

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
“FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA”



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESIS

Proceso de Enfermería Realizado a una Paciente en Etapa de Embarazo

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

MONJARAZ GUTIERREZ LILIANA TERESA

DIRECTOR DE TESIS:

MTRA. ENF. GRANADOS ESCAMILLA ROSA CLARA

PROFESORA UNIVERISDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Méx DF, Enero, 2011



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

Definitivamente, Dios, mi Señor, mi Guía, mi Proveedor, mi Fin Ultimo; sabes lo esencial que has sido en mi posición firme de alcanzar esta meta, esta alegría, que si pudiera hacerla material, la hiciera para entregártela, pero a través de esta meta, podré siempre de tu mano alcanzar otras que espero sean para tu Gloria.

Al director de esta tesis, Mtra, Rosa Clara Granados Escamilla, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por impulsarme a seguir a delante a pesar de las circunstancias, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas. Gracias por la confianza ofrecida desde el momento de elegirla como mi asesora.

Un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales.

Gracias a mi padre Ignacio Monjaraz, a mi madre Susana Gutierrez y a mis hermanas Rosa y Paty, por darme la estabilidad emocional, económica, sentimental; para poder llegar hasta este logro, que definitivamente no hubiese podido ser realidad sin ustedes. Siempre serán siempre mi inspiración para alcanzar mis metas, por enseñarme que todo se aprende y que todo esfuerzo es al final recompensa. GRACIAS por darme la posibilidad de que de mi boca salga esa palabra...FAMILIA LOS AMO.

A los que nunca dudaron que tendría este logro, mis amigos, que siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión, especialmente a Anabel Herrera, Ezequiel Viruel, Sarahí Larios y Paulina López, por que cuando estuve abajo ustedes siempre me hicieron ver que los obstáculos son para superarlos y que la risa es la mejor medicina.

A mi jefe durante el servicio social Miriam Vázquez Villanueva, que siempre estuvo al pendiente de los avances de este trabajo y me brindo apoyo y consejo para que seguir adelante y no desistir.

Agradezco profundamente a mis profesores, hombres y mujeres que entregan su conocimiento con el único afán de que seamos futuros profesionistas, llenos de pensamientos e ideas nuevas e innovadoras que hagan crecer nuestra profesión.

Y a todas las personas que no he nombrado pero que sin embargo aportaron grandes e importantes detalles a mi vida durante este tiempo, y que me han hecho crecer como persona...gracias.

Tabla de Contenido

PAGINA

Introducción.....	6
Marco Teórico.....	8
❖ <i>CAPITULO I PROCESO DE ENFERMERÍA</i>	27
❖ <i>CAPITULO II EMBARAZO</i>	
CAPITULO III DESARROLLO DEL PROCESO ENFERMERO	38
Valoración.....	38
❖ <i>CEDULA DE VALORACIÓN</i>	55
❖ <i>EXPLORACIÓN FÍSICA</i>	
Diagnósticos.....	57
Planeación y Ejecución.....	58
Evaluación.....	73
Conclusiones.....	76
Sugerencias.....	78
Glosario de Términos.....	79
Referencia Bibliográfica.....	81
Anexos.....	83

Objetivo General

Elaborar un proceso de enfermería, para identificar las respuestas humanas de una mujer en la etapa de embarazo, y realizar acciones de promoción a la salud.

Objetivos Específicos

- Valorar a una mujer en la etapa de embarazo
- Identificar y jerarquizar los problemas.
- Elaborar diagnósticos de enfermería.
- Planificar teniendo en cuenta las necesidades y/o problemas identificados en el paciente.
- Ejecutar acciones de enfermería, acorde a los diagnósticos detectados, teniendo en cuenta su priorización.
- Evaluar con base a los resultados esperados.

Introducción

El Proceso de Enfermería se puede definir como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Promoviendo un cuidado humanístico, centrado en unos objetivos (resultados) eficaces. Impulsando a las/os enfermas/os a examinar continuamente lo que hacen y plantearse cómo pueden mejorarlo.

El presente Proceso Enfermero se realizó a la paciente H.Q.M de 29 años de edad en la etapa de embarazo para identificar las respuestas humanas alteradas y realizar acciones de promoción a la salud.

El ejercicio profesional de la enfermería ha alcanzado una filosofía de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana, sustento que le da significado a su práctica, misma que contribuye para que el hombre obtenga bienestar en todos los aspectos durante su ciclo de vida.

La práctica de enfermería está dirigida a proporcionar cuidados al paciente de acuerdo a sus necesidades humanas, en cualquier ámbito donde se encuentre tomando en cuenta los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual. Su esencia es el cuidado del hombre de forma holística, en todas sus dimensiones, por lo que se requiere aplicar un método sistemático que permita valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar sus intervenciones en los pacientes con el fin de conservar y recuperar la salud.

El marco teórico del presente trabajo está constituido por dos capítulos; en el primero se hace referencia a los antecedentes del Proceso de Enfermería; en donde se menciona la importancia y ventajas que ofrece, así como las etapas por las que está constituido, tomando como base principal la literatura de Rosalinda Alfaro, para la elaboración de este Proceso de enfermería. En el segundo capítulo se mencionan los cambios anátomo-fisiológico y psicológicos normales por los que pasa una mujer en etapa de embarazo.

En el desarrollo del proceso, en la etapa de valoración se utiliza una cédula basada en las respuestas humanas y se realiza una exploración céfalo-caudal.

Después, se procedió al análisis y priorización de diagnósticos para posteriormente proceder a la elaboración de planes de cuidados, y en la ejecución se realizan intervenciones de promoción a la salud.

En la etapa de evaluación se tomaron en consideración los resultados esperados, estos fueron relevantes, ya que existieron modificaciones en el estilo de vida del paciente, después de las intervenciones realizadas.

Marco Teórico

CAPÍTULO I

1. Antecedentes Históricos del Proceso de Enfermería

La enfermería como disciplina es un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud de los seres humanos de una forma unitaria y procesada, enfocándolo desde el aspecto de las respuestas humanas hacia los problemas reales o potenciales de la salud.¹

La historia del Proceso de Enfermería puede dividirse en dos fases principales, la fase de iniciación y la fase de identificación y análisis, durante la fase de iniciación que comprende los años entre 1850-1950, las enfermeras empezaron a hacer sus primeros esfuerzos para estructurar el proceso de impartición de unos cuidados de enfermería con calidad, desde 1955 hasta nuestros días la fase de identificación y análisis representa la tentativa hecha de identificar y analizar el proceso de enfermería por medio de una división de diferentes etapas o componentes.

Fase de Iniciación del Proceso de Enfermería

Desde el inicio de la práctica de enfermería, las enfermeras se han ocupado del proceso de identificar problemas relacionados con la salud y de iniciar los cuidados para resolverlos. El primer intento de sistematización de la noción de cuidado se ubica en el Siglo XIX, con el trabajo de Florence Nightingale. Notas sobre Enfermería, donde se refiere a las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos. Para Nightingale “cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”.²

Durante las primeras décadas de 1900, los líderes de enfermería fueron incorporando a la profesión los métodos de investigación usados por los pioneros de otros campos de la ciencia y de la educación en general. Uno de éstos métodos, el de resolver problemas, fue utilizado por enfermeras a través de un acercamiento al estudio del caso, el caso estudiado, descrito por Deborah Mac Lurg Jensen, en el libro de consulta de enfermería para estudiantes (1829) se empezó en Yale University School of Nursing y era el principal propósito por el que se formaban a los estudiantes en una enfermería de salud pública. Los estudiantes incluían un análisis de las causas por las que el paciente ingresaba en un centro hospitalario, qué hacía tras su hospitalización y cómo podría ayudarle la enfermera (Henderson, 1973), estas preguntas empiezan a configurar lo que hoy en día son tres componentes del proceso de enfermería: Valoración, plan de cuidados e intervenciones.

Fase de identificación y análisis del Proceso de Enfermería

No fue hasta 1955 cuando Lydia Hall describió formalmente la enfermería como un proceso. Gracias a las afirmaciones hechas por Hall, las enfermeras comenzaron a analizar con ímpetu el proceso y a dividirlo en partes, aunque tal división es algo artificial en la práctica, es útil a la hora de analizar el proceso de Enfermería.

En 1959, Dorothy Johnson, en 1961 Ida Orlando y en 1963 Ernestine Wieden Bach, fueron de las primeras que hicieron una separación de los métodos para estudiar e identificar los pasos del proceso de Enfermería, cada una de ellas hicieron una división de un proceso distinto, de tres partes.²

Las investigaciones realizadas en los años Cincuenta en la Universidad de Washington aportaron los fundamentos para diseñar los primeros “Planes de Cuidado”, basados en principios científicos.

