia.²

El proceso de enfermería es un proceso mental, una herramienta para la toma de decisiones intelectuales basadas en los conocimientos. El uso del proceso de enfermería, ayuda a que el personal organice su trabajo y amplíe el campo de sus conocimientos y práctica que afirma Virginia Hendersón el proceso de enfermería. Es un proceso analítico que debe ser utilizado por aquellos que prestan asistencia sanitaria cuando su actuación o la ayuda que ofrecen van encaminadas a resolver el problema. El propósito del proceso de enfermería radica en identificar los problemas sanitarios reales y de alto riesgo que sirve como base para planificar la asistencia, llevarse a cabo y valorar sus resultados en el paciente.

Proporcionar al paciente cuidados de calidad por medio de técnicas y procedimientos oportunos, precisos, exactos en el momento y sitio indicado en el menor tiempo posible para reintegrar al hombre a la sociedad con el mínimo de secuelas contando con el apoyo de la familia.

1.1.1 CONCEPTO DE PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso atención de enfermería es el método mediante el cual se obtienen las bases científicas para la práctica de enfermería, es un enfoque deliberativo para la resolución de los problemas que exigen habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir necesidades del paciente y del sistema familiar, consta de cinco fases interrelacionadas.

Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, y evaluación.

Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del

² Ibidem Fernández Ferrín Pág. 18,26

Bruner D.S.Suddart Manual de Enfermería Medico Quirúrgico. Vol. II. 4ª Edición. Ed. Interamericana, México 1988 Pag. 9,10.

problema en un intento por definir las acciones de la enfermera.

El proceso atención enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, proporciona el mecanismo porque el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar³ la respuesta del paciente a los problemas reales y potenciales de salud.

Según la OMS el proceso de enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos. Implica pormenorizar el uso del método científico para la identificación de necesidades de salud del paciente familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería, incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de unos cuidados y la evaluación de los resultados. La enfermera(o), en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupo a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza recursos.

Entonces el/ella proporciona servicios de enfermería directa o indirectamente. Con posterioridad, él/ella evalúa los resultados. La información recibida de la evaluación de los resultados debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situaciones similares de cuidados de enfermería. De este modo, la enfermera se convierte en un proceso dinámico, que se presta a adaptación y mejoría.

³ Hernández Ramírez Luz María Proceso de Enfermería. Impresión 2000 se imprimió en talleres de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Pág. 39.

1.1.2 ETAPAS DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA

VALORACION: Es un proceso continuo en todas las etapas que lo integran, que establecen las bases de los datos sobre las respuestas del paciente, familia y comunidad.

Esta primera fase del proceso atención enfermería es la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida; una valoración precisa, conduce a la identificación del estado integral del paciente, a los temas inherentes de enfermería y al diagnóstico de la misma.

La valoración se considera el pilar del proceso atención enfermería por que de ella depende la identificación de las fuentes de dificultad en la satisfacción de las necesidades humanas.

La recogida de datos, consiste en reunir toda información disponible, necesaria para los cuidados del paciente. Este plan se elabora con la información obtenida por diferentes fuentes en donde la fuente principal, es el paciente, quien proporciona datos para formar una historia clínica y un diagnóstico de enfermería para recabar los problemas que aquejan al paciente, otra fuente son los familiares o persona significativa, registros de enfermería registros médicos, consultas verbales o escritas, registros de estudios de diagnóstico y bibliografía relevante.⁴

La valoración se sitúa al principio del proceso, de ella depende su desarrollo. Desde la puesta en marcha de este instrumento la recogida de información. A lo largo de su trabajo la enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar los datos de cada uno de los pacientes.

⁴ Ibidem Hernández Ramírez Luz María. Pag. 86,87.

La enfermera cuenta con traer medios principales para la recogida de información. La consulta de las fuentes secundarias de información, la observación, entrevista y la exploración física.⁵

La Observación. Es la capacidad intelectual de captar a través de los sentidos, los detalles de mundo exterior, se ejercen en primer lugar, por medio de análisis de las percepciones que realiza la inteligencia a la luz de la experiencia del pasado, pero este proceso se basa esencialmente en la atención y la concentración, se puede afirmar que en los cuidados de enfermería, la observación consiste en considerar al paciente y a todo lo que se relaciona con el y con una atención expresa y continúa que nos permite conocerlo mejor.

La observación: es una técnica consciente y deliberada que se desarrolla solamente a través del esfuerzo de un enfoque organizado. Algunos datos se recogen a través de los sentidos, sin embargo las enfermeras utilizan preferentemente la vista aunque todos están involucrados.

La vista: nos aporta multitud de información en relación con las características físicas de la persona, comportamiento y problemas de salud.

El oído: Este sentido nos llegan las palabras, las reflexiones de la voz, los quejidos o determinados ruidos que produce el paciente.

El tacto: Desempeña el papel esencial en la exploración física, en la palpación de ciertas partes del cuerpo, que permiten conocer

⁵ Fernández Ferrín. Carmen y Gloria Novel Mati. Proceso Atención Enfermería. Estudio de casos. . Pág. 28. Ibidem Hernández Ramírez Luz María. Pág. 86,87.

determinados detalles.

El olfato: Detecta los olores que revelan el grado de limpieza del paciente o determinados procesos patológicos.

Entrevista. Es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud.

Se sobre entiende que el objetivo de este encuentro es recoger informaciones que permitan descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas del paciente y las distintas manifestaciones de dependencia que las determinan. Esta es la técnica por excelencia de la personalización de los cuidados.

El propósito es de obtener datos, evaluación de los cambios, enseñanza, identificación de los problemas, ayuda y asesoría en el tratamiento.

Historia Clínica. La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente. Facilita los datos en que se valora los problemas actuales y potenciales del paciente y es la base para planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Las enfermeras deben recolectar la información de manera sistematizada, rápida evitando duplicar la información ya recogida por otros miembros de la salud.

El formato la historia clínica debe ser diseñado por un comité institucional, e investigar el área tales como aspectos físicos, sociales, culturales, y adaptarse a cada una de las unidades de la institución.⁶

⁶ Ibidem. Henández Ramírez Luz María. Pag. 87,88.

Objetivos:

- Proporcionar a la enfermera la oportunidad de reunir datos de interés, apoyo y comprensión al paciente, para establecer una relación de confianza y respeto mutuo.
- Llevarlo a cabo con el fin de establecer el estado de salud o enfermedad del paciente, se logra mejor como parte de una entrevista planeada.⁷

Examen Físico. Incluye aspectos físicos psicosociales, la enfermera lo lleva a cabo para recoger datos sobre el estado del paciente, puede centrarse en un aspecto general, considerando al individuo como un todo.

Debe ser sistemático, un enfoque habitual es el examen céfalo caudal, de la parte superior a la parte inferior, comienza con la cabeza y termina con los dedos de los pies. El objetivo es identificar las capacidades individuales fisiológicas y psicosociales.⁸

Inspección

- Se inicia en el primer encuentro con el paciente
- Es una observación organizada de la conducta y el cuerpo del paciente.
- Cada fase de exploración se inicia observando alguna región en particular.
- Es un examen visual, se realiza por áreas ordenadamente.

Palpación

⁷ Brunner, D.S. Suddart. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica, Vol. II pp. 9-10
Ibidem. p 111.

⁸ Hernández R. Op. cit.; pp. 86-91

- Incluye el tacto de la región o parte del cuerpo que se observa.
- Se lleva a cabo de una forma organizada de una región a otra.
- Mediante esta técnica es posible valorar la dureza, textura, inflamación y la movilidad de los órganos internos.

Percusión

- Se realiza golpeando suavemente con la yema de los dedos.
- Determina los tejidos subyacentes en movimiento la percusión ayuda a establecer si están llenos de aire o líquido.
- Produce ruidos audibles o vibraciones palpables que puede distinguir el explorador.

Auscultación

- Es el método en que se utiliza un estetoscopio para aumentar la audición.
- Escuchar los sonidos interiores del cuerpo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Es el segundo paso del proceso atención enfermería, es la fase en el que la enfermera analiza los datos e identifica problemas del paciente. Después realiza un diagnóstico de enfermería.

Es una forma de tomar decisiones que la enfermera utiliza para establecer juicios y conclusiones acerca de las reacciones del paciente o problema de salud real o potencial, es la forma de enunciar problemas por medio del cual la enfermera se comunica profesionalmente, se refiere a la enunciación de problemas por parte de la enfermera acerca del estado de salud o enfermedad del paciente.⁹

⁹ Margot Planeuf, La planificación de los cuidados enfermeros. Traducción: Rosalía Moro Domingo. Editorial Inter. Americana 4ª Edición. Pág. 130,133

La American Nurse Association define el diagnóstico de enfermería como un juicio clínico acerca de la reacción de un paciente a condiciones o necesidades de salud real o potencial.

Diagnosticar consiste en identificar un problema a partir de signos observables, expresa efectivamente un problema y las causas de este problema, para intentar eliminar o por lo menos reducir sus efectos, esta orientación se basa en la lógica, espera que la eliminación de la causa llegue a una mejora de la situación o la desaparición del problema. Para otros pensamientos la formulación del diagnóstico comprende el problema, la causa y la etiología (PES).

Definición: Como en un diagnóstico de enfermería real, o de alto riesgo la definición expresa un significado claro y conciso del diagnóstico. Esta debe ser conceptual y coherente con la denominación y los factores de riesgos.

Diagnóstico de enfermería real: Son enunciados en el que el problema esta presente y las manifestaciones observables, es un diagnóstico que describe el problema actual o simplemente un diagnóstico real.

Diagnóstico potencial: El problema no esta presente, pero que reúne todas las condiciones para que surja, hay que intervenir antes que aparezca el problema. Es de finalidad preventiva.

Diagnósticos de enfermedades posibles: Son enunciados que describen un problema sospechado, en el que se necesitan datos adicionales. La palabra posible se utiliza en muchos diagnósticos de enfermería para describir problemas que pueden existir, pero que requieren datos adicionales para ser confirmados y descartados.¹⁰

Los diagnósticos de enfermería: Son enunciados de dos partes que

¹⁰ Ibidem Margot Planeuf, ph. Pág. 144,1 45,146.

constan de diagnósticos de enfermería posible y los datos en relación con que llevan a la enfermera a sospechar el diagnóstico. ¹¹

Diagnóstico de enfermería de bienestar: Según la NANDA un diagnóstico de enfermería de bienestar es un juicio clínico respecto a una persona grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Para que una persona o grupo tenga un diagnóstico de bienestar debe estar presente, el deseo de un mayor nivel de bienestar y estados en funciones actuales eficaces. ¹²

Diagnóstico enfermero. Establecimiento de prioridades: Refleja mejor el carácter profesional del rol de la enfermera. Cuando la enfermera ejerce un rol de colaboración es una ayuda muy valiosa para el medico, pero sigue siendo una simple ejecutora mientras que el diagnóstico enfermero le permite asumir mejor sus funciones autónomas y responder a las exigencias de su profesión.

Permite desarrollar en la cuidadora su competencia, su capacidad de discernimiento y de decisión, aumentar su autonomía profesional y el reconocimiento de la profesión.

Exige la elaboración de objetivos y de intervenciones apropiadas, las intervenciones atacan tanto el problema, como la causa ello supone la multiplicación de los conocimientos, es necesario planificar nuevas intervenciones y explorar campos distintos de conocimientos para descubrir y desarrollarlos.

¹¹Murray, Mary Ellen. Proceso Atención Enfermería, p 33

¹² Phaneuf, Margot. La planificación de los cuidados enfermeros, pp. 130 – 136.