En los años Sesenta surgió en Norte América, la preocupación por construir “Modelos de Enfermería” y por desarrollar un método a partir del “Proceso de Enfermería” en respuesta a las exigencias que planteaba el sistema de salud.³

A fin de los sesenta programaron los intentos de la profesión de enfermería para definir el proceso con una terminología más específica, en 1967 Lois Knowles presentó otro intento de acercamiento para describir el proceso de enfermería. Ella describió los cuidados acertados, como la aplicación de cinco acciones: descubrir, profundizar, decidir, hacer y discriminar. Aunque interesante y válido, este acercamiento no se usó ampliamente por la profesión.

En esta década de los años 60's se pensó que el proceso enfermero constaba de cuatro partes: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Sin embargo, poco después de la primera descripción del proceso enfermero, las líderes en enfermería reconocieron que los datos de la valoración debían ser agrupados e interpretados antes de que las enfermeras pudieran planificar, implementar o evaluar un plan para ayudar a los pacientes.⁴

En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundiger y Jauron (1975) y Aspinall (1976). Añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.⁵

Sólo 6 años después de que *Yura y Walsh* describieran el proceso enfermero, dos enfermeras de Sant Louis (EE.UU), organizaron la primera conferencia para identificar las interpretaciones de los datos que representan los fenómenos de interés

para las enfermeras. Fue la primera conferencia sobre diagnósticos enfermeros, en la que se identificaron y definieron 80 diagnósticos enfermeros.⁴

La necesidad de interpretar los datos deriva del hecho de que la memoria a corto plazo tan sólo retiene 7+/- 2 bits de datos (Newell y Simon, 1972). De este modo las enfermeras, como todos los seres humanos, convierten continuamente los datos e interpretaciones.

El uso del proceso enfermero en el ejercicio clínico obtuvo legitimidad en 1973 cuando la American Nurse Association (ANA), publicó estándares del ejercicio de la enfermería, que describe cinco pasos del proceso: valorar, diagnosticar, planificar, actuar y evaluar. La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso.⁴

Respuestas Humanas

Según Kurt Goldskin las respuestas humanas son la capacidad del individuo para adaptarse a la condición de su entorno, él menciona que el individuo se siente amenazado, exista o no realmente una amenaza y responde poniéndose en actitud de alerta para recolectar más información y asegurar su seguridad y bienestar.

Selye describe las respuestas humanas como un conjunto de cambios del organismo predecibles y no precisamente inducidos, caracterizándose por ser irreversibles y su influencia en la forma en que las personas responden a las experiencias vitales.

Por otro lado, Jane Gibson, refiere que las respuestas humanas, se basan en la conciencia perspectiva del individuo y que se producen cuando éste experimenta el mundo que lo rodea y utiliza esta respuesta para buscar y conservar su propia seguridad.

Cada una de estas concepciones, refieren que las respuestas humanas son una reacción de cambio del individuo a nivel biológico, psicológico y de su entorno y que en un momento dado determinan la adaptación del individuo a esos cambios estructurales.

Los patrones de respuesta humana constituyen un marco para organizar la taxonomía de los diagnósticos de enfermería.²

1.1 Concepto de Proceso de Enfermería

Yura y Walsh (1988) afirman que “El Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del paciente, y, si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar...”⁵

Para *Leslie Atkinson* el Proceso de Enfermería es un sistema de planeación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto por cuatro pasos: valoración, planeación, ejecución y evaluación.⁶

Patricia Iyer refiere que el Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud.⁵

Rosalinda Alfaro menciona que el “Proceso de Enfermería es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Promoviendo un cuidado humanístico, centrado en unos objetivos (resultados) eficaces. Impulsando a las/os enfermas/os a examinar continuamente lo que hacen y plantearse cómo pueden mejorarlo”.⁷

1.2 Importancia y Ventajas Del Proceso de Enfermería

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

- Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.⁸
- Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.⁵
- El proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.⁹

- Por otra parte, al profesional de enfermería le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; mejora la calidad de la atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación.
- Al sujeto de atención permite participar en su propio cuidado; garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.¹⁰

Características del proceso de enfermería

- *Tiene una finalidad:* se dirige a un objetivo
- *Es sistemático:* implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- *Es dinámico:* responde a un cambio continuo de la respuesta del paciente.
- *Es interactivo:* basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualidad de los cuidados del paciente.
- *Es flexible:* se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- *Tiene una base teórica:* el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen aportes de las ciencias biológicas, sociales y humanas, por lo cual es aplicable con cualquier modelo teórico de enfermería. Se recomienda la utilización de una perspectiva teórica al implementar el método enfermero, ya que la teoría guía y orienta la práctica profesional de enfermería.¹¹

Alfaro también menciona que el proceso enfermero tiene las siguientes características:

- ❖ **Sistemático:** Como el método de solución de problemas, consta de cinco pasos, en los que se lleva a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.
- ❖ **Dinámico:** A medida que se adquiere más experiencia, se puede mover hacia atrás y adelante entre los distintos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.
- ❖ **Humanístico:** Se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del paciente. Debiendo considerar la mente, el cuerpo y el espíritu.

- ❖ **Centrado en los objetivos:** Los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en sí la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente.⁴

🌐 **El Pensamiento Crítico en Enfermería:**

- Supone un pensamiento deliberado, dirigido al logro de un objetivo.
- Se orienta al paciente, a la familia y a las necesidades de la comunidad.
- Se basa en los principios del proceso enfermero y del método científico.
- Constantemente esta reevaluándose, autocorrigiéndose.
- Requiere conocimientos, habilidades y experiencia.
- Requiere estrategias para desarrollar al máximo el potencial humano y compensar al máximo los problemas creados por la naturaleza humana.
- Se guía por los estándares profesionales y los códigos éticos.⁴

Para este proceso de Enfermería se tomara como base la literatura de Rosalinda Alfaro propuesta en la última edición de su libro sobre “Aplicación del proceso de atención enfermero”.

1.3 Etapas del Proceso de Enfermería

1.3.1 Valoración

La valoración es la primera fase o etapa del proceso. Implica la recogida y validación de datos y es necesaria antes de que pueda hacerse un diagnóstico de enfermería. Según *Atkinson y Murria* (1986) referido por *Kozier*: “La valoración es parte de cada actividad que hace la enfermera por y con el paciente”. La valoración es un proceso continuo llevado a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería.¹²

Para Phaneuf, la valoración es la primera fase del Proceso de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el paciente, el sistema paciente/familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del paciente. Los datos se recogen de manera sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.¹³

Iyer define la valoración como “un proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedente de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un paciente” y consta de dos componentes: recogida de datos y documentación. La valoración ofrece una base sólida que favorece la prestación de una atención individualizada de calidad, además es la base para la identificación del diagnóstico de enfermería.⁵

Rosalinda Alfaro define a la etapa de valoración como “la primera parte de la identificación del problema en la que se reúne información, con el fin de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas.

Este proceso de recogida de información incluye las siguientes actividades según Rosalinda Alfaro:

Tipos de Valoración de Enfermería:

- **Valoración de los datos básicos (inicio de los cuidados):** Es realizada durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos de su estado de salud.
- **Valoración focalizada:** Es realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. La valoración focalizada es el principal método para la valoración continuada.

Recogida de datos

La recogida de los datos empieza con el primer contacto del paciente con el sistema de cuidados de la salud, y continua hasta que la persona es dada de alta. Cuando se recojan los datos se deben usar todas las fuentes apropiadas que sean posibles, sin embargo el paciente debe ser considerado como la fuente básica de información. La demás información se extraerá de los familiares, registros de enfermería, registros médicos, bibliografía relevante, etc. debe realizarse teniendo en cuenta un punto de vista holístico.

La entrevista de enfermería

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Se requiere de habilidad para establecer una relación de confianza, formular preguntas, escuchar u observar es clave para establecer una relación positiva enfermera- paciente y esencial para conocer los hechos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semi-estructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista, no se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales.
- La forma de estar y la posición corporal.
- Los gestos.
- El contacto físico.
- La forma de hablar.

📍 Exploración física

La clave para llevar a cabo la exploración física es ser minuciosa, sistemática y técnicamente hábil. Se utiliza la:

Inspección. Examen mediante la observación cuidadosa y crítica.

Auscultación. Examen mediante la escucha con un estetoscopio.

Palpación. Examen mediante el tacto y la sensación.

Percusión. Examen mediante el tacto, el golpeteo suave y la escucha.

📍 Identificación de datos objetivos y subjetivos

Los datos subjetivos son sentimientos y percepciones, mientras que los datos objetivos son información concreta y observable.

El propósito de separar los datos en estas dos categorías es comparar lo que observa la enfermera con lo que refiere el paciente.

📍 Validación de los datos

La validación de los datos se centra en asegurarse de que los datos que posee son reales. Si no se está seguro de la validez de la información, se deben obtener más datos para verificar lo que se han enumerado como hechos, en vez de seguir adelante y analizar e identificar problemas de salud, ya que a partir de información incorrecta puede hacer que se cometa un error en la identificación de problemas.

📍 Organización (agrupación de los datos)

Agrupar los datos relacionados es un principio del pensamiento crítico, que refuerza su capacidad para obtener una imagen clara del estado de salud.

Si se utiliza un instrumento de valoración bien diseñado, ya estará hecho gran parte de la organización por que el instrumento es una guía para anotar las claves relacionadas.⁷

1.4 Diagnóstico

Para Iyer un diagnóstico es una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable. En esta fase los datos son procesados, clasificados, interpretados y validados. El resultado de este proceso diagnóstico es un diagnóstico de enfermería.⁵

Para la autora Victoria Moreno el diagnóstico es un juicio clínico que se establece a partir de las respuestas humanas, problemas reales o potenciales de salud de la persona, familia o comunidad identificada en la valoración.¹⁴

Rosalinda Alfaro afirma que el *diagnóstico de enfermería* es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente y que se utiliza para identificar los problemas de salud que el paciente, la familia o comunidad tienen (que son la base del plan de cuidados) y las capacidades (que serán usadas y reforzadas para desarrollar un plan de cuidados eficaz y eficiente).

Alfaro cita a *Carpenito* “no todos los problemas que identifica una enfermera son necesariamente diagnósticos de enfermería. Ella cree que las enfermeras están implicadas en la identificación de dos tipos de problemas: los *diagnósticos de enfermería*, en relación a que la intervención de enfermería sea autónoma y por tanto la decisión, la acción y los resultados son totalmente responsabilidad del profesional que lo realiza, y los *problemas de colaboración* que Carpenito lo define como un problema de salud real o potencial (complicación) que se centra en la respuesta *fisiopatológica* del cuerpo y las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico.

📍 **Razonamiento Diagnóstico: Aplicación del pensamiento crítico**

Es el proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnóstico, o el método de pensamiento que usa la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud de un individuo. El razonamiento diagnóstico, o aplicación del pensamiento crítico para identificar problemas de salud, reales o potenciales, requiere conocimientos, habilidades y experiencia.

La finalidad de esta etapa es:

- ❖ Reconocer los problemas de salud - DIAGNÓSTICO NANDA
- ❖ Prevenir las posibles complicaciones
- ❖ Iniciar las acciones para asegurar un tratamiento adecuado y a tiempo.

📍 **Componentes de la etiqueta diagnóstica**

La mayoría de etiquetas diagnósticas de la NANDA tiene tres componentes:

- ❖ **Título (etiqueta) y definición.** Una descripción concisa del problema.
- ❖ **Características definitorias.** Grupo de signos y síntomas frecuentemente asociados a ese diagnóstico.
- ❖ **Factores condicionantes.** Factores que pueden causar o contribuir al problema.

📍 **Diagnósticos enfermeros reales y de riesgo**

Reconocer los diagnósticos enfermeros reales, potenciales y posibles requiere de comparar los datos de la valoración de la persona con la definición, características definitorias y factores relacionados (de riesgo) de los diagnósticos cuya sospecha se tiene que existan.

Diagnóstico real: Los datos de la persona contienen evidencia de signos y síntomas o características definitorias del diagnóstico.

Diagnóstico de riesgo: Los datos de la persona contienen evidencia de factores relacionados (de riesgo) del diagnóstico, pero no hay evidencias de las características definitorias.

Problema de Colaboración: Ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o un cambio en su evolución.

Problema Multidisciplinario: Problema complejo que requiere de manera continuada una planificación en equipo y el tratamiento de profesionales de varias disciplinas de la salud.

Diagnóstico de salud/bienestar

Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un paciente o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Síndrome diagnóstico

Actualmente en la NANDA sólo hay dos síndromes diagnósticos. El síndrome diagnóstico se usa cuando el diagnóstico está asociado con un grupo de otros diagnósticos.⁷

1.4.1 NANDA

En la década de los años 70, la American Nursing Association (ANA), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluyen en los Estándares de la Práctica de Enfermería (1973). Este hecho configura el diagnóstico de enfermería como una parte del proceso de atención, dando legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería y significa una referencia a la calidad de la práctica, a la par, conlleva a la necesidad de estructurar y regular el tema. Con este fin, deciden elaborar un sistema de clasificación que permita la identificación, el acuerdo y el uso sistemático de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras del país. Este hecho dio origen a la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, en 1973.¹⁵

A partir de esta conferencia, se estructura el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería. En 1982, durante la V Conferencia, se crea la North

American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que proporciona la estructura organizativa y establece los planes de trabajo, para el desarrollo y expansión de los diagnósticos de enfermería.¹⁶

Las categorías diagnósticas, tal como actualmente las conocemos, surgen al inicio de la década de los años 70, con una estructura insuficiente. La NANDA considera insuficiente el criterio alfabético; por ello inicia los trabajos para elaborar un marco de referencia, que proporcione las bases conceptuales, y así establecer los criterios de clasificación taxonómica.¹⁷

A partir de 1987, la ANA y la NANDA estructuran el *Collaborative Group on Taxonomies/Classifications of Nursing Diagnoses* para trabajar ambas asociaciones en colaboración y alcanzar el consenso en la descripción de la práctica/ejercicio de la enfermería. El plan de actividades propone una proyección multidisciplinaria que favorezca la aceptación de sus conclusiones en un plano más general; para ello establecen contacto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Presentan la versión específica de la taxonomía la NANDA: Condiciones que Necesitan Cuidados de Enfermería. Proponen incluir esta versión de los diagnósticos de enfermería en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que realizaba la OMS.^{18, 17}

Esta propuesta no es aceptada por la OMS y en su respuesta indica que parece inadecuado incluir la Taxonomía de Diagnósticos de Enfermería en una clasificación de enfermedades. Sin embargo, no es rechazado el trabajo y se propone que sería más adecuado aceptar su inclusión en otro grupo de la Familia de Clasificación de la OMS, en concreto en el capítulo Factores que influyen en el Estado de Salud y Contacto con los Servicios de Salud. De igual forma, la OMS recomienda incrementar los esfuerzos para organizarse y trabajar la taxonomía diagnóstica en el nivel internacional.

A partir de las recomendaciones hechas por la OMS se han multiplicado las conexiones y trabajos que han conducido a la expansión internacional de los diagnósticos de enfermería. Así, en 1991, se crea la Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería (AFEDI). Esta fue la primera organización que, como grupo internacional ha sido reconocida por la NANDA.

El término Diagnóstico de Enfermería fue introducido en 1953 por *Vera Fry* para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados. Esta autora afirmaba que... una vez que las necesidades del paciente son identificadas, pasamos al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería. Años más tarde, *Johnson, Abdellah* y otras autoras escriben y definen el diagnóstico de enfermería entendido como una función independiente. Durante los años 60, en Estados Unidos, se producen continuos debates sobre el uso del término "Diagnóstico de enfermería". Sin embargo, gran número de enfermeras continuaban utilizándolo. Paralelamente se

desarrollaban numerosos trabajos de investigación multidisciplinaria, lo que representó un aumento de conocimientos con respecto al tema, que fundamentaron e impulsaron de forma definitiva su expansión.¹⁷

La NANDA, por su parte, continúa cada año haciendo revisiones y actualizaciones de la taxonomía y poniéndola a disposición de todos los profesionales de enfermería en el mundo.

Las enfermeras diagnostican

Anteriormente el juicio clínico utilizado en la práctica clínica para decidir el foco de los cuidados enfermeros era invisible o no se nombraba. Sin embargo, con el inicio de la clasificación formal de los diagnósticos enfermeros se aceptó ampliamente que las enfermeras eran diagnosticadoras que usaban el razonamiento diagnóstico en colaboración con los pacientes para identificar los mejores diagnósticos con el fin de guiar las intervenciones enfermeras para que el paciente alcance resultados positivos.

Se asume que las enfermeras no sanan a las personas con sus diagnósticos e intervenciones; las personas se sanan a sí mismas con sus propios comportamientos. Así para lograr cambios en las conductas que afectan a la salud, las personas y las enfermeras identifican conjuntamente los diagnósticos enfermeros más precisos que tienen el potencial de guiar los cuidados para lograr resultados positivos para la salud.