El enfoque etiológico trata de identificar la causa del problema, para intentar eliminar o al menos reducir sus efectos, que mejora la situación o que puede desaparecer el problema.

El diagnóstico comprende desde el primer contacto con la persona. La importancia de la causa o del enfoque etiológico se basa en el hecho, contribuye hacer el diagnóstico enfermero, un enunciado preciso que pueda orientar las intervenciones de enfermería.

Es descriptivo y prescriptivo la enfermera puede actuar exclusivamente sobre la causa o el problema cuando la causa excede de sus funciones autónomas dicho enfoque confiere el proceso de cuidadora una flexibilidad y una eficacia muy grande cada vez más reconocida en los diferentes medios.

PLANEACION: Tercera etapa del proceso, identifica el problema al que hay que dar solución, algunas intervenciones que van a contribuir a prevenir alguna dificultad o eliminar la causa de algún problema o disminuir sus efectos, es una etapa intelectual de la planificación es esencialmente la acción.

La planificación se dirige a mejorar la calidad de los cuidados, puesto que permite personalizarlos asegurar su continuidad y evaluar, el plan de cuidados no puede quedarse en un mero proceso intelectual: debe ser explícitamente redactado en un documento que todos los cuidadores puedan consultar si fuera preciso.

La etapa de la planificación de los cuidados y la de las intervenciones. La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano para evitar reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería.¹³

¹³ Marriner, Ann El Proceso Atención Enfermería con un enfoque científico. Traducción de la 2ª edición Dr. Alfonso Téllez Vallejo. Pág. 155,180.

Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Durante la fase de planeación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería.

Los objetivos de cuidados: La primera parte de la planeación, consiste en fijar unos objetivos que indiquen lo que podrá hacer una persona y cuales deberían ser los resultados como consecuencia de las intervenciones.

Por medio del objetivo la enfermera describe el comportamiento que espera de la persona o el resultado que quiere obtener. Estas modificaciones pueden ser de orden biológico, psicológico, social o espiritual.

La redacción de los objetivos, refleja el carácter responsable de la profesión enfermera, sirve de base para evaluar el comportamiento deseado o el estado que se trata de alcanzar.

Los objetivos deben adaptarse a la situación de la persona, deben tener en cuenta la capacidad inmediata de la persona y animarla a progresar, deben ser esencialmente evolutivos, seguir el progreso de la persona y respetar sus posibilidades.

Las intervenciones: segunda parte de la planeación la diferencia existe entre la situación problema y la situación ideal, lleva a la enfermera a planear intervenciones para alcanzar objetivos. Puede tratarse de acciones planeadas por la enfermera, por la propia persona o actitudes que hay que adoptar. Los objetivos se centran en la persona y es ella misma la que interviene, la enfermera planifica las intervenciones siempre orientadas hacia el mayor bienestar de la persona.

Las intervenciones deben aspirar a la evolución de la persona hacia la

autonomía y hacia el mayor bienestar, se sitúa en un enfoque proactivo. ¹⁴

Este proceso largo y complejo se reserva a los problemas tratados a largo plazo. No se aplica a los problemas que pueden resolverse de forma simple e inmediatamente por las actividades de la vida diaria, por supuesto la mejoría no siempre es posible. Reconocer que el plan de cuidados se dirige a la prevención de las complicaciones y secuelas o al mantenimiento de un estado óptimo, teniendo en cuenta el estado de la persona. ¹⁶

Las intervenciones deben de ser creativas: Deben ser originales, evitar que el plan de cuidados conduzca a intervenciones estereotipadas, es importante tratar de ser imaginativos y elaborar intervenciones originales que respondan verdaderamente a las características de la persona a sus necesidades y a la evolución de su estado. Suelen reflejar una gran preocupación por satisfacer necesidades físicas, para los cuales existen numerosas intervenciones, y proponen menos intervenciones para las necesidades superiores, como evitar los peligros comunicarse y actuar según sus propios valores y creencias preocuparse de su propia realización, distraerse y aprender.

Documentación del plan: Es un todo que comprende los diagnósticos de enfermería, los objetivos y las intervenciones que sirven para prever, organizar y evaluar los cuidados de una forma organizada, esto se consigue mediante la documentación del plan.

El plan de cuidados es el instrumento de trabajo por excelencia de la enfermera. Esta es directamente responsable del mismo y forma parte de sus funciones autónomas.

¹⁴ Ibidem Fernández Ferrín. Pág. 22

¹⁵ Ibidem Fernández Ferrín. Pág. 78

¹⁶ Planeuf, Margot. Op cit.; p 196, 201.

Sirve como centro de receptor cuando lo utiliza para documentar los resultados de la fase de la planificación. Facilita la comunicación mediante la identificación de la información oportuna, proporciona un mecanismo para la evaluación de los cuidados prestados. El desarrollo del plan de cuidados exige habilidades de valorización, diagnósticos, de razonamiento crítico y de comunicación.

El objetivo del plan de cuidados sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del paciente. Proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada, se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria, proporciona normas para la documentación de las notas de las enfermeras y para la evaluación de la eficacia de los cuidados.¹⁷

EJECUCION: Es la realización del plan de cuidados elaborado por la enfermera. Se centra en la realización de las intervenciones que figuran en el plan de cuidados y tienen como finalidad ayudar a la persona a alcanzar los objetivos.

El plan de cuidados debe realizarse en concordancia con otras actividades de la vida diaria y las que corresponden a la colaboración como administración de medicamentos, etc. La ejecución se divide en tres puntos:

- a).- preparación de la jornada.
- b).- elaboración mental o escrita de un horario de trabajo.
- c).- ejecución de los cuidados

a).- Preparación de la jornada: Conjunto de actividades previstas para la

¹⁷ Phaneuf, Margot. Op cit.; Pp. 202-203
Fernández Ferrín. Op cit.; p 22

persona cuidada a lo largo de la jornada, determinar el tiempo para las actividades, cuidados de enseñanza, la enfermera debe tomar conciencia sobre los conocimientos y habilidades requeridos para desarrollar sus tareas.

b).- Elaboración mental o escrita de un horario de trabajo: La enfermera decide el orden de sus actuaciones, respetar las prioridades establecidas, el horario los objetivos que se deben evaluar ese día. Al organizar su trabajo la enfermera aumenta su eficacia del plan de cuidados, minimiza las pérdidas de tiempo y energía tanto para el paciente como para ella misma, y armoniza sus funciones autoras como de colaboración. La organización del trabajo debe ser flexible.

c).- Ejecución de los cuidados: Las acciones previstas deben de contemplar la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de la persona y protección hacia una mayor independencia. La enfermera sigue observando, recogiendo datos y analizándolos. El proceso de cuidados es dinámico, nunca es inmutable se encuentra en constante evolución.

La etapa de ejecución exige de la enfermera conocimientos, habilidades perceptivas e intelectuales, sentido común, capacidad para tomar decisiones, así como aptitudes técnicas y capacidad para las relaciones interpersonales.

EVALUACION: Constituye la última etapa del proceso de cuidados. Es una etapa bastante compleja que reúne un conjunto de elementos. La evaluación es un juicio comparativo sistemático sobre el estado de la persona, emitido en el momento de finalizar el plazo fijado en los objetivos. Al medir el progreso realizado, la enfermera puede darse cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de sus actuaciones.¹⁸

El juicio puede tomar diversas formas. La enfermera puede llegar a la

¹⁸ Ibidem Phaneuf, Margot pp. 134-135.

conclusión de que el objetivo se ha conseguido lo que significa que el estado de la persona ha mejorado como estaba previsto, que los signos y síntomas han desaparecido, podría concluir que están en vía de conseguirse con la condición de hacer algunas modificaciones.

Aunque el objetivo siga siendo primer elemento que hay que evaluar, no es el único. En algunos casos la enfermera debe ampliar su evaluación al conjunto del proceso seguido porque la situación no evoluciona, siempre es importante evaluar la satisfacción de la persona cuidada.

La finalidad de los cuidados de calidad verificando continuamente la pertinencia de las intervenciones a la vista de los resultados, permite no sólo emitir un juicio sobre la consecuencia de un objetivo, sino ir mejorando constantemente, para ofrecer cuidados de calidad, tratar de ver donde están los fallos y buscar los medios para corregirlos.

A veces ocurre que la evaluación de la situación no responde a la expectativa de la enfermera los objetivos no se han conseguido y la evaluación de los resultados no explica las razones de este estancamiento, hay que ir más allá del objetivo y examinar las intervenciones, el diagnóstico enfermero y los datos en que se basa.

1.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Son estrategias específicas diseñadas para ayudar al paciente.

Se basan en los factores relacionados identificados en la declaración del diagnóstico de enfermería, que define las actividades para eliminar los factores que contribuyen a las respuesta humanas.¹⁹

¹⁹ Ibidem Planeuf Margot Pág. 135.

20 Alfaro Rosa linda aplicación del Proceso atención enfermería, editorial Dogma Barcelona España 1989 Pág. 35.

El éxito de las intervenciones de enfermería, depende de la capacidad que tenga la enfermera de generar y escoger alternativas que muy probablemente sean eficaces, basándose en los conocimientos, habilidades o recursos que tenga el paciente. Permite a la enfermera aplicar principios científicos, desarrollar enfoques creativos para solucionar problemas y facilitar la administración de cuidados individualizados.²⁰

Se debe crear un ambiente de libertad y apertura, las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del paciente se clasifican como dependientes, interdependientes o independientes.

Intervenciones Dependientes. Se refieren a la ejecución de las órdenes médicas, como debe ejecutar la prescripción medica.

Intervenciones Interdependientes. Describen las actividades llevadas a cabo por la enfermera en cooperación con otros miembros del equipo de salud.

Intervenciones Independientes. Son actividades que puede realizar la enfermera sin necesidad de una orden médica, como diagnóstico de enfermería. Respuestas que las enfermeras están autorizadas a tratar una virtud de su formación y experiencia.

Consecuencia. Las intervenciones de enfermería no deben de entrar en conflicto con los enfoques terapéuticos del resto de los miembros del equipo de salud.

Cualquier diferencia de opiniones tendrá que resolverse para fomentar la consistencia en los cuidados.

²⁰ Alfaro Rosa linda Aplicación del Proceso Atención Enfermería. Editorial Doyma Barcelona España 1989 Pág. 35, 50.

Base Científica. Utilización de un fundamento científico que apoye las decisiones de la enfermera y constituya la base de la acción de enfermería, cada intervención debe apoyarse en principios científicos.

Individualización. Comunicar de que modo los cuidados del paciente difieren de los diagnósticos médicos y de enfermería, la enfermera desarrolla los cuidados, escoge un enfoque que se encargue de las necesidades físicas y emocionales específicas del paciente.²¹

De sus fuerzas y debilidades, identificar los valores del paciente y utilizarlos en la planificación de los cuidados.

Las fuerzas motivan la inteligencia, una familia unida, educación y recursos económicos

Provisión de un ambiente seguro y terapéutico. Satisfacción de las necesidades físicas y emocionales del paciente.

Desde el punto de vista humano relaciones afectuosas que influyen animo, esperanza, actividad y habilidades en lo que se refiere a la relación de ayuda en este sentido.

La persona cuidada forma parte importante de las responsabilidades de la enfermera, puede proporcionar intervenciones de educación en beneficio de la persona y su familia.²²

1.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Son estrategias específicas diseñadas para ayudar al paciente.

²¹ Ibidem Alfaro Rosa linda Pág. 50 75.

²² Ibidem Alfaro Rosalinda Pág. 75, 76.