Los diagnosticadores son personas que interpretan los datos según el campo en el que son expertos con el fin de proporcionar los servicios necesarios.

Por tanto convertirse en una enfermera diagnosticadora requiere el desarrollo de habilidades y características profesionales y personales.

Hay dos condiciones que son la base para el desarrollo de competencias diagnósticas:

1. El diagnóstico de enfermería requiere competencias en los dominios intelectual, interpersonal y técnico.
2. El diagnóstico en enfermería requiere del desarrollo de tolerancia a la ambigüedad y el uso de la práctica reflexiva como fortalezas personales.¹⁸

1.5 Planeación

Según Patricia Iyer la planeación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano, o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Durante la planificación se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer el paciente como objetivo de las

acciones de enfermería, mientras que las intervenciones describen la forma en que el profesional de enfermería puede ayudar a conseguir los objetivos.⁵

Para *Atkinson* es la fase en donde se crea un plan de atención y determinar que enfoque se utilizara para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como promocionar la salud. Para ello es necesario determinar qué objetivos se pretenden y cuáles son las actividades para su logro.

Esta etapa se compone de varias fases:

1. Priorización.
2. Determinación de objetivos
3. Programación de actividades.²⁰

La autora *Victoria Moreno* menciona que la etapa de planeación, es la designación del resultado, el indicador, la escala de medición y los criterios de resultados, así como la intervención y las actividades que se van a realizar, para potenciar las respuestas humanas funcionales y reducir o eliminar las respuestas disfuncionales ante problemas reales o potenciales de salud.¹⁴

Alfaro describe a la etapa de planificación como el momento en el que se determinará como brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos.

📌 ***El plan de cuidados tiene cuatro objetivos principales:***

- 1.- Promover la comunicación entre los cuidadores.
- 2.- Dirigir los cuidados y la documentación.
- 3.- Crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la evaluación, investigación y propósitos legales.
- 4.- Proporcionar documentación sobre las necesidades en cuidados de la salud para determinar su coste exacto.

📌 ***Principales componentes del plan de cuidados.***

- 1.- **Objetivos (resultados esperados).** ¿Qué resultados se esperan conseguir y cuándo se espera lograrlos?
- 2.- **Problemas reales y/o de riesgo.** ¿Cuáles son los diagnósticos y problemas reales y/o de riesgo que deben abordarse para asegurar un plan de cuidados seguro y eficiente?
- 3.- **Intervenciones específicas.** ¿Qué se va a hacer para prevenir o manejar los principales problemas y lograr los resultados esperados?
- 4.- **Evaluación/notas de curso.** ¿Dónde podemos averiguar cómo está respondiendo la persona al plan de cuidados?

🕒 **Fijación de prioridades.**

La actividad de fijar prioridades ocurre durante la fase inicial de planeación y la fase de ejecución, y sirve para planificar los cuidados de enfermería.

Determinar prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico que requiere que seamos capaces de decidir:

- Qué problemas necesitan atención inmediata y cuáles pueden esperar.
- Qué problemas son su responsabilidad y cuáles se deben referir a otro profesional.
- Qué problemas trataremos usando planes estandarizados.
- Qué problemas no están cubiertos por los protocolos o planes estándar pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo.

🕒 **Establecimiento de objetivos centrados en el paciente/resultados esperados.**

La provisión de cuidados enfermeros efectivos requiere que nos centremos en los resultados del paciente, que se formulan como *objetivos centrados en el paciente*. Son los pilares del plan de cuidados, se debe ir midiendo el éxito del plan determinando si se han conseguido los objetivos que se había planeado. Esto se debe a que se fijan en el resultado final deseado del plan de cuidados: los beneficios que obtiene el paciente de los cuidados de enfermería.

- **Objetivos a corto plazo:** son los que se deben conseguir de forma relativamente rápida, con frecuencia en menos de una semana.
- **Objetivos a largo plazo:** son aquellos que deben lograrse en un lapso de tiempo con frecuencia de semanas o meses.

🕒 **Determinación de las acciones/actividades de enfermería.**

Documentación del plan de cuidados de enfermería: se refiere a escribir las acciones de enfermería para que todas las enfermeras implicadas en el cuidado de un paciente, tengan instrucciones claras para la ejecución del plan de cuidados.

Existen cinco componentes para formular objetivos muy específicos que se pueden usar para identificar las intervenciones y controlar los progresos:

Sujeto. ¿Quién se espera alcance el resultado?

Verbo. ¿Qué acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo?

Condición. ¿En qué circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción?

Criterios de ejecución. ¿En qué grado se va a realizar la acción?

Momento para lograrlo. ¿Cuándo se espera que esa persona sea capaz de hacerlo

Intervenciones enfermeras

Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cabo por las enfermeras para:

- Controlar el estado de salud.
- Reducir los riesgos.
- Resolver, prevenir o manejar un problema.
- Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria.
- Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

Valoración Continua de Datos

La Valoración continua de los datos proporciona la información necesaria para tomar decisiones sobre si el plan prescrito es o no apropiado. Dependiendo de la valoración de la situación, se debe estar dispuesto a cambiar las actividades según sea necesario.

También puede proporcionar información clave sobre la adecuación de los diagnósticos de enfermería del paciente.⁷

1.6 Ejecución

Patricia Iyer menciona que la ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema de paciente.⁵

Para Victoria Moreno esta etapa es la respuesta en táctica de la ó las intervenciones y las actividades programadas con el paciente familia o comunidad, tomando el contexto en las que se llevo a cabo, durante esta etapa es importante recalcar que la intervención de enfermería debe realizarse con el sustento técnico y científico requerido.¹⁴

Para Rosalinda Alfaro la etapa de *ejecución* está estrechamente relacionada con la *planificación* ya que durante la planificación se determinan las órdenes de enfermería para dirigir las actuaciones y durante la ejecución se llevan a cabo dichas órdenes. En la etapa de ejecución también se valora al paciente antes, durante y después de realizar las actividades.

Llevar a cabo las intervenciones significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios.

Valoración y revaloración: controlar las respuestas

Valorar a los pacientes antes y después de las intervenciones enfermeras es una parte crítica de la *ejecución*. Para garantizar la seguridad del paciente debemos controlar de cerca las respuestas a las intervenciones para determinar la adecuación del plan de cuidados.

Las intervenciones de enfermería incluyen lo siguiente:

- Ⓜ Realizar directamente una actividad para el paciente.
- Ⓜ Ayudar al paciente a realizar una actividad por sí mismo.
- Ⓜ Supervisar al paciente (o familiar) mientras realiza una actividad por sí mismo.
- Ⓜ Enseñar al paciente (o familia) sobre los cuidados de salud.
- Ⓜ Asesorar al paciente (o familia) en las elecciones que debe hacer en la búsqueda y utilización de los recursos de salud adecuados.
- Ⓜ Control (valoración) del paciente para detectar potenciales complicaciones/problemas.

Ⓜ Registro

Tras brindar los cuidados enfermeros y evaluar las respuestas, lo siguiente que se debe tener en mente es anotar las valoraciones, intervenciones y respuestas. El propósito del registro es:

1. Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tienen la necesidad de saber qué es lo que hemos hecho y cómo está evolucionando el paciente.
2. Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.
3. Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.
4. Crear un documento legal que más tarde pueda usarse en los tribunales para evaluar los tipos de cuidados brindados.
5. Proporciona validación para el pago de los servicios.⁷

1.7 Evaluación

Para *Iyer* esta etapa es la final del Proceso de Enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el paciente.

La evaluación se puede llevar a cabo como parte del Proceso de Enfermería cuando se compara el estado de salud del paciente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería.⁵

Atkinson refiere que el propósito de la evaluación es decidir si el objetivo del plan de atención se logró, el objetivo se evalúa en el momento o fecha que se especificó en el plan.

Existen dos partes en la evaluación:

- Evaluación del logro de objetivo
- Revaloración del plan de atención⁶

Victoria Moreno afirma que la evaluación es la medición de los resultados perceptibles de las respuestas humanas del paciente, comunidad o familia, después de la intervención de enfermería.¹⁴

Rosalinda Alfaro menciona que la evaluación se empieza desde etapas tempranas del proceso de enfermería, controlando las respuestas del paciente a las intervenciones y realizando los cambios necesarios en el plan de cuidados, y es durante esta etapa cuando se debe completar una evaluación detallada de todo el plan de cuidados. Basándose en ciertas actividades como:

- Establecimiento de criterios para la evaluación (criterios de resultados)
- Evaluación del logro de los objetivos
- Valoración de las variables que afectan el logro de los objetivos.
- Modificación del plan de cuidados/ finalización de los cuidados de enfermería

Evaluación crítica

La evaluación crítica- evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados del paciente- es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados de salud. Puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados predestinadas a repetir errores y prácticas de cuidados seguras, eficientes y en constante mejora.

Evaluación del logro de objetivos del paciente

La evaluación proporciona la retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del consumidor y maximiza el valor de la provisión de cuidados de la salud. Lo que significa que se debe examinar, entrevistar al paciente y reunir datos para determinar su estado actual de salud.

Identificar las variables que afectan al logro de los objetivos

Identificar las variables (factores) que afectan al logro de objetivos requiere analizar la información obtenida en la valoración del paciente y en los registros.

Decidir si hay que mantener, modificar o dar por finalizado el plan:

- **Continuar con el plan.** Si la persona no ha alcanzado los objetivos pero no hemos identificado ningún factor que dificulte o fomente los cuidados y simplemente se requiere más tiempo.
- **Modificar el plan.** Cuando no se han logrado los objetivos, cuando se detectan nuevos problemas o factores de riesgo o cuando se identifica formas de que los cuidados sean más efectivos.

- **Dar por terminado el plan.** Si la persona ha conseguido los objetivos, no hay nuevos problemas o factores de riesgo y el paciente demuestra habilidad para cuidar de sí mismo.⁷

Capítulo II

2. Cambios Durante el Embarazo

2.1 Concepto

El embarazo se define como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, (de 37 a 40 semanas).

Al producirse el embarazo, el organismo materno inicia y desarrolla una serie de modificaciones que afectan, casi sin excepción, todos los órganos y sistemas.

El embarazo puede considerarse como un elemento extraño para el organismo materno, pues en el desarrollo del mismo intervienen factores paternos heterogéneos que, hacen circular en la sangre sustancias de naturaleza aún desconocidas.

Existen principios tocológicos importantes en los cambios fisiológicos maternos de la mujer embarazada:

- 1.- El embarazo es fisiológico y forma parte de la función femenina.
- 2.- Los cambios gestacionales son de adaptación temporal.
- 3.- Los cambios maternos sirven de preparación para satisfacer demandas y necesidades fetales.
- 4.- El ambiente materno se modifica para dar bienestar al feto.²¹

2.2 Sistema Endocrino

Por el aumento de las hormonas, fundamentalmente del estrógeno, este sistema sufre alteraciones notorias durante la gestación.

La hipófisis aumenta su tamaño, al igual que su aporte sanguíneo, por lo que se afirma que a este aumento y caudal se debe la mayor probabilidad de que se presente un síndrome de sheehan, el cual se debe a una hemorragia durante el parto y que afecta al tejido de la hipófisis disminuyendo su función.

La prolactina aumenta sus niveles y al término del embarazo se encuentran concentraciones hasta de 150 ng/mL, o sea diez veces más que en la mujer no gestante. Se considera que esta elevación no tiene significación clínica.

Durante el embarazo la glándula tiroidea aumenta de tamaño, lo que es frecuente detectar por palpación, este crecimiento no es anormal, pues es ocasionado por la hiperplasia del tejido glandular y el incremento de la vascularización. Así mismo, el metabolismo basal aumenta hasta un 25 a 30% y las pruebas tiroideas suelen no modificarse.

En las glándulas suprarrenales, sobre todo en los inicios de la gestación, hay baja secreción de hormona adrenocortical debido a hipofunción. Para muchos autores, esta baja es responsable de la astenia, adinamia, náuseas leves, somnolencia, anorexia, poco aumento de peso, hipotensión y cloasma; datos que en conjunto recuerdan a una enfermedad de Addison, por lo que se le llama *addisonismo gravídico*; estos datos aparecen frecuentemente en etapas iniciales del embarazo y desaparecen espontáneamente hacia la semana 18 de gestación, época en la que las suprarrenales del feto ya producen una cantidad considerable de hormona, por lo que la tasa circulante se eleva.

En 1944 Hisow describió una hormona producida por el cuerpo lúteo que llamó *relaxina*, la cual produce un reblandecimiento de los ligamentos articulares y periarticulares de la pelvis, en especial de la sínfisis púbica y articulaciones sacroiliacas, lo que produce una real amplitud de la pelvis, hasta de medio centímetro. Este reblandecimiento suscita vasculación y es causa de dolor sacrolumbar que frecuentemente se irradia a miembros inferiores.

La secreción de *relaxina* continúa durante todo el embarazo y Steinetz y Porter en 1980, informaron que esta hormona podría estar relacionada con la maduración del cérvix²².

2.3 Sistema Reproductivo

2.1 Ovarios

El ovario verticaliza su eje y se vuelve hiperémico. Por su parte el cuerpo lúteo no sufre regresión, como sucede en el ciclo menstrual normal, sino que hormona gonadotrofina coriónica (HGC) por su acción luteotrófica, mantiene a este cuerpo amarillo y lo transforma en el *cuerpo lúteo del embarazo*, mismo que ocupa hasta dos terceras partes del ovario hasta la semana 10 a la 12 de gestación, cuando la placenta toma el control del embarazo²³.

2.3.1 Trompas de Falopio

Para el momento del embarazo, las trompas de Falopio ya han cumplido su función, por lo que durante éste sufren hipertrofia discreta y quedan ubicadas a la mitad de la altura del útero en los últimos meses²³.

2.3.2 Útero.

Éste aumenta de tamaño de 7.5x5x2.5cm y capacidad de 4 ml sin embarazo a 28x24x21 y capacidad de 1000 ml al final de la gestación. El grosor de la pared muscular alcanza los 2.5 cm hasta la semana 12, para después adelgazarse hasta 0.5 a 1 cm al final del embarazo. En cuanto al peso, al inicio es de 30 a 60g, para llegar a pesar entre 750 y 1000g al momento del parto. Todos estos cambios obedecen a la progesterona y a los estrógenos.

Por lo que se refiere a su forma y posición, es piriforme las primeras semanas, esférico a las 10 a 12 semanas y con forma de saco al final del embarazo.

Otra característica del útero que debe considerarse es su contractilidad. Si bien el útero siempre se contrae, la intensidad de las contracciones varía según el periodo del embarazo. Entre las semanas 10 y 12 hay contracciones de hasta 8mmHg de intensidad; conforme progresa el embarazo, las ondas "B" progesterónicas son esporádicas, arrítmicas e infrecuentes y empiezan a aumentar de intensidad hasta alcanzar 10 a 15mmHg, con una frecuencia de 1 hr. Estas contracciones se denominan de Braxton Hicks a partir de la semana 28 de gestación. Su objetivo es madurar el cuello uterino de manera gradual hacia el final del embarazo y suelen ser imperceptibles para la paciente.

Otro cambio observado en el útero se refiere a su irrigación sanguínea. Debido al aumento de la masa uterina, al desarrollo de la placenta y al aumento progresivo del flujo sanguíneo a través de éstas, los vasos sanguíneos uteroplacentarios contienen la sexta parte del volumen sanguíneo total materno al final del embarazo, además de que entonces la capacidad de desagüe venoso del útero está aumentada 60 veces. El flujo uteroplacentario es de 50 ml/min a las 10 semanas, de 185 ml/min a las 28 semanas y de 500 a 700ml/min al final del embarazo. El consumo total de oxígeno al final de la gestación es de 20ml/min, distribuido de la siguiente manera: 12ml/min para el feto, 4ml/min para la placenta y 4ml/min para el útero.²³

2.3.3 Cérvix

Los cambios en este sirven para ayudar a detener al feto, formar la barrera feto-vagina (tapón mucoso) y prepararse para la dilatación durante el trabajo de parto.²³

2.3.4 Vagina, Vulva y Perineo

Aumentan su vascularización. Cerca de la octava semana se observa de color rojo azulado, lo que constituye el signo de Jaquenier Chadwick. La vulva se engruesa y edematiza e incluso pueden aparecer varices vulvares. Los músculos del perineo se hipertrofian y disminuye el tejido conjuntivo.²³

2.3.5 Mamas y pezones

Al inicio existe prurito y tensión. En el segundo mes se presentan hipertrofia e hiperplasia por aumento de la propia glándula y de la grasa subcutánea. Estas circunstancias también causan la aparición de una red venosa colateral, tuberculosis de Montgomery, calostro, etc.²³

2.4 Modificaciones Metabólicas

Son múltiples los cambios que la madre sufre en su metabolismo, debido al desarrollo del feto y sus anexos.