Se basan en los factores relacionados identificados en la declaración del diagnóstico de enfermería, que define las actividades para eliminar los factores que contribuyen a las respuesta humanas.

El éxito de las intervenciones de enfermería, depende de la capacidad que tenga la enfermera de generar y escoger alternativas que muy probablemente sean eficaces, basándose en los conocimientos, habilidades o recursos que tenga el paciente. Permite a la enfermera aplicar principios científicos, desarrollar enfoques creativos para solucionar problemas y facilitar la administración de cuidados individualizados.²³

Se debe crear un ambiente de libertad y apertura, las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del paciente se clasifican como dependientes, interdependientes o independientes.

Intervenciones Dependientes. Se refieren a la ejecución de las órdenes médicas, como debe ejecutar la prescripción medica.

Intervenciones Interdependientes. Describen las actividades llevadas a cabo por la enfermera en cooperación con otros miembros del equipo de salud.

Intervenciones Independientes. Son actividades que puede realizar la enfermera sin necesidad de una orden médica, como diagnóstico de enfermería. Respuestas que las enfermeras están autorizadas a tratar una virtud de su formación y experiencia.

Consecuencia. Las intervenciones de enfermería no deben de entrar en conflicto con los enfoques terapéuticos del resto de los miembros del equipo de salud.

²³ Alfaro Rosa linda Aplicación del Proceso Atención Enfermería. Editorial Doyma Barcelona España 1989 Pág. 35, 50.

Cualquier diferencia de opiniones tendrá que resolverse para fomentar la consistencia en los cuidados.

Base Científica. Utilización de un fundamento científico que apoye las decisiones de la enfermera y constituya la base de la acción de enfermería, cada intervención debe apoyarse en principios científicos.

Individualización. Comunicar de que modo los cuidados del paciente difieren de los diagnósticos médicos y de enfermería, la enfermera desarrolla los cuidados, escoge un enfoque que se encargue de las necesidades físicas y emocionales específicas del paciente.²⁴

De sus fuerzas y debilidades, identificar los valores del paciente y utilizarlos en la planificación de los cuidados.

Las fuerzas motivan la inteligencia, una familia unida, educación y recursos económicos

Provisión de un ambiente seguro y terapéutico. Satisfacción de las necesidades físicas y emocionales del paciente.

Desde el punto de vista humano relaciones afectuosas que influyen animo, esperanza, actividad y habilidades en lo que se refiere a la relación de ayuda en este sentido.

La persona cuidada forma parte importante de las responsabilidades de la enfermera, puede proporcionar intervenciones de educación en beneficio de la persona y su familia.²⁵

²⁴ Ibidem Alfaro Rosa linda Pág. 50 75.

²⁵ Ibidem Alfaro Rosalinda Pág. 75, 76.

1.4 TRABAJO DE PARTO

El parto: Se define como el acto fisiológico de la mujer mediante el cual, el producto de la concepción ya viable, es desalojado del útero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el mundo exterior.

Parto eutócico o normal: Se define como aquel en el que intervienen los cuatro factores del trabajo de parto. Pelvis materna blanda y ósea, contracciones uterinas, feto y placenta interactúan en conveniente proporción y correspondencia que determinan la expulsión del producto de la concepción y sus anexos sin interferencia, accidente o complicación.

PRODROMOS DE TRABAJO DE PARTO. Precede en 1-2 semanas al franco trabajo de parto que consiste en que la paciente se siente más libre de la parte alta abdominal, respira mejor, tiene menos molestias gástricas, pero en contraste, presenta molestias en hipogastrio, dolor en el pubis, polaquiuria, etc. Que son ocasionadas por el descenso de la presentación, que antes estaba libre y ahora esta abocado e incluso puede estar encajada como se ve en las primigestas. Las contracciones uterinas que había presentado la mujer ahora son más frecuentes, ligeramente más intensas y sobre todo, empiezan a ser dolorosas, este dolor es para formar el segmento inferior dado por el estiramiento y el tiraje de las fibras longitudinales del útero, efectúan sobre las fibras circulares para jalar hacia arriba, estas contracciones siguen siendo irregulares en su presentación.

Esta etapa prodrómica tiene una duración variable, la paciente regulariza su contractilidad e inicia su trabajo de parto, siendo una transición gradual y progresiva en las características de las contracciones uterinas como en los cambios que ocurren en el segmento inferior y en el cuello uterino.²⁶

Se debe entender por parto, la expulsión de un feto viable por vías

²⁶ Cunningham F.G. McDonald. Williams Obstetricia Editorial Masón S.A. 4a. edición 1996. Pág. 240, 250,252.

naturales.

Cuando el trabajo de parto inicia, la mujer debe estar informada y conocer que se caracteriza por aparición de contracciones uterina rítmicas progresivamente intensas y dolorosas que implican dilatación del cuello

uterino expulsión del feto a través de la vagina y la vulva seguida de los anexos fetales.

El parto viene preparándose a partir de la segunda mitad del embarazo. Contracciones uterinas discretas y débiles que ocurren al final del embarazo, facilita la acomodación y orientación al final del embarazo facilita la acomodación y orientación de la presentación fetal al estrecho superior de la pelvis. Se acepta que el parto inicia cuando existe una actividad uterina rítmica progresiva dolorosa con un mínimo de 2 contracciones de mediana intensidad cada 10 minutos, un borramiento del 50 % y 2 cm. de dilatación.

1.4.1 MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO

CONCEPTO: Se refiere a las distintas adaptaciones y reajustes que debe experimentar el polo fetal que presenta, a los diferentes diámetros de la pelvis materna para poder salir al exterior.

Se sabe que sólo hay dos presentaciones.

- a).- Presentación cefálica
- b).- La presentación pélvica.

De estas dos variedades la presentación la más frecuente es la cefálica ya que representa el 95% de las presentaciones, es la que se describe a continuación. ²⁷

²⁷ Ibidem Williams Obstetricia Pág. 252, 354.

Cuando hablamos de presentación de vértice, nos referimos a la presentación cefálica más frecuente, en la cual la cabecita del feto se encuentra en flexión, es decir el mentón está en íntimo contacto con el tórax y el punto que se relaciona con otros diferentes puntos de la pelvis, es el occipucio (parte más sobre saliente del occipital).

1.4.2 ETAPAS DEL MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO

ENCAJAMIENTO: Es el movimiento mediante el cual la cabeza fetal penetra al estrecho superior de la pelvis la cabeza presenta un parietal ya sea posterior o anterior. Ocurren dos movimientos, la flexión y el asinclitismo.

Flexión: La cabeza y el mentón contacta con el tórax, la flexión tiene lugar durante el acomodamiento de la cabeza al estrecho superior de la pelvis.

La cabeza se encaja en el diámetro transversal, la sutura transversal de la cabeza del feto se combina con el diámetro transversal del estrecho superior de la pelvis.

Asinclitismo: Gracias a esta alteración la cabeza desciende, se encaja cuando la parte ósea más prominente de la presentación esta a nivel de las espinas ciáticas, por debajo del estrecho superior de la pelvis.

DESCENSO: Es indispensable para la expulsión del feto; se inicia con la rotación interna, seguida del encajamiento y expulsión completa del feto, si no hay elementos que se opongan al tránsito fisiológico.

Las causas probables que desencadenan este movimiento son: presión hidrostática intrauterina, la contracción uterina ejerce presión sobre el liquido amniótico que a su vez difunde dicha presión al feto, en todos los puntos y con distinta intensidad.²⁸

²⁸ Ibidem Williams Obstetricia Pág. 360,365, 370.

Presión directa del fondo uterino sobre las nalgas del feto, que a su vez transmite presión del tronco y la cabeza sobre el cuello uterino favoreciendo la dilatación. El periodo expulsivo es²⁹ debido a la presión ejercida por la prensa abdominal que se origina por los fenómenos del pujo.

Rotación Interna: Rotación de la cabeza sobre su eje vertical. El occipucio va cambiando de posición hasta que queda en occipito-púbico es decir gira a 90°, quedando la sutura sagital paralela al diámetro antero posterior de la pelvis. El movimiento se realiza cuando el polo cefálico hace contacto con el suelo pélvico. Los factores que facilitan esta rotación, están representados por: la acción de los músculos perineales, fundamentalmente el músculo del ano, del diámetro biciático que representa el estrecho de la meso-pelvis; de la forma incurvada del canal del parto y de la acción de los músculos de la nuca del feto.

EXTENSION O DEFLEXION: Llega la cabeza flexionada al suelo pélvico, tiene que realizar obligatoriamente un movimiento de extensión para poder salir de la vagina. El occipucio se pone en contacto con el borde inferior del pubis y por el meato vaginal aparece sucesivamente occipucio, sincipucio, bregma, frente, nariz, boca y mentón. Las contracciones uterinas impulsan al feto contra el piso perineal, que la cabeza distiende en forma importante y por esa diferencia la cabeza se flexiona.

Restitución o Rotación Externa: Al salir la cabeza del canal vaginal, ejecuta un movimiento llamado de restitución o rotación externa, dirigiendo el occipucio al músculo izquierdo.

La rotación del cuerpo fetal que tiene por objeto que el diámetro biacromial se ponga en relación con el diámetro antero posterior del estrecho superior de la pelvis, los mismos factores de la rotación interna

²⁹ Ibidem Williams Obstetricia Pág. 370,371,372.

propician este movimiento.³⁰

Expulsión: Después de la rotación externa, el hombro anterior se coloca en contacto con el borde inferior de la sínfisis del pubis; el hombro posterior distiende el periné y es el que sale primero, posteriormente se desliza el hombro anterior por debajo del pubis y nace en seguida el cuerpo, sale con gran rapidez realizando discreto movimiento de flexión

natural para la expulsión del diámetro bitrocantéreo y dar paso a la expulsión de los miembros inferiores.

1.4.3 PERIODOS CLINICOS DEL TRABAJO DE PARTO

PRIMER PERIODO (borramiento y dilatación). Este período inicia con los pródromos, con las modificaciones cervicales, que consisten en las modificaciones del cerviz hasta completar con su dilatación completa de 10 centímetros, la duración puede ser de 4 a 8 horas.

SEGUNDO PERIODO: (Periodo expulsivo). Inicia con la dilatación completa y termina con la expulsión del producto. En primigestas no debe exceder de dos horas y en múltiparas de 30 minutos.

TERCER PERIODO: (Periodo de alumbramiento). Este período inicia inmediatamente después de la expulsión del producto y termina con la expulsión de la placenta y sus anexos.³¹

Se debe examinar cuidadosamente la placenta, las membranas y el cordón umbilical, asegurándose de que están íntegros y no presenta anomalías.

El alumbramiento es un periodo crítico, donde las hemorragias

Puerperales, que son más probables, las hipotonías uterinas aun cuando se hayan administrado oxitócicos en forma descrita.

³⁰ Ibidem Williams Obstetricia Pág. 371.

³¹ Ibidem William Obstetricia. Pág. 372 373.

1.4.4 SIGNOS Y SINTOMAS QUE ACOMPAÑAN AL TRABAJO DE PARTO

Es frecuente que se presenten al inicio del trabajo de parto salida de moco sanguíneo, salida de sangre fresca en escasa cantidad, o bien de líquido amniótico, lo que se debe interpretar respectivamente, con expulsión del tapón mucoso, francas modificaciones cervicales en borramiento dilatación y ruptura de membranas ovulares.³²

Se registran otras modificaciones de tipo cervical en la paciente, cambios en la tensión arterial, que se leva de 5-10 mm. de mercurio en cada contracción, cambios en la frecuencia cardiaca que aumenta de 10-15 por minuto, cambios en la respiración, que aumenta y se hace jadeante entre contracción y contracción, también se aprecian fenómenos como sudación y nerviosismo.

En el momento del parto la prostaglandina aumenta la permeabilidad de la membrana celular que penetra a la célula.

La oxitocina se encuentra en concentraciones muy bajas y se incrementa en la primera fase del parto. Sus receptores son importantes para el desencadenamiento del parto.

La prostaglandina mantiene la actividad uterina durante las fases avanzadas.

El Reflejo de Ferguson se presenta por estimulación debida a la presión ejercida por la cabeza fetal sobre el cuello uterino, desencadenan un arco reflejo ascendiendo por la medula espinal, alcanza el hipotálamo y la hipófisis.

Factores Ovulares: El volumen de líquido amniótico del feto y de la

³² Ibidem Williams Obstetricia. Pág 350, 358.

placenta aumentan la distensión del miometrio. En las últimas semanas de gestación la cantidad de oxitocina y vasopresina se eliminan por la orina fetal que se diluye en el líquido amniótico.

Control de la Actividad Uterina durante el Parto: Consiste en una cuidadosa y frecuente exploración abdominal, la mano del explorador percibe el endurecimiento miometrial que acompaña a la contracción uterina.

El aumento de la fuerza muscular termina la formación de segmento inferior que se había iniciado al final del embarazo, produce acortamiento y borramiento del cuello uterino, así como modificaciones de la cabeza fetal y de la pelvis, descenso del feto por el canal del parto.

El segmento inferior delgado protege al feto del anillo óseo que forma la pelvis y corresponde a la porción ístmica del útero, que se va ampliando debido a las contracciones en el periodo de dilatación.

Desprendimiento y Expulsión de la Placenta: Este periodo inicia al salir el feto y termina al salir la placenta. Inicia últimas contracciones uterinas del alumbramiento, desprendimiento de la placenta a nivel de la decidua constituyéndose la cara materna.

1.5 EPISIOTOMIA

Incisión que se practica en el perineo para ampliar el canal del parto y facilitar la salida del feto previene desgarros y su reparación anatómica es muy fácil solo afrontamiento de los diferentes planos.

Debe practicarse en primigestas o multíparas con perineo resistentes o vulva estrecha.³³

TECNICA: Se practica con tijeras rectas, una rama se introduce entre la mucosa vaginal y la presentación, la otra se deja fuera sobre la piel de

acuerdo con la dirección del corte.³⁴

³³ Ibidem Williams Obstetricia Pág. 360.

³⁴ Ramírez Alonso. Obstetricia para la Enfermera Profesional, Editorial S.A de C.V. El manual Moderno

Episiotomía oblicua o media lateral: Puede ser derecha o izquierda, se mete la tijera en la horquilla, se corta oblicuamente y el corte va a un lado del esfínter anal con dirección hacia abajo y hacia fuera en dirección al isquion. Si el corte se prolonga, no hay problema, porque va a llegar a la fosa isquiorectal en donde no hay órganos delicados.

1.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA VIGILANCIA Y CONTROL DEL TRABAJO DE PARTO.³⁵

Es importante conocer los valores específicos, las costumbres y las practicas de las diferentes culturas durante la fase del trabajo de parto como lo es durante la fase prenatal del embarazo. Sin estos conocimientos será menos probable que la Enfermera comprenda la conducta de la usuaria, e incluso puede imponer sus valores y sus creencias personales. Al incrementar su sensibilidad cultural, ocurre lo mismo con la probabilidad de que ofrezca una asistencia de gran calidad. Una cultura asigna a menudo ciertas supersticiones, tabúes y creencias en cuanto a los espíritus que rodean a los acontecimientos importantes como el acontecimiento del nacimiento de un hijo. Esta actividad suele ser un mecanismo para afrontar la ansiedad.

Pudor: es un valor importante para las mujeres mexicanas. Algunas mujeres no están acostumbradas a los médicos y asistentes varones y prefieren médicos y asistentes del sexo femenino y algunas lo consideran de asunto de mujeres.

Función del padre en esta región tradicionalmente la partera y familiares del sexo femenino son las que atiende a la mujer que va a dar a luz, puesto que lo consideran "cosas de mujeres". Desde el punto de vista histórico, la partera y las mujeres brindan apoyo emocional a la mujer durante el nacimiento.

1ª Edición p 148-151.

³⁵ London Marcia, L. y Olds. Rally, B. Enfermería Materno Infantil un concepto integral familiar. Traducción Dr. Santiago Sapiña Renard 2ª Edición Editorial Interamericana S.A de C.V. México D.F. Pág. 531-534. .

En la actualidad algunas mujeres prefieren tener presente a su madre en vez del padre del niño. Es una consideración importante para las enfermeras la persona que participe en el nacimiento.

La sensibilidad de la enfermera ante sus diferentes valores aliviara la tensión innecesaria para la familia. Las enfermeras deberán percatarse que los padres efectúan a menudo las funciones definidas aunque no participen en el nacimiento.

Comodidad en general: Las medidas de comodidad son de importancia extrema en el trabajo de parto. Debe ayudarse a la paciente a adoptar cualquier posición que encuentre más cómoda. La más ventajosa para la mujer en trabajo de parto es la lateral izquierda. Podrán tener cuidado que se encuentren apoyadas todas las partes del cuerpo, con las articulaciones en flexión ligera, si la paciente encuentra más cómoda sobre el dorso, deberá elevarse la cabecera de la cama para aliviar la presión del útero sobre la vena cava. Contribuyen a su comodidad y relajación, las fricciones del dorso y los cambios frecuentes de posición.

La ropa de cama fresca suave y seca fomenta la comodidad de la mujer. Contribuyen a sus molestias la diaforesis y la fuga constante de líquido amniótico.

La paciente debe conservarse limpia y seca, principalmente la región perianal, para evitar las infecciones lo mismo que fomentar el bienestar.

La parturienta puede experimentar sequedad de las mucosas bucal y no suele permitirle tomar líquidos orales.³⁶

³⁶ Ibidem London Marcial. Y Olds Rally, B. Pàg 290-292.

Aunque puede estar recibiendo líquidos intravenosos puede aliviarse este malestar mediante una torunda o gasa húmeda o trocitos de hielo.

Al aliviar algunas de estas molestias menores, la mujer estará en mejores condiciones de emplear sus mecanismos de afrontamiento para el dolor.

Es importante brindarle información sobre la naturaleza del malestar que ocurrirá durante el trabajo de parto. Puede ser de utilidad insistir en la naturaleza intermitente y en la duración máxima de las contracciones.³⁷

Es mucho más fácil afrontar el dolor, si se facilita a la mujer estas

sensaciones como normales, si se le describe el tipo de malestar y las sensaciones específicas que sobrevendrán conforme progresa el trabajo de parto.

Si esta mujer espera estas sensaciones y se ha convencido de que pujar contribuirá en el progreso durante esta etapa, será más probable que escuche las instrucciones, y que haga los mejores esfuerzos por controlar esas reacciones.

Algunas mujeres experimentan la necesidad de pujar cuando el cuello no está totalmente dilatado y borrado. Esta sensación se puede controlar mediante la respiración suave, con la boca abierta, y deberán ofrecérsele instrucciones antes del momento en que requiera la última maniobra.

Disminuye la ansiedad si se le ofrece una información completa de los procedimientos y equipo que se está empleando, y por lo tanto disminuye el dolor. Debe explicarse la inserción del monitor fetal, los silbidos los chasquillos y los ruidos extraños del aparato, la enfermera debe insistir en que el empleo de este aparato brinda una manera más precisa para valorar el bienestar del feto durante la evolución del trabajo del parto.

³⁷ Ibidem London Marcial L. y Olds Rally, B. Pág. 492, 493.

Características físicas y psicológicas. Muchos de los cambios físicos y psicológicos que ocurren durante el trabajo de parto y el parto son normales y esperados, los resultados dependerán del sistema interno de la mujer y de las medidas de apoyo disponibles para la mujer, los cambios psicológicos consisten en manifestaciones de felicidad, amor ansiedad hostilidad, frustración y éxito. Al manifestarse esos cambios, deben identificarse y valorarse en cuanto a normalidad, porque a veces se observan desviaciones.³⁸

Sin embargo la enfermera deben explorar sus propios sentimientos sobre la vigilancia y brindar a las mujeres la oportunidad de hablar sobre sus sentimientos al respecto.

La enfermera influye sobre la modificación de actitudes y en la información que brindan a sus pacientes. Es importante que la enfermera satisfaga las necesidades físicas, emocionales y psicosocial de la mujer con preocupación por su feto. La enfermera no debe perder de vista las necesidades de la parturienta y no confiar demasiado en el monitor. El aparato sólo brinda información para que la enfermera valore el estado de la mujer y le brinde mejores cuidados. Aunque debe apreciarse la tecnología por la información que ofrecen, los monitores no cuidan a las pacientes, quienes las cuidan son las enfermeras.

Desde el punto de vista humano las relaciones afectuosas influyen ánimo y esperanza, actividad y habilidades en lo que se refiere a la relación de ayuda en este sentido.

La persona cuidada forma parte importante de las responsabilidades de la enfermera, puede proporcionar intervenciones de educación en beneficio de la persona y su familia.³⁹

³⁸ London Marcial L. y Olds Rally, B. Pág. 493, 503.

³⁹ Ibidem Marcial L. y Old Rally, B. Pág. 503, 504.

1.7 METODO ABREVIADO PARA LA PREPARACION AL PARTO⁴⁰

La respiración controlada: los patrones respiratorios durante las diferentes etapas del trabajo de parto, y la relajación neuromuscular se busca en todo momento que la mujer asuma una actitud dirigente y busque la victoria en el control de su cuerpo.

La respiración es una de las reacciones involuntarias de nuestro organismo regida por el sistema nervioso central autónomo o de la vida

vegetativa, jugar con la respiración pausada, incrementando su velocidad, profundizándola determinándola etc.

El trabajo de parto esta lleno de emociones y sensaciones que representa un gran esfuerzo, que modifica el ritmo y la profundidad de la respiración.

Respiración de limpieza: Respiración profunda se inhala el aire por la nariz y se exhala por la boca, se utiliza al inicio y al final de la contracción uterina. Sirve como señal que inicia la contracción, esta respiración limpia de todo resto de tensión física y nerviosa.

⁴⁰ Rubio Domínguez, Vázquez González y Ortega Gutiérrez. Cuaderno de temas seleccionados específicos de enfermería (Obstetricia I). Editorial ENEO Septiembre del 2002 México D.F. Pág. 135,136.

CAPÍTULO II VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

La guía de valoración física durante el parto brinda una estructura para la exploración de la mujer en trabajo de parto que efectúa la enfermera. Incluye valoraciones efectuadas inmediatamente después del ingreso. Las más importantes son los signos vitales, estado del trabajo de parto, estado del feto, datos de laboratorio y psicológicos. Estas valoraciones continuaron durante todo el proceso del trabajo del parto.

Presentación del caso

Estado de salud actual: inicia el día 2/03/03 a las 18 horas con dolores tipo obstétricos aumentando de intensidad por lo que acude a valoración ginecológica, sin complicaciones en aparatos y sistemas.

Ingresó paciente al servicio de la sala de expulsión en periodo expulsivo con los siguientes signos vitales:

Temperatura. 36.5 °C, Pulso. 100 por minuto, Frecuencia Respiratoria 26 por minuto, Presión arterial 110/60.

Paciente consciente, orientada, presenta palidez de piel y tegumentos, narinas permeables, sin complicación cardiopulmonar, vías aéreas permeables, deshidratación moderada de mucosas orales.