Durante el embarazo hay aumento de peso y éste va a depender en mucho del estado de nutrición preconcepcional. En mujeres de bajo peso, el incremento va de 12 a 15 Kg. La mayor parte del aumento de peso es debido principalmente al útero y a su contenido, a las mamas, y a la elevación del volumen sanguíneo circulante y de líquido intersticial. Las mujeres obesas tienen una mejor evolución del embarazo, si su incremento va de 7.5 a 10 Kg y se ha observado que aumentan menos que las delgadas, en el segundo trimestre, ya que tienen un volumen vascular sustancialmente acrecentado, así como una reserva calórica adecuada.

La elevación del peso total es de 10 a 11 Kg en promedio y es diferente, según las semanas de gestación; así en los primeros tres meses se sube de 1 a 2 Kg; en el segundo de 3 a 4 Kg y en el tercero de 5 a 6 KG. Lo normal es que se aumente de 1000 a 1100 Kg por mes, es decir de 225 a 250g por semana.

En relación con el metabolismo del agua, es conocida la alteración fisiológica de retención y se afirma que alcanza al final del embarazo unos 6.5 litros, correspondiendo 3 al contenido acuoso del feto, placenta y líquido amniótico y 3 más que se acumulan por el aumento del volumen sanguíneo circulante y el crecimiento de útero y mamas.

La retención en forma de edema, observando muy frecuentemente de la semana 34 a 36 en adelante, especialmente en el tercio bajo de los miembros inferiores, es provocado por un aumento de la presión venosa central en la pelvis y las extremidades inferiores, y se modifica con las posturas. Otros factores que influyen en la alteración del metabolismo acuoso son: la presión hidrostática intracapilar, presión osmótica coloidal, permeabilidad capilar aumentada y la retención de sodio.

Respecto al metabolismo proteico en la sangre materna se agregan unos 500g de proteínas plasmáticas; mientras que el feto y la placenta contienen una buena cantidad, que oscila entre 400 y 500g.

Con respecto al metabolismo de los carbohidratos este suele ser un factor diabetogénico en potencia. Durante el curso del mismo, la disminución en la ingesta

de alimentos produce astenia y adinamia, lo que es debido a que sus cifras de glucemia suelen ser de 10 o 15% menores que en las no grávidas, y no es debido a una hiperinsulinemia continua, sino al paso constante de glucosa al feto. Por otra parte, después de ingerir alimentos, la embarazada tiene hiperglucemias e hiperinsulinemia; pero casi todas las gestantes responden a estos cambios produciendo la debida cantidad de insulina.

Aunque no es frecuente, puede aparecer glucosuria en embarazadas normales, lo que es a consecuencia de un aumento del filtrado glomerular y a que la absorción del túbulo renal es menos efectiva durante la gestación.

En relación con el metabolismo de las grasas, es conocido que los lípidos séricos, como el colesterol, aumentan considerablemente, sobre todo durante la segunda mitad del embarazo y es durante esta época cuando ocurre una mayor acumulación de grasa, depositándose con predilección en zonas centrales y éstos depósitos disminuyen a medida que se acerca el final del embarazo, debido al aumento de las necesidades nutritivas del feto.²²

2.5 Sistema Musculoesquelético

El aumento de la lordosis durante la gestación, llamada de compensación, se relaciona con una mayor curvatura hacia delante de la pelvis, lo que lleva a que se presenten variaciones en la posición. El objetivo de la citada lordosis es la de realinear la curvatura espinal que produce la lordosis cervical y lumbar y la cifosis dorsal, desplazando el centro de gravedad hacia atrás sobre las extremidades inferiores.

Todos estos cambios son ocasionados por el crecimiento uterino. También hay una mayor movilidad de las articulaciones de la pelvis, condicionada por factores hormonales, como la relaxina. Esta inestabilidad, especialmente de las articulaciones sacroiliacas y púbicas son causa también de dolor dorsolumbar y púbico, especialmente después de la semana 34 cuando la presentación cefálica, la más frecuente, inicia de forma acentuada su presión sobre el estrecho superior de la pelvis.²²

2.5.1 Cambios oculares

Como la hipófisis aumenta de volumen, puede presentarse hemianopsia. Por el incremento de líquido extracelular moderado y un ligero edema corneal, las mujeres que utilizan lentes de contacto refieren que no es fácil su ajuste. Es común que las gestantes con miopía, vean su problema acrecentarse, pero no en forma preocupante.²²

2.5.2 Cambios Neurológicos

Por la retención de líquido extracelular y por relajamiento de articulaciones y ligamentos, producidos por el alto nivel hormonal, se presentan algias en zonas correspondientes a inervación periférica.

Los calambres musculares son frecuentes, sobre todo en el último trimestre, especialmente en los músculos de las piernas; su causa no está bien determinada. Pero hay tendencia a relacionarlos con depleción de sales minerales.²²

2.6 Sistema Cardiovascular

Existe un aumento del gasto cardiaco, que se eleva 30 a 50%, recordando que normalmente es de 4 a 5 L/min y llega en la grávida a cifras de 6L/min. Este aumento del gasto es consumido casi en su totalidad por el útero, riñones y piel de la madre. También existe un aumento del volumen sanguíneo, que durante el embarazo es considerable, el cual se incrementa más en las primeras 9 a 20 semanas y disminuye poco a poco hasta el término de la gestación. El acrecentamiento de este volumen sanguíneo resulta de un aumento del plasma y hematíes; razón por la cual se incrementan las necesidades de hierro. El pulso se eleva en 10 a 15 latidos por minuto.

En relación con la presión arterial se presenta una hipotensión moderada durante la primera mitad del embarazo, para elevarse durante el tercer trimestre. La hipotensión es producida con frecuencia por la compresión del útero gravídico sobre la aorta, conocida como síndrome hipotensivo de decúbito supino.

El retraso del flujo sanguíneo y la elevación de la presión venosa en los miembros inferiores, que se presenta en los últimos meses del embarazo, contribuyen al edema por declive, así como al desarrollo de venas varicosas en piernas, vulva y las frecuentes hemorroides. Las varicosidades son frecuentes y más aparentes en el lado derecho de la mujer, lo que es debido al mayor aumento de la presión venosa producida por la arteria y el plexo venoso ovárico, que oprimen la vena ilíaca primitiva derecha.

Con respecto al corazón, éste se desplaza a la izquierda y arriba, y gira un poco sobre su eje longitudinal, desalojando la punta cardíaca hacia afuera.

2.6.1 Cambios Hematológicos

Las concentraciones de eritrocitos, hemoglobina y las cifras del hematocrito sufren variaciones durante el embarazo normal. Los glóbulos blancos se incrementan, considerándose normales cifras de hasta 11 000 a 12 000/mm³.

Los factores de coagulación aumentan, el fibrinógeno se eleva hasta un 50%, sobre todo al final del embarazo, informándose cifras entre 400 y 600 mg/dl ²²

2.7 Sistema Respiratorio

Durante el embarazo (sobre todo al principio), la dilatación capilar aumenta y sobreviene ingurgitación de la nasofaringe, laringe, tráquea y bronquios, lo que favorece los cambios de voz y dificulta la respiración a través de la nariz. En consecuencia se incrementan las enfermedades respiratorias.

La respiración se hace diafragmática por que el crecimiento del útero eleva el diafragma hasta en 4cm, el diámetro torácico inferior se incrementa en 2cm y la circunferencia torácica aumenta hasta en 6cm. La frecuencia respiratoria también aumenta, lo que a su vez incrementa la capacidad vital.²³

2.7.1 Cambios Otorrinolaringológicos

Las modificaciones están ligadas a la hiperemia de la mucosa producida por los cambios hormonales y es más notoria en la bucofaringe. Es frecuente la epistaxis y la congestión nasal. En el oído, debido a la hiperemia y el aumento de líquido extracelular, se pueden producir trastornos en el conducto de Eustaquio, que pueden manifestarse en forma sintomática con los cambios de altitud, así como también en los conductos mesocirculares, lo que explica los mareos que describen las embarazadas a los cambios repentinos de posición. Se ha señalado decremento de la audición, quizá debido a que en el embarazo hay una acumulación mayor de cerumen en el conducto auditivo externo.²²

2.8 Sistema Gastrointestinal

A pesar de que el apetito materno se incrementa y debido a la acción de la hormona gonadotrofina coriónica, es muy probable que se presenten náuseas y vómito, básicamente durante el primer trimestre del embarazo. En algunos casos, debido a la congestión de la mucosa oral y nasal por la acción de la progesterona, hay mujeres que experimentan sensaciones olorosas y de degustación poco comunes, o aversión por olores que antes eran agradables.²³

2.8.1 Cavidad bucal

Las encías se edematizan y adquieren un aspecto moteado llamado gingivitis congestiva y ptialismo, que favorecen la aparición de caries no secundarias a deficiencia de calcio.²³

2.8.2 Motilidad gastrointestinal

Esta reducida a causa de los elevados niveles de progesterona, los cuales a su vez disminuyen la producción de motilina, un péptido hormonal con acción estimulante sobre el músculo liso intestinal. El tono gastrointestinal también se reduce y los

vaciamientos gástricos e intestinales se hacen más lentos, lo que incrementa la reabsorción de agua y favorece el estreñimiento.

La producción gástrica de ácido clorhídrico es variable, aunque en general disminuye, al igual que la producción de moco. Todo esto provoca la presencia de reflujo gastroesofágico, que se hace más intenso conforme progresa el embarazo debido al crecimiento uterino y al reacomodo de las vísceras digestivas.²³

2.9 Sistema Renal y Aparato Urinario

Se presentan cambios muy importantes y uno de ellos es el aumento del filtrado glomerular el cual llega a hacer hasta de un 50% al inicio del segundo trimestre y persiste hasta el tercero. Se tiene identificado que desde el inicio de la gestación se acrecienta en mayor grado la filtración glomerular; en cambio el flujo plasmático renal disminuye hasta casi su normalidad durante el tercer trimestre. Se piensa que el aumento de estas dos funciones es debido a los esfuerzos de la gestante para eliminar sus residuos metabólicos y los del feto.

En relación con el sodio, durante el embarazo normal hay una retención gradual, acumulativa de 500 a 900 Me de sodio, repartido entre el producto, sus anexos y el volumen extracelular materno; esta acumulación alcanza su nivel máximo durante el último trimestre y es totalmente normal.²²

La longitud de cada riñón se incrementa de 1 a 1.5 cm debido al acrecentamiento del volumen vascular renal y del espacio intersticial, y la pelvis renal se dilata hasta tener una capacidad de 60ml cuando lo normal es de 10ml. Los uréteres se dilatan por arriba del estrecho pélvico superior (más el derecho que el izquierdo) además de que alargan, amplían y se vuelven más curvos, lo que incrementa la estasis urinaria, llegando hasta 200ml residuales en el sistema colector dilatado. Lo anterior ocurre debido a la estrecha relación que existe con la progesterona, que contribuye a la hipotonía del músculo liso uretral.²³

2.10 Cambios Dermatológicos

Casi todos los cambios fisiológicos que se manifiestan en la superficie cutánea durante la gestación son atribuibles a los cambios hormonales.

Hay aumento generalizado de la masa de tejidos blandos, siendo más notable en párpados, cara, manos y pies, en donde también influye la retención de líquidos.

Hay cambios vasculares que se manifiestan en la piel, especialmente bajo la epidermis y que son conocidos como nevos arácnos, angiomas formados por una arteriola única, que se ramifica en muchos vasos finos. El eritema palmar, las varicosidades en extremidades inferiores, vulvares y vaginales, son frecuentes.

Hay tendencia al hirsutismo moderado, especialmente en el labio superior, mentón, mejillas, brazos, piernas y espalda. Las uñas se ven alteradas en su crecimiento ungueal y en algunos casos, muestran surcos transversos y se tornan blandas y quebradizas. Las glándulas sudoríparas tienden a aumentar su actividad. Las estrías en el abdomen, mamas y frecuentemente en la piel de los muslos, se deben a la distensión, a la elevación hormonal y a la deficiente elasticidad de los tegumentos.

La hiperpigmentación se presenta con una frecuencia que rebasa el 90% y no respeta color o tipo de piel. Su localización más frecuente es la cara (cloasma gravídico), areolas, línea media inferior del abdomen, cara interna de los muslos, del periné y labios mayores; todo lo citado debido al estímulo de los melanocitos.²²

2.11 Aspectos Psicológicos Durante el Embarazo

El ginecólogo inglés *Read* luego menciona que “el miedo es en cierto modo el principal agente productor del dolor en un parto que podría ser normal”. Probablemente el miedo puede ejercer un efecto perjudicial en la calidad de las contracciones uterinas y en la dilatación cervical.²³

El embarazo implica un cambio profundo en la vida de una mujer y de su familia. Los ajustes físicos y emocionales del embarazo aunados con los requeridos para convertirse en padres provocan diversos grados de estrés y ansiedad.

Algunos factores específicos que contribuyen tanto positivamente como negativamente a la respuesta psicológica de la mujer hacia su embarazo incluyen los cambios de imagen corporal, su seguridad emocional, sus expectativas culturales, el apoyo de sus allegados, etc. Un factor importante que influye en el efecto psicológico del embarazo es el grado de madurez de la mujer y su disposición para la maternidad.

2.11.1 Imagen corporal

La imagen corporal es la percepción que una persona tiene de sí misma. La imagen corporal puede definirse desde cuatro puntos de vista: apariencia, funciones, sensaciones y movilidad.

Apariencia: Cuando las mujeres llegan a la edad adulta media, ponen mayor énfasis en su yo interno y menos en su apariencia física. Sin embargo, durante el embarazo, los cambios en la forma y funciones del cuerpo son tan notorias que podrían parecer amenazadoras. La rapidez de esos cambios dificulta su integración a la percepción que tienen las mujeres de sí mismas. El solo cambio en la figura del cuerpo puede causar sentimientos negativos hacia el embarazo.

Funciones: Con frecuencia, la mujer embarazada experimenta una disminución del control sobre su cuerpo. Las molestias físicas le causan a menudo ansiedad; si se le explican los ajustes que su cuerpo experimentará con toda probabilidad y si se le asegura que los cambios son normales, podrá aceptarlos con mayor facilidad.

Sensaciones: Durante el embarazo, los sentidos podrían volverse más agudos. La mujer grávida podría ser más sensible al tacto. Su sexualidad podría modificarse y la libido podría aumentar o disminuir. La base fisiológica aparente para una sexualidad exaltada es la mayor congestión vascular del área pélvica durante el embarazo.

Movilidad: Es frecuente que la embarazada se sienta restringida en su ritmo físico normal previo al embarazo. Por lo que se le debe alentar a continuar en sus mismas actividades, en tanto no intervengan con la gestación.

2.11.2 Síndrome General de Adaptación al Embarazo (SGA)

En el síndrome general de adaptación al embarazo, se desarrollan tres periodos:

Primer periodo o de intolerancia. Equivale a una reacción de alarma, generalmente en el segundo mes, cuando el organismo materno reacciona frente al huevo, considerado como un cuerpo extraño.

Psicológicamente, este periodo se considera uno de los más importantes y peligrosos, debido a que la mujer puede volverse aprehensiva y experimentar molestias físicas provocadas por una actitud mental creada.

Segundo periodo. Comprende desde los 3 a los 7 meses. Durante este tiempo, la madre ha superado o suelto su estado de indecisión y ha logrado cambiar su actitud hacia el embarazo. Este es el periodo de adaptación, que sería equivalente al estado de resistencia, la gestante entra en una etapa de tranquilidad, hace planes para esperar a su hijo y, además, ocurre algo muy estimulante para ella: percibe los movimientos fetales. Durante este trimestre se comienza a notar el crecimiento uterino y la distensión del abdomen. Pueden aparecer las estrías. Con el embarazo se produce un aumento en la pigmentación de la cara (cloasma gravídico), de muslos, de la piel perineal y de lunares antiguos y aparece una línea oscura entre el pubis y el ombligo; también hay mujeres que muestran un aumento del vello en la cara y en la parte inferior del abdomen. Durante la gestación el cabello mejora; incluso se frena la caída.

Debido a los cambios de peso y a los cambios de posición que ha de ir adaptando pueden aparecer lumbalgias, ciatalgias, es conveniente que la mujer realice ejercicio para fortalecer la musculatura de la columna, intentar corregir las posturas anómalas y no olvidar el reposo nocturno mínimo. Se debe vigilar la tendencia a las varices, ya que aparecen hasta en un 50% de embarazadas, en piernas, vulva, vagina y mucosa

rectal (hemorroides). La mujer en estado gravídico debe realizar ejercicios de piernas, darse duchas de agua fría desde los pies hasta los muslos y evitar todo lo que le comprima las piernas, sobre todo a nivel de las pantorrillas. Para mejorar el estreñimiento durante el embarazo es bueno realizar ejercicio regularmente, beber bastante cantidad de líquido e ingerir alimentos ricos en fibras.

Es posible tener “calambres” en las piernas; generalmente se deben a un aumento de fósforo en sangre y un nivel bajo de calcio, por insuficiencia venosa, compresión de las extremidades, también fatiga y/o falta de ejercicio. También puede presentarse sensación de hormigueo y adormecimiento de las manos; es por compresión del nervio mediano debido al aumento de líquidos y también por tracción del plexo braquial.