Gesta 4, 38 semanas de gestación por amenorrea

Abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo, dorso a la izquierda, situación longitudinal, presentación cefálica o de vértice, con frecuencia cardíaca de 152 por minuto. Al tacto vaginal se encuentra cerviz anterior, con 9 cm. de dilatación y 100% de borramiento.

La paciente se encuentra en estado de angustia y estrés, agotamiento relacionado por las contracciones y el evento obstétrico.

Mamas simétricas con pezón formado apto para la lactancia materna.

En la atención del parto se obtuvo producto único vivo, femenino, con peso de 3,400 Kg. Perímetro Cefálico: 34 cm. Perímetro Torácico: 36 cm: Perímetro Abdominal: 36; pie 7.5; talla 53 cm. Apgar 9/10.

DATOS DE IDENTIFICACION:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:	Escolaridad: Secundaria
NOMBRE: Celia Ramírez Salinas	Ocupación: Ama de casa
Domicilio: Conocido Coacoyul	Religión: Católica
Estado civil Casada	

Ingresa al servicio de Toco cirugía por presentar, dolor tipo obstétrico a las 18 horas, aumentando de intensidad por lo que acude a valoración ginecológica. Ingresa paciente al servicio de labor en periodo expulsivo, consciente orientada, con palidez de piel y tegumentos, sin complicación cardiopulmonar, vías aéreas permeables, deshidratación moderada de mucosas orales. Abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto vivo, dorso a la izquierda; situación longitudinal, presentación cefálica o de vértice, frecuencia cardiaca fetal de 152 por minuto. Al tacto vaginal se encuentra cerviz anterior con 9 cm. de dilatación y 100% de borramiento. Signos vitales: Temperatura. 36.5 °C, Pulso. 100 por minuto, Frecuencia. Respiratoria. 26 por minuto, Presión arterial 110/60.

La paciente se encuentra con expresión de angustia y estrés, agotamiento, piel húmeda y fría, necesidad de descanso y sueño relacionado por las contracciones uterinas y el evento obstétrico.

Se observan mamas simétricas con pezón formado, aptos para la

lactancia materna.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarca: 12 años

Ciclo menstrual: cada 28 días

Duración tres días

Método de control prenatal DIU

FUM: 10/05/02

Se a realizados papanicolau con resultados negativos, para tres aborto

cero, cesárea cero, período inter genésico de tres años llevo vigilancia Prenatal, un compañero sexual.

HABITOS HIGIENICO DIETETICOS

Baño total y diario cambio de ropa total, seguido de lavado de manos

Frecuentes y aseo bucal una vez al día.

ALIMENTACION

Carne 1/7, verduras 1/7, Fruta 2/7, Leguminosa 6/7, Pasta 3/7, Huevos: 4/7,

Leche: 2/7, Tortillas: 7/7, Pan:5/7.

PERFIL DEL PACIENTE AMBIENTE FISICO

Vivienda, construida de madera y techo de lamina de cartón, formada por divisiones una que funciona como recara, la otra como cocina, y comedor, no cuenta con buena ventilación e iluminación, vive en hacinamiento y promiscuidad, servicio sanitario letrina, servicio de agua Intra domiciliaría, no realiza ningún deporte por no tener tiempo, ya que es la única que se encarga de las labores domesticas y el cuidado de los hijos, duerme bien, considera que su familia esta bien integrada.

Niega toxicomanías, antecedentes quirúrgicos, transfusionales y alérgicos

negados. Sufrió enfermedades propias de la infancia, cuadro de vacunación completo, y cuenta con cartilla de la mujer .

(La valoración se realiza al ingreso del servicio de admisión y posterior después del parto.)

CAPÍTULO III. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Dolor pélvico relacionado con el trabajo de parto fisiológico que se manifiesta por gesticulación, tensión muscular y ansiedad.

OBJETIVO: Disminuir el dolor a través de la respiración controlada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Psicoprofilaxis respiración controlada y neuromuscular

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La respiración controlada reduce la tensión neuromuscular, la relajación alivia el dolor, interrumpe el proceso auditivo del dolor y la ansiedad.

La tensión muscular es una respuesta al dolor y la ansiedad, evita o disminuye que la corteza cerebral envíe señales para cerrar la entrada o la transmisión de impulsos dolorosos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Respiración de limpieza inhalar por la nariz y exhalar por la boca, se utiliza al inicio y al final de cada contracción.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Es una señal que la contracción a iniciado, se pretende relajar y concentrar. Haciendo hincapié de que al exhalar el aire, todos los músculos se relajan, es una respiración que libera la tensión física y nerviosa.⁴¹

⁴¹ Rubio Domínguez González Vázquez. Op cit.; Pag 135,136.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Vigilar la duración, la intensidad y tono de las contracciones uterinas.⁴²

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Se valora la frecuencia, la duración y la intensidad, colocando la mano en el fondo uterino, tomando en cuenta que son importantes las necesidades de la parturienta.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La vigilancia estrecha de la frecuencia cardíaca fetal nos proporciona el estado de salud del producto previniendo, con ello posibles complicaciones, al ser detectadas en el momento oportuno.

Los latidos cardiacos fetales deben tener una frecuencia entre 120-160 latidos por minutos de intensidad rítmica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Monitorización de signos vitales

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Valorar las condiciones de la paciente en el momento de la admisión.
Determinar los valores basales para comparación posterior, descubrir lo más pronto posible el estado de la persona.

Comunicar a los miembros del personal de salud toda observación relativa al bienestar del paciente.

⁴² American Nurse Association. Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Traducción María Teresa Luis Rodrigo. Ediciones Harcourt, S.A. Madrid España 2001-2002. Pág. 47.
Ibidem Alfaro Rosalinda Pág. 317.

EVALUACION

En esta etapa donde la parturienta tiene de 8-9 cm. de dilatación se concientizó de que asumiera la responsabilidad sola del éxito en el trabajo de parto y el control de las respiraciones para facilitar el evento del trabajo de parto.

Manifestó que siente más segura, y tiene más confianza pues ella ya tiene experiencia con dos partos anteriores.

A pesar de la poca información y experiencia que tiene en el método psicofiláctico coopera muy bien con el equipo de trabajo para llegar a la relajación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Trastorno en el intercambio gaseoso, relacionado por el evento de contracciones uterinas que se manifiesta con estrés inquietud y diaforesis.

OBJETIVO: Mantener un buen intercambio gaseoso.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Posición semifowler

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Esta posición le permite facilitar el intercambio gaseoso, además de que descansa sobre su espalda.⁴³

⁴³ Brunner, D. S. Suddart Manual de Enfermería Médico Quirúrgica. Vol.11 4ª Edición Interamericana México, Pág. 108.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Posición en decúbito lateral izquierdo

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Aumenta el riego sanguíneo placentario y el incremento de oxígeno hacia el feto, cuando la mujer se encuentra sobre el dorso el útero descansa sobre la vena cava y obstruye el retorno venoso desde las extremidades.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Comprobar que el humidificador este lleno hasta la marca indicada⁴⁴

FUNDAMENTO CIENTIFICO

El frasco del humidificador debe estar lo suficientemente lleno, para suministrar la humedad recomendada.⁴⁵

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Administrar concentraciones de oxígeno por puntas nasales a ritmo de 3 litros por minuto

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Los flujos mayores de 4 litros por minuto pueden conducir a deglución de aire y causar irritación de la mucosa nasal y faríngea, por puntas nasales.

⁴⁴ American Nurse Diagnósticos Asociación. Pág. 70.

Rubio Domínguez González y Ortega Gutiérrez Pág.129

⁴⁵ Brunner, D.S. Suddart Manual de Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. II 4ª Edición Interamericana México, 1988 Pág. 108

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Monitorización de la respiración materna.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Las contracciones uterinas reducen la capacidad de expansión de los alvéolos por ello se da la dificultad en el intercambio gaseoso entre la demanda y el aporte de oxígeno.

EVALUACION

Se logró mejorar el intercambio gaseoso conservando una frecuencia respiratoria, dentro de los límites normales después de cada contracción uterina no presenta signos de insuficiencia respiratoria y buena coloración.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Déficit del volumen de líquidos corporales, relacionado con las pérdidas transvaginales, y ayuno prolongado manifestado, por deshidratación de las mucosas orales.

OBJETIVO:

Mantener la hidratación de la paciente a razón de 500 ml. en una hora para lograr un equilibrio hídrico.⁴⁶

⁴⁶ American Nurse Diagnosis Association Pág. 187.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Administración de soluciones parenterales, glucosa 5% 500 ml. en una hora a infusión.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

El ser humano requiere de un equilibrio fisiológico homeostático, esto depende de la integridad funcional de las células, la estabilidad interna en cuanto a volumen, dicha homeostasis necesita de mecanismos para su conservación en el funcionamiento renal, hormonal y nervioso.

Los líquidos y electrolitos, tienen una gran importancia primordial en la vida del individuo. La infusión de líquidos electrolíticos y sustancias por vía intravenosa tiene la ventaja de una rápida absorción pues pasan de forma directa al líquido extracelular y los mecanismos homeostáticos corporales actúan rápidamente para impedir que el líquido introducido produzca cambios excesivos en el volumen y la concentración de electrolitos del líquido extracelular.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Humidificar mucosas orales con gasas húmedas⁴⁷

FUNDAMENTO CIENTIFICO

⁴⁷⁴⁷ American Nurse Diagnosis Association. Pág. 190.

.Rosales Barrera Susana Fundamentos de Enfermería. Editorial Manual Moderno S.A de C.V. 1999. 2 da Edición. México D.F. pág. 303-304.

La sed de boca, guarda relación frecuente con la sed, sólo se humidifica las mucosas orales, se alivia sólo que se ingiera pequeñas⁴⁸ cantidades de líquidos, incluso antes que se absorba en el sistema digestivo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Vigilar estado de las mucosas orales

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Se debe tener una estricta vigilancia en las pérdidas de líquidos, ya que esta restringida la ingesta de líquidos orales y se puede presentar un desequilibrio entre la demanda y el aporte de líquidos.

Se puede administrar vaselina si presenta grietas o proporcionar pedacitos de hielo si el Médico lo permite.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Vigilar las perdidas transvaginales

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Las pérdidas obligatorias son necesarias para conservar el funcionamiento corporal.

Requiere de un notable aumento del flujo sanguíneo uterino, las arterias y las venas dentro del útero, en especial hacia el lecho placentario aumentan notablemente de tamaño.

⁴⁸ Williams Obstetricia Pág. 428

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Vigilar estado de conciencia

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La vigilancia del estado de conciencia, así como la monitorización de los signos vitales nos reflejan, el estado de salud de la madre y del producto, la enfermera debe estar alerta a cualquier signo de alarma.

EVALUACION

Se corrige moderadamente la deshidratación, mucosas orales hidratadas por lo que se logra parcialmente el equilibrio hídrico.

Perdidas transvaginales normales.

La paciente siempre estuvo conciente y alerta, por lo que considero muy prioritario la vigilancia estrecha de su estado de conciencia.⁴⁹

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Fatiga relacionada con la inminente expulsión del producto y alumbramiento, manifestado por alteraciones sensoriales, disnea, cansancio y diaforesis profunda.

⁴⁹ Rosales Barrera Fundamentos de Enfermería. Editorial Manual Moderno año 1999 2ª Edición México D.F. Pág. 316.

OBJETIVO:

Mitigar la fatiga a través de la relajación física y mental.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Animar a la paciente a la inspiración forzada y dirigir el pujo hacia la parte abdominal.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Cuando la parturienta esta pujando, la enfermera debe permanecer con ella, ser muy generosa y decirle frases de apoyo y estimularla.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Indicarle que jadee cuando deje de pujar, colocando la cabeza hacia atrás

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Este momento del parto, es el trabajo físico intenso que requiere de mucho esfuerzo. Cada vez que la madre puja el producto desciende y sube ligeramente entre las contracciones.⁵⁰

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Jadeo ligero y rápido

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La parturienta aumenta los esfuerzos voluntarios al pujar. El lapso entre contracciones, es necesario para permitir que se restablezca el flujo de

⁵⁰ American Nurse Diagnosis Association Op. cit.; Pág. 98.
Doris C. Bethea Enfermería Materno infantil. Traducción Antonio Garst Thalheimer 4ª Edición
Editorial Interamericana México D.F. Pág. 206,207.

sangre placentaria, el intercambio de oxígeno y productos de desecho entre la circulación materna y fetal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Evitar los pujos prolongados que afecten la respiración.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Sostener prolongadamente la respiración podría ocasionar que la glotis se cerrara y aumentar así la presión intratorácica y cardiovascular. Con ello podría disminuir la perfusión de oxígeno a través de la placenta y resultar en hipoxia fetal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Promover en la paciente dos respiraciones profundas al comienzo y al final de cada contracción.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La inspiración debe ser profunda, cuando empieza la contracción retiene el aire, coloca las manos en las barandillas de la mesa de exploración y puja hasta que termine la contracción.⁵¹

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de lesiones vaginales con posibles desgarros de perineo y vagina relacionado con esfuerzos de expulsión y salida brusca del producto.

⁵¹ William Sherder Enfermería Materno Infantil. Tomo II Traducción Rosa María Rosas S. 3ª Edición Editorial Interamericana. Pág. 215,216.

OBJETIVO:

Facilitar la expulsión del producto a través de la atención del parto de manera gentil.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Colocar a la paciente en posición de litotomía

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Ventajas: Fomenta la conservación de la asepsia. La valoración de la frecuencia cardiaca, la ejecución y reparación de la episiotomía

Desventajas: Los estribos producen presión excesiva contra las piernas.

Algunas mujeres pueden sentirse forzadas para adoptar una posición vergonzosa.

Tensión de vagina y perineo al encontrarse en flexión los músculos pueden incrementar la necesidad de episiotomía.

La parturienta hace esfuerzos contra la gravedad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Realizar asepsia y antisepsia vulvo genital.⁵²

⁵² American Nurse Diagnosis Association. Pág. 186.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La asepsia requiere del cumplimiento escrupuloso de material quirúrgico estéril, precauciones estrictas para evitar infecciones durante el evento obstétrico y las medidas para proteger la episiotomía de infecciones.⁵³

Antisepsia es la lucha contra los microbios de las distintas infecciones presentes en un local, sobre una superficie externa de nuestro organismo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Colocación de campos estériles

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Preparar un procedimiento invasivo mediante el uso de material e instrumentos estériles. Crear y mantener campos estériles incluyendo la preparación de la piel y la colocación de compresas estériles.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Valoración del canal vaginal y perineo

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Se hace con la intención de prevenir el traumatismo excesivo de la cabeza fetal y de los tejidos blandos de la Madre.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Infiltración de xilocaina simple

⁵³ Ramírez Alonso Pág. 148-150..

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Los anestésicos locales, bloquean la conducción nerviosa donde realiza el procedimiento quirúrgico, que ayuda a ampliar el canal vaginal. Se infiltran 10 ml de xilocaina al 1% se debe tener cuidado que la aguja no este en vaso sanguíneo realizando una aspiración de prueba antes de inyectar el anestésico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Corte de episiotomía media lateral

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Amplia el canal del parto, facilita la salida del feto, acorta el periodo expulsivo, reduce el traumatismo fetal, se evitan las laceraciones y desgarros y se hace profilaxis de los problemas de estética genital.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Protección del perineo con compresas aplicando presión sobre la barbilla del feto a través del perineo materno y con la otra mano ejercer presión sobre el occipucio

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Con esta maniobra, permite la salida de la cabeza con lentitud bajo la sínfisis del pubis, con la cara deslizándose con éxito a través del perineo.⁵⁴

⁵⁴ Ramírez Alonso Pág. 348,351.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Realizar la restitución y rotación externa

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La cabeza ya esta afuera, el descenso se efectúa en izquierda anterior luego rota la cabeza hacia el pubis, sale al exterior una vez que esta afuera va a rotar 45 grados ambos movimientos hacia la izquierda en total 90 grados. Los 45 grados se llaman movimientos de restitución, los otros 45 grados se llaman movimientos de rotación externa.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Aspiración de secreciones de vías respiratorias, boca y nariz, del recién nacido.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Las vías aéreas permeables nos facilitan un aporte adecuado de oxígeno transportado por la sangre en las células de tejido nervioso se lesiona si no reciben oxígeno, tales lesiones son irreversibles.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Tracción suave para facilitar la salida de los hombros bajar la cabeza del producto para que el hombro anterior se enganche, elevar la cabeza para que salga el hombro posterior, enseguida se vuelve a descender para que salga el otro hombro. Extracción del resto del producto con maniobras suaves y lentas.⁵⁵

⁵⁵ Gordón B. Avery Neonatología, fisiología y manejo del Recién Nacido. 3ª Edición Editorial Panamericana, Impreso en el año 1991. México D.F.199.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La salida al mundo exterior constituye el viaje más trascendental que realiza el ser humano.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Mantener el producto en posición horizontal o levemente inclinada.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Tras la expulsión del producto y manteniéndolo en posición horizontal o leve mente inclinada, se interrumpe de inmediato la circulación feto placentaria ligando el cordón, puede pasar un promedio de 80 ml. De sangre de la placenta al neonato, un beneficio que se deriva del paso de sangre de la placenta, esto le proporciona unos 50 mg. De hierro, le reduce la incidencia de anemia ferropenica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Con la mano derecha llevar a cabo el pinzamiento y corte del cordón umbilical. Realizar el corte del cordón después de 5-10 minutos que el cordón dejen de latir.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Al cortar el cordón umbilical simboliza la separación de la madre y le otorga la independencia fisiológica, donde el empezara sus funciones vitales independientes.⁵⁶⁵⁷

⁵⁶ H, Masters William Jonson Virginia E. Educación Sexual. Editorial Grijalbo México D.F. Pág. 99,100.

⁵⁷ Brosnac Pedagogía y Psicología infantil. Editorial Cultural S.A de C.V. 3ª Edición Impreso en España en el año 1997. Pág. 62,70

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de posible hemorragia, por descompresión brusca del útero debida a la expulsión del producto, salida de la placenta y sus anexos.

OBJETIVO: Evitar hipotonía uterina y hemorragias.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Tracción uterina con movimientos suaves, técnica de Brandty Andrews.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Esta técnica se realiza sólo cuando se esta seguro de que la placenta está despegada del útero, que puede facilitar la salida de la placenta. Con la mano izquierda a través del abdomen, el operador trata de rechazar el fondo uterino, al mismo tiempo que con la derecha fracciona suavemente el cordón umbilical.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Verificar que los cotiledones de la placenta estén completos

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La placenta extraída debe revisarse cuidadosamente, tanto en la cara materna como en su cara fetal. Porque la retención de restos, cotiledones, membranas o ambos producen fenómenos hemorrágicos notables.⁵⁸⁵⁹

⁵⁸ American Nurse Diagnosis Association Pág. 158.

⁵⁹ Willims Obstetricia Pág. 498,490.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Administración de 10 unidades de oxitocina.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

la administración de oxitocina nos asegura una buena retracción uterina, con una buena contracción del útero formándose el globo de seguridad de Pinard, se obtendrá una hemostasia satisfactoria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Verificar que no existan laceración ni desgarro en el canal del parto.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

A pesar de las ventajas que proporciona una episiotomía media lateral, no se debe descartar la posibilidad que existan desgarros del músculo del suelo perineal

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Colocación de taponamiento

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La colocación de taponamiento sirve como hemostasia que facilita la reparación anatómica.⁶⁰

⁶⁰ Ramírez, Alonso Pág. 155.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Reparación de episiotomía por planos.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Alinear los bordes de la herida de manera anatómica con Vicryl o Catgut del 0 en la primera etapa se repara el epitelio vaginal con sutura continua. Segunda etapa: Afrontamiento de los músculos perineales con puntos separados. La tercera se aproxima con laxitud la piel perineal mediante puntos separados.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Dar masaje en miembros inferiores de la paciente.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Después de que ha sido reparada la episiotomía, se quitan las sabanas y se realiza aseo vulvar, se retiran de los estribos ambas piernas seguida de masajes, para favorecer la relajación muscular y la irrigación sanguínea.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Colocación de toalla sanitaria ⁶¹

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Se coloca la toalla sanitaria para evitar contaminación, teniendo cuidado de que no se contamine la episiotomía, realizando el cambio frecuente de la toalla cada vez que sea necesario.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

⁶¹ Ibidem Pág. 155,156.

Toma de signos vitales

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La toma frecuente de signos vitales tienen una gran importancia, para el diagnóstico de ciertas enfermedades y su modificación se utiliza para evaluar la evolución del paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Vigilancia estrecha del sangrado transvaginal.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Es importante la vigilancia estrecha transvaginal, porque el útero se sigue contrayendo, y los espacios de relajación se prolongan, puede presentar metrorragia, procedente de los gruesos vasos uterinos que quedan abiertos, además el útero esta muy vascularizado por el embarazo.^{62 63}

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de posibles complicaciones relacionadas por adaptación del neonato al medio exterior.

OBJETIVO:

Integrar al neonato con el mundo exterior.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Recibir al neonato

⁶² Ibidem Bárbara Kozier Pág. 317.

⁶³ Ibidem Rosales Barrera Pág. 438.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La preocupación por atender las necesidades fisiológicas del neonato ante su evidente fragilidad, hace que a veces los cuidados de tipo emotivo, que le son igualmente necesarios queden relegados a un segundo lugar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Colocar al neonato en calor radiante

FUNDAMENTO CIENTIFICO

El calor radiante seca de inmediato y entibia la superficie exterior. Funciona con mayor eficacia, sobre la superficie seca, los neonatos se conservan desnudos, para que el calor radiante les caliente la superficie cutánea.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Posición de trendelenburg en decúbito lateral.^{64 65}

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La posición de trendelenburg ayuda al drenaje del moco por gravedad, esta posición evita complicaciones en el neonato de bronco aspiración.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

⁶⁴ American Nurse Diagnosis Asociación. Pág. 203.

⁶⁵ Londón Marcia B. L. Olds Rally. Pág. 840, 850.

Aspiración de secreciones para mantener vías aéreas permeables

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Eliminar secreciones bronquiales, para mejorar la ventilación pulmonar y el intercambio gaseoso, evitando complicaciones posteriores al neonato.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Valoración de signos vitales

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Los signos vitales se valoran desde la atención prenatal, después del parto es importante que el neonato mantenga los signos vitales dentro de los límites normales, para mantener una mejor puntuación del Apgar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Valoración de apgar al recién nacido.⁶⁶

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Fue diseñado por la Dra. Virginia Apgar, la finalidad es valorar el estado físico del neonato, en el momento de nacer al minuto y se repite a los cinco minutos, posterior al nacimiento la valoración puede variar del 0 al 10.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Valoración del cordón umbilical

⁶⁶ Ibidem L. Loudón Pág. 842, 850.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

El cordón umbilical mide aproximadamente 50 cm. y un espesor de 1 a 1.5 cm. contiene dos arterias y una vena rodeada por la gelatina de Wharthon, que se adhiere íntimamente a la membrana amniótica que recubre toda la extensión del cordón que se implante en el ombligo del producto y la placenta.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Toma de muestra de tamiz neonatal.⁶⁷

FUNDAMENTO CIENTIFICO

El Tamiz neonatal: es un estudio útil para detectar enfermedades congénitas, que no se manifiestan en el nacimiento si no tardíamente.

En neonatos portadores de algunas enfermedades endocrinas o infecciosas, las cuales dejan secuelas neurológicas graves, tales enfermedades como (Fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito).^{68 69}

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Exploración física para detección de anomalías congénitas

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Es una exploración minuciosa que se realiza desde el cráneo hasta el pie, teniendo en cuenta que es muy importante la exploración neurológica, basadas en la observación en cuanto a movimientos espontáneos,

⁶⁷ L. Londón Marcia B. Olds Rally. Pág. 480.

⁶⁸ Ibidem.; Pág. 488

⁶⁹ Rubio Domínguez, González y Ortega Gutiérrez. Pág. 225.

posición, simetría, nivel de actividad reacción a estímulos y características del llanto.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Mantener la temperatura del recién nacido dentro de los límites normales

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La temperatura en un neonato se toma por vía rectal para verificar que el recto es permeable y cuantificar la temperatura.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Prevenir infecciones oculares

FUNDAMENTO CIENTIFICO

A causa de la posibilidad de infección de los ojos del Neonato durante el paso a través de la vagina de la madre.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Administrar Cloranfenicol oftálmico

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La administración de cloranfenicol oftálmico, como profilaxis ocular neonatal, se introdujo para evitar cegueras, debido a infección neonatal por Neisseria y gonorrhoeae, se ha eliminado en gran medida.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Prevenir hemorragias umbilicales.⁷⁰

FUNDAMENTO CIENTIFICO

En neonatos una carencia de vitamina K incrementa la probabilidad de enfermedad hemorrágica, fomenta la síntesis hepática de los factores de la coagulación y la hemorragia debido a la deficiencia de vitamina K.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Colocar Identificación al neonato y a la madre.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

Garantizar la identificación, por tal motivo se marca con bandas de brazaletes idénticos antes que se separe el neonato de la madre, uno en la muñeca de la mano y otro en el tobillo. Se toman huellas pedías del neonato y huella digital de la madre.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Apego inmediato dentro de la media hora después del nacimiento

FUNDAMENTO CIENTIFICO

La leche materna contiene todas las sustancias, que el neonato necesita, además le proporciona la oportunidad de mantener una primera relación física y afectiva con la madre.⁷¹

⁷⁰ L. Londón Marcia B. Olds Rally. Pág 523.

⁷⁰ Gordon B. Avery pág. 437, 437, 438.

⁷¹ Ibidem London Marcial B.L. Olds Rally pág. 840-845.

Norma Oficial Mexicana de la Lactancia Materna.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Facilitar los lazos afectivos, entre el neonato la madre y sus familiares.

FUNDAMENTO CIENTIFICO

El contacto físico con la madre y sus caricias son imprescindibles para el neonato, que por su mediación establece el primer contacto con el mundo exterior y empieza a formarse la imagen de su propio cuerpo.⁷²

⁷² Rubio Domínguez, González y Ortega Gutiérrez Pág. 184, 185.

CONCLUSIONES

El Proceso de Atención es una herramienta muy importante para la Enfermera, durante su desarrollo, del Proceso Atención Enfermería, hubo disponibilidad por parte de la institución.

Con varias deficiencias en el manejo del (PAE). Por la falta de habilidad y experiencia en el manejo del Proceso.

En este Hospital, no se manejan las técnicas de respiración, que deberían ser la base para el éxito del parto normal o de vértice, la relajación neuromuscular en las pacientes es muy favorable, favorece el éxito del trabajo de parto, así como mejor cooperación con el equipo de salud y, mejores condiciones físicas y psicológicas de la paciente y el neonato.

Se considera un tema de gran importancia en la salud reproductiva de tipo preventivo, la paciente debe estar preparada en todos los ámbitos físicos, psicológicos, espirituales, sociales etc.

El papel de la Enfermera es fundamental ya que durante el evento del trabajo de parto, se presentan muchos cambios emotivos. La enfermera tiene la obligación de satisfacer las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de la paciente.

Es de gran importancia la presencia de la enfermera en el evento más importante de la vida de la paciente, el nacimiento de su hijo, ya que la mayoría de las mujeres lo consideran un evento de mujeres desde el punto de vista histórico.

En la antigüedad las parteras y las mujeres brindaban apoyo emocional a la mujer durante el nacimiento de sus hijos.

El plan de cuidados se realiza en un período de 3 horas la paciente permaneció en el servicio de expulsión, posteriormente continua para su recuperación, cuidados del puerperio y cuidados mediatos del neonato en el servicio de alojamiento conjunto.

Posteriormente la visite en el servicio de alojamiento conjunto y en el momento de su alta para darle algunas recomendaciones que tenia que continuar en casa.

La paciente se veía muy feliz y satisfecha por la atención después del parto y cooperadora con el equipo interdisciplinario.

La reanudación a su vida normal en poco tiempo después del parto, depende no sólo del estado físico sino también del emocional y por la satisfacción de la mujer al ver culminado sus esfuerzos para lo que fue diseñado su organismo en el aspecto reproductivo.

De los objetivos planteados sólo uno no se llevo a cabo, porque en esta institución no se aplica el método psicoprofiláctico desde el control prenatal, por lo que para ella era algo desconocido, pero tenía la disponibilidad de ayudar con el equipo interdisciplinario.

Finalmente considero que en los centros hospitalarios se den a conocer los métodos para realizar Procesos de Atención de Enfermería, que se han quedado en el olvido de muchas enfermeras.

SUGERENCIAS

La mujer debe estar preparada para cuando se presente el momento del trabajo de parto, las técnicas de respiración es fundamental para que sea un trabajo de parto exitoso.

La enfermera tiene la obligación de dar consejería, en cuanto a los aspectos de los cuidados que tendrá la paciente con su neonato, los cambios físicos, psicológicos del puerperio inmediato, mediato y tardío.

Que el personal de enfermería se prepare mediante cursos adecuados en el aspecto, teórico práctico y psicológico, la participación de enfermería en la atención prenatal y de trabajo de parto que son de gran importancia.

En los programas de atención prenatal se instituyan consejería permanente en cuanto a técnicas de respiración.

Que el personal que atiende a las embarazadas de control prenatal, sean las egresadas de LEO. Para ofrecer mejor calidad de asistencia y cuidado mejorando su atención, con la obligación de aportar nuestros conocimientos y calidad profesional, consiguiendo que el proceso reproductivo se de en mejores condiciones.

El Proceso Atención Enfermería es el arma principal para la Enfermera donde se plantean cuidados, con principios científicos, donde la enfermera emite juicios y no sólo como colaboradora del Médico o el equipo interdisciplinario. Sino como una disciplina independiente, donde ella trata al individuo en los aspectos psicológicos, biológicos, sociales, culturales, religiosos etc. Y no sólo como una persona con signos y síntomas.

Las Enfermeras debemos de utilizar el Proceso Atención Enfermería de manera sistemática y estructurada en sus etapas y con bases en el método científico, adaptándolo a los continuos cambios de acuerdo al estado emocional de la persona.

Como profesionales de la salud tenemos el compromiso de actualizar permanentemente nuestros conocimientos, que serán un hilo conductor importante en el ejercicio de nuestra profesión, donde además se muestran nuestros valores, vinculados a la responsabilidad frente a los cuidados ofrecidos, debemos tener muy en cuenta que los cuidados de enfermería desempeñan un papel de primer orden.

Todas las Enfermeras debemos llevar a cabo el Proceso de Atención de Enfermería para satisfacer las necesidades de nuestra comunidad y del turismo que nos visita, la interacción con otras personas de otros estados, nos exige actualizarnos para mejorar el cuidado de Enfermería, la efectividad de nuestros cuidados dependerá de nuestra vigencia en el conocimiento, las habilidades y destrezas que tengamos para manejarlos.

VALORACIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

1. DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre _____ Domicilio _____
Sexo_ _____
Nacionalidad; _____
Escolaridad: _____
Ocupación: _____ Fecha de nacimiento: _____
Estado civil _____
Religión: _____ Familiar responsable: _____
Grupo sanguíneo: _____
Talla: _____
Peso _____

2. PERFIL DEL PACIENTE

AMBIENTE FÍSICO

Propia _____ Rentada _____ Prestada _____
habitaciones: _____

Tipo de construcción _____

SERVICIOS SANITARIOS:

Agua intra domiciliaría _____ Hidrate público _____ Otros _____

ELIMINACIÓN DE DESECHOS:

Control de basura: _____

Drenaje: _____ Fosa séptica _____

Letrina _____

OTROS: _____

VIAS DE COMUNICACIÓN

Pavimentación	Colectivos	Teléfono
Carreteras	Metro	Camiones
Taxi	Carro particular	

RECURSOS SOBRE LA SALUD:

Centro de salud	IMSS	ISSSTE	Consultorio particular
Otro			

HÁBITOS HIGIÉNICO – DIETÉTICOS:

ASEO.

Baño: (tipo y frecuencia)
De manos: (Frecuencia Bucal)
Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia)
ALIMENTACIÓN.

Carne	Huevos:
Verduras:	Leche
Frutas:	Tortillas:
Leguminosas:	Pan:
Pastas:	Agua: _____ lts X día o vaso al día:

ELIMINACIÓN:

Horario y característica:

Intestinal:

Vesical:

Descanso:

(tipo y frecuencia

Sueño (Horario y característica) _

Diversión y/o deportes.

Trabajo y/o estudio:

OTROS:- _____

COMPOSICIÓN FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	Ocupación	PARTICIPACIÓN ECONÓMICA
------------	------	-----------	-------------------------

DINÁMICA FAMILIAR:

DINÁMICA SOCIAL:

COMPORTAMIENTO: (conducta cotidiana):

Agresivo Tranquilo Indiferente Alegre

Cooperador

3.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICO

Vacunación incompleta.

Grupo y Rh:

Tabaquismo Toxicomanías negadas,

Alcoholismo

Fármaco dependencia

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Diabetes.

Epilepsia.

HTA.

Cardiopatía.

Neuropatía.

Enf. Infecto-contagiosas.

Toxoplasmosis.

Antecedentes quirúrgicos.

Tipo: _____

Antecedentes transfusionales.

Antecedentes traumáticos.

Otros

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

Sífilis.

S. I. D. A.

Malformaciones congénitas.

Consanguinidad.

Retraso mental.

Trastornos psiquiátricos.

Diabetes.

Neoplasias.

Cardiopatía.

Neuropatía.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS
CARDIO-RESPIRATORIO.

Palpitaciones.

Lipotimias

Disnea

Acufenos

Dolor torácico

edema

Fosfenos

Ruidos cardiacos

Cianosis

Tos

Disfonías

Expectoración:

Observaciones:

DIGESTIVO

Apetito normal. Diarrea	Vomito	Meteorismo
Disminución de apetito Hematemesis Pirosis Melena	Nauseas Dolor abdominal	Distensión Ruidos peristal- ticos (aumentados)
Prurito anal		
Disfagia Pujo y tenesmo	Regurgitaciones	Constipación

Observaciones:

GENITOURINARIO.

Dolor Patología mamaria	Piuria	Dismenorrea
NO		SI
Tipo: _____ Disuria	Poliuria	Prurito
Tenesmo NO	Disuria	Leucorrea SI
Hematuria	Escorrimento uretral	Características Glándulas Mamarias:

Observaciones:

NERVIOSO

Cefalea	Aislamiento	Inconciencia
Miosis		
Temblores	Insomnio	Aniso Coria
Depresión	Falta de memoria	Midriasis
Ansiedad		
Miosis		
Babinski		

Observaciones: _____

MUSCULO-ESQUELETICO

Deformidades: óseas, articulares.	Crepitación	Aumento
Hipertricosis		De peso
Y musculares	SI NO	
Ga la ctoorea	Hipertiroidismo	
Tipo: _____		
Mialgias	Polidipsia	Sudoración
Hipotiroidismo		
Artralgias	Polifagia	Diabetes
Varices	Pérdida de peso	

Observaciones: _____

PIEL Y ANEXOS

ÓRGANOS DE LOS
SENTIDOS

Pigmentación
Conjuntivitis

Heridas

Otorrea

Dermatosis
epistaxis

Edema

Hipoacusia

Acne

Turgencia

Dolor

Alergia Prurito
Trastornos del Olfato

Observaciones:

Comprensión y/o comentario de su problema o Padecimiento

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Menarca: Telarca: _ Pubarca:

Ciclos: _

Duración:

Dismenorreica

Incapacitante _____

Método de control prenatal:

Tipo: FUR:

Periodo de utilización:

Papanicolaou _____

Fecha: _____ Resultados: _____

Gestas:

Paras:

Abortos: _____

Cesáreas: __

Periodo ínter genésico: _____

Vigilancia prenatal:

No De compañeros sexuales

Evolución del embarazo

Complicaciones

Embarazo previos

Embarazos ectópicos

Embarazos molares

Preeclampsia

Parto prematuro

Malformaciones del Producto
Muerte neonatal

Óbito

Infecciones de vías Urinaria

Infecciones generales

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso antes del embarazo:

Peso actual

Sobre peso de: _____ Kgs.

Estatura: Pulso Tensión Arterial:

Temperatura:

Respiración:

Inspección.

ASPECTO FÍSICO:

PALPACIÓN:

GLOSARIO

ANSIEDAD: Estado de sensación de aprensión, agitación incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro.

ANALGESICO: Medicamento que mitiga el dolor.

AOSCULTACIÓN: Método en el cual se utiliza un estetoscopio para aumentar la audición. Escuchar sonidos interiores del cuerpo.

AMNIOTICO: Líquido producido por las membranas fetales y el feto. Que rodea al feto durante el embarazo y su volumen a término es de aproximadamente de 1,000 ml. Además de proteger físicamente al feto, constituye un medio donde se produce un intercambio activo de sustancias químicas.

BORRAMIENTO CERVICAL: Acortamiento de la porción vaginal del cerviz y adelgazamiento de sus paredes, con forme es extendida y dilatada por el feto durante el parto. Cuando el cerviz se encuentra borrado por completo. El cuello del útero desaparece y el cerviz se continúa con el segmento uterino inferior. La cuantifica el borramiento, determinada por tacto vaginal, se expresa como porcentaje del borramiento total.

CERVICALES: Canal del cuello uterino que llega ala vagina es una vía de paso a través del cual se elimina el flujo menstrual y una vez dilatado totalmente y borrado por la acción del trabajo de parto, permite la salida del feto por vía vaginal.

CÉRVIX: Parte del útero que corresponde a la cavidad vaginal se divide en una porción supravaginal y otra vaginal.

CONTRACCIONES: Estrechamiento rítmico de la porción superior del útero que comienza siendo muy débil y va haciendo progresivamente más

vigoroso, al final del parto las contracciones son mas fuertes, que empujan al feto y lo hacen progresar por el canal del parto.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y la comunidad o problema de salud, procesos vitales, reales o potenciales.

DEFLEXION: Llega la cabeza flexionada al suelo pélvico tiene que realizar obligatoriamente un movimiento de extensión para poder salir ala vagina.

DESCENSO. Es importante para la expulsión del feto, se inicia desde el encajamiento y expulsión completa del feto, si no hay elementos que se opongan al transito fisiológico. Sus causas son presión hidrostáticas intrauterina, la contracción uterina ejerce presión sobre el líquido amniótico que difunde dicha presión al feto, en todos los puntos y con distinta intensidad.

DISMENORREA: Menstruación dolorosa, cuando el dolor se debe a factores intrínsecos del útero y del proceso de la menstruación, se produce al menos ocasionalmente, en casi todas las mujeres, si el episodio mes breve y poco intenso, se considera funcional y no requiere tratamiento.

DOLOR: Estado en que una persona experimenta o informa molestias graves o una sensación desagradable.

DOLOR PELVICO: Dolor localizado en la pelvis. El carácter del y forma de aparición del dolor pélvico y los factores que lo alivian o agravan resultan importantes para establecer el diagnostico.

ENCAJAMIENTO: Es el movimiento mediante el cual la cabeza fetal penetra al estrecho superior de la pelvis la cabeza fetal un parietal ya sea posterior o anterior.

EJECUCION: Es la puesta en marcha del plan de cuidados, una acción autónoma basada en el razonamiento científico.

ENFERMERIA: Diagnóstico y tratamiento de las respuestas del individuo o problema actuales y potenciales de salud, en combinación con los estándares ANA sobre la práctica. |

ENTREVISTA: Es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de la salud.

EVALUACION: Es la última etapa del proceso de enfermería que permite conocer los resultados del plan de intervención de enfermería y el logro de los objetivos en relación con la satisfacción de las necesidades y el estado de salud de las personas.

EPISIOTOMIA: Intervención quirúrgica necesaria en los partos, que consiste en practicar una incisión en el perineo para aumentar la apertura vaginal y permitir así la salida del feto. Para evitar el desgarro perineal.

EQUILIBRIO HIDRICO: Es la estabilidad fisiológica homeostática que depende de la estabilidad funcional de las células, que necesita de mecanismos para la conservación en el funcionamiento renal, hormonal y nervioso.

FACTORES OVULARES: Contribuyen a aumentar la distensión del miometrio y por tanto su excitabilidad.

FERGUSON: Estimulación del cuello uterino y de la parte superior de la vejiga o presencia ejercida por la cabeza fetal sobre el cuello uterino. Desencadenan el arco reflejo que ascendiendo por la medula espinal, alcanza el hipotálamo y la hipófisis posterior, secretando oxitocina. Es el responsable de incremento de oxitocina.

FLEXION: Tiene lugar en la acomodación de la cabeza al estrecho superior de la pelvis se inicia solamente en una actitud de ligera flexión, la cual progresa durante el descenso y rotación intrapelvica, y se completa la pasar por las espinas ciáticas.

HISTORIA CLINICA: Recogida de datos a través del paciente u otras fuentes con respecto a su estado físico, psicológico social, cultural y espiritual. Constituye la base de la información para planificar los diagnósticos y cuidados de enfermería.

HIDROSTATICA: Relativo al equilibrio de líquidos y determinar el equilibrio hidroelectrolítico.

JADEAR: Respiración lenta y rápida por diferentes causas.

LITOTOMIA: Posición en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas y los músculos en abducción rotación externa.

MENARCA: Primera menstruación, que marca el comienzo del ciclo menstrual suele producirse entre 9 – 14 años de edad.

NEONATO: Es el niño recién nacido hasta la cuarta semana después del nacimiento.

NEUROMUSCULAR: Relativo a nervios y músculos.

OXITOCINA: Similar a la hormona oxiatocina. Medicamento que estimula la contracción del músculo liso del útero, controla la hemorragia posparto, corrige la atonia uterina.

PALPACION: Técnica utilizada en al exploración física, en la que el explorador palpala textura, tamaño, consistencia y localización de ciertas partes del organismo con las manos. Serie de palpaciones abdominales utilizada con el nombre de maniobras de Leopold.

PERINEO: Diafragma músculo aponeurótico de forma romboidea, situado en el extremo inferior del tronco entre los glúteos y los músculos, limita por delante con la sínfisis del pubis, a los lados por las tuberosidades isquiáticas y por detrás del cóccix.

PLAN DE CUIDADOS: Es un método de comunicación y de información sobre el paciente.

PLANEACIÓN: Es el proceso de diseñar las acciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud que se han identificados, establece prioridades como: fijar objetivos, planear estrategias, redactar las órdenes de enfermería y registrar el plan de cuidados.

PARTURIENTA: Mujer que esta en trabajo de parto o que ha parido.

PLACENTA: Órgano fetal vascularizado a través del cual el feto absorbe oxígeno, nutrientes y otras sustancias y excreta dióxido de carbono y productos de desecho, comienza a formarse al octavo día de gestación.

POLAQUIURIA: Trastorno caracterizado por una frecuencia miccional elevada.

PRESENTACIÓN: Son las distintas posiciones intrauterinas del feto tomando su nombre de la parte del mismo que se dirige hacia el canal del parto.

PRESENTACIÓN CEFALICA O DE VERTICE: Se refiere a la presentación cefálica y es más frecuente. La cabeza del feto se encuentra en flexión, el mentón esta en íntimo contacto con el tórax, el punto se relaciona con otros diferentes puntos de la pelvis, en el occipucio.

PROCESO ATENCION ENFERMERIA: Es un sistema de planeación en la ejecución de los cuidados de enfermería basado en el método científico.

BIBLIOGRAFIA

- Alfaro, Rosa linda: Aplicación del Proceso Atención Enfermería. Edit. Doyma Barcelona, España, 1989 pp.350.
- American Nurse Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Traducción Ma. Teresa Luis Rodrigo. Ediciones Harcourt, S.A. Madrid España 2001-2002. pp 265.
- Bernal López y Téllez Ortiz. Teorías y modelos para la atención de Enfermería.
Edit. Taller de la ENEO. México D.F. 2003.pp. 335.
- Fernández Ferrin, C. y Novel Mati, G. Proceso Atención Enfermería. Estudio de casos. Editorial Masson-Salvat. Barcelona, 1995.
- Gallardo Valencia y Aranda Flores. Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología.
- Kosier, Bárbara. Enfermería fundamental, conceptos, procesos y prácticas. 2a. Edición. Editorial Interamericana. México, 1989 pp 1182
- London Marcia L. Olds Rally, B. Enfermería Materno Infantil. Un concepto integral familiar. Traducción Dr. Santiago Sapiña Renard 2ª edición. Editorial Interamericana S.A. de C.V. México D.F. pp. 1285.
- Marriner, Ann. Proceso Atención Enfermería con un enfoque científico. Traducción 2º edición Dr. Alfonso Téllez Vallejo. Editorial Manual Moderno, México D.F. 1990.
- Masters, William H. y Johnson, Virginia E. Educación Sexual. Editorial Grijalbo México D.F. pp. 200.
- Murray, Ellen Ph., R.N. Proceso Atención Enfermería. Traducción Lic. Roberto Palacios Martínez. Edit. Interamericana 5ª. Edición México D.F pp. 225
- Phaneuf, Margot ph. La planificación de los cuidados enfermeros. Traducción: Rosalía Moro Domingo. Pp. 290.
- Ramírez Alonso, F. Obstetricia para la enfermera profesional. El manual Moderno, México D.F. 2002. pp. 550.
- Rosales Barrera, Susana. Fundamentos de Enfermería. 2ª Edición. Editorial Manual Moderno. México D.F. 1999 pp. 355.
- Rubio Domínguez, González Vázquez y Ortega Gutiérrez. Cuaderno de temas seleccionados específicos de Enfermería. (Obstetricia 1). Edit. ENEO Septiembre del 2002 México D.F.
- Sagarra, Jordi. Diccionario de Medicina Mosby. Editorial Océano México D.F. 1995 pp. 1437.