Alrededor del cuarto mes se empezará a notar movimientos fetales, aunque al principio cuesta identificarlos, irán aumentando.

Tercer periodo. Ocurre en el tercer trimestre, tiempo en el que le suceden a la gestante modificaciones mecánicas producidas por el gran volumen del contenido uterino. En este periodo, la mujer muestra nuevamente temor hacia lo desconocido, temor por ella misma y por el niño; piensa en los procedimientos hospitalarios, posibilidad de muerte por complicaciones durante el parto, defectos del niño y crianza del mismo.

Al mismo tiempo, el útero va aumentando cada vez más de tamaño y va comprimiendo todos los órganos: la vejiga, aumentando más la frecuencia miccional; el retorno venoso agravándose las hemorroides y varices y también se puede sentir compresión torácica dificultándole la respiración. También es normal notar endurecimientos del útero desencadenados por su actividad o la del feto. ²⁴

Capítulo III
3. Desarrollo del Proceso

3.1 Etapa de Valoración



**CÉDULA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA CON
PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA PARA GINECOOBSTETRICIA (IMSS)**



	FECHA: 10/Octubre/2010	I: Seguro Popular
CONCIENCIATURA		CONTADORA

I.- INTERCAMBIO

1. CARDIACO.

Frecuencia cardiaca

Tensión arterial

2. CEREBRAL.

NIVEL DE CONCIENCIA:

Vigilia Estupor Somnolencia Obnubilación

Coma

RESPUESTA PUPILAR:

Normal Midriasis Miosis Anisocorio

APERTURA DE OJOS:

Espontánea Con estímulos

RESPUESTA VERBAL:

Congruente Incongruente

RESPUESTA MOTORA:

Voluntaria Limitada Imposibilitada

Convulsiones

3. PERIFÉRICO.

PULSO RADIAL:

Ausente Débil Normal Fuerte

COLOR DE LA PIEL:

Palidez Cianosis Ictericia Rubor

Cloasma

LLENADO CAPILAR:

Normal Disminuido

EDEMA: + ++ +++ ++++

LOCALIZACIÓN:

4. INTEGRIDAD TISULAR.

ESTRÍAS:

Presentes Ausentes

LOCALIZACIÓN:

Otras intervenciones ginecoobstétricas (describir: tipo, fecha, motivo)

Negadas

5. OXIGENACIÓN.

FRECUENCIA RESPIRATORIA: **22 x'**

Disnea Ortopnea

TABAQUISMO:

Positivo Negativo

No. De cigarrillos al día Fecha de inicio

TOXICOMANÍAS:

Positivo Negativo

Marihuana Inhalantes: (describir)

6. REGULACIÓN FÍSICA.

MENARCA: **11 años**

Ritmo **28 días** FUR **17/03/2010**

GALACTORREA:

Ausente Escasa Normal

TEMPERATURA: **36.8 °C**

7. NUTRICIÓN.

DIETA PRESCRITA: **Hiposódica**

No. De comidas al día **2 ó 3**

ALIMENTOS	DIARIO	DE 1 A 5 X SEMANA	OCASIONAL	ALIMENTOS	DIARIO	DE 1 A 5 X SEMANA	OCASIONAL
CARNE ROJA		2		FRIJOL		1	
VISCERAS			*	LENTEJAS			NO
POLLO		2-3		GARBANZO			NO
PESCADO			*	HABAS			NO
LECHE			*	CHÍCHAROS	*		
QUESO			NO	AVENA			NO
HUEVO		4		CEREALES			*
FRUTA			*	REFRESCOS	*		
VERDURAS			*	FRITURAS			*
EMBUTIDOS		3		ENLATADOS		4	

CALIDAD: Mala Regular Buena

EN DONDE COME COMUNMENTE SUS ALIMENTOS:

Hogar Fuera del hogar

INGIERE ALIMENTOS ENTRE COMIDAS:

Si No A veces

TIPO DE LÍQUIDOS QUE CONSUME:

Agua natural Agua con sabor Refresco

CANTIDAD QUE CONSUME EN 24 HRS:

Menos de 1Lt 1Lt 1 1/2 Lt 2Lt

INGESTA DE CAFEÍNA:

Si No No. De tazas al día

NÁUSEAS:

Si No Leve Moderado Severo

VÓMITO:

Si No Frecuencia en 24Hrs.

PIROSIS: Si No

Peso antes del embarazo:

Peso actual: Talla:

8. ELIMINACIÓN.

HÁBITO INTESTINAL DIARIO ANTES DEL EMBARAZO:

HÁBITO INTESTINAL DIARIO ACTUALMENTE:

ALTERACIONES:

Estreñimiento Diarrea Incontinencia

HÁBITO URINARIO DIARIO:

ALTERACIONES:

Incontinencia Retención Polaquiuria

Proteinuria Glucosuria Hematuria

II.- COMUNICACIÓN.

1. FUNCIÓN VERBAL

Normal Con dificultad Incapaz

2. FUNCIÓN NO VERBAL

Capaz Incapaz

III.- RELACIONES.

1. RELACIONES

Parentesco, edad, sexo y estado de salud de las personas allegadas con quienes viva.

PARENTESCO	EDAD	SEXO	ESTADO DE SALUD
PADRE	53	MASCULINO	CA de hígado (metástasis)
MADRE	48	FEMENINO	Aparentemente sana
HERMANA	26	FEMENINO	Aparentemente sana
HERMANO	24	MASCULINO	Tabaquismo positivo, sobrepeso
HERMANO	19	MASCULINO	Tabaquismo y alcoholismo positivos

ROL QUE DESEMPEÑA EN EL HOGAR:

RESPONSABLE DEL SUSTENTO FAMILIAR: Si No

DEPENDE DE OTRO FAMILIAR: Si No

GASTO ENERGÉTICO FÍSICO:

Activa Cansada Agotada

RELACIONES SEXUALES:

Edad de inicio de vida sexual activa:

Inicio de vida sexual con su actual pareja:

SU ESTADO ACTUAL DE EMBARAZO HA CONDICIONADO:

Cambios en sus relaciones sexuales: Si No
Rechazo a la pareja: Si No

Rechazo proveniente de la pareja: Si No

Disminución de la libido: Si No

Dispareunia: Si No

Edad en que se embarazo por primera vez:

2. SOCIALIZACIÓN.

VIVE CON:

Pareja Padres Hijos Sola Tres

LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVE ACEPTAN SU EMBARAZO:

Si No

IV.- VALORACIÓN.

SU RELIGIÓN LE PERMITE:

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA: Si No

USO DE MÉTODOS DE CONTROL NATAL: Si No

MÉTODOS DE CONTROL UTILIZADOS:

D.I.U Hormonales Ritmo Condón

O.T.B Vasectomía Coito interrumpido

SU PAREJA ACEPTA EL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Si No

V.- ELECCIÓN.

1. AFRONTAMIENTO.

RECIBE APOYO PARA EL CUIDADO DE SU/S HIJO/S:

Si No

DE QUIÉN LO RECIBE:

Padres Pareja Hijos Familiares

Otros

ALCOHOLISMO ANTES DEL EMBARAZO: Positivo Negativo

FRECUENCIA: Casual Social Frecuente

EMBRIAGUEZ: Si No

PERTENECE A ALGÚN GRUPO DE AUTOAYUDA: (especificar)

2. JUICIO.

SU EMBARAZO ACTUAL FUE: Planeado No planeado

ALGUNA VEZ PENSÓ EN EL ABORTO: Si No

QUÉ LE HIZO CAMBIAR DE OPINIÓN:

ACEPTA LA LACTANCIA MATERNA: Si No

DESPUÉS DE ESTE EMBARAZO QUE MÉTODO DE LA FERTILIDAD
ELEGIRÁ (especificar): **No sabe**

VI.- MOVIMIENTO.

1. ACTIVIDAD.

SU ESTADO ACTUAL LA LIMITA PARA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES
ACTIVIDADES:

Deambulaci3n Alimentaci3n Baño Vestirse

Acicalarse Labores diarias No

REFIERE DEBILIDAD/ FATIGA CUANDO:

Camina una cuadra Sube 20 escalones Se baña
No refiere fatiga

EJERCICIO QUE PRÁCTICA REGULARMENTE:

Caminar Correr Natación Ciclism
Aerobic's Otros

2. REPOSO.

CUANTÁS HORAS DUERME POR LA NOCHE:

0 a 2 3 a 5 5 a 8 o más

CUÁNTAS HORAS DUERME POR EL DÍA:

0 a 2 3 a 5 5 a 8 o más

HABITUALMENTE AL DESPERTAR SE SIENTE:

Cansada Tensa Somnolienta Descansada

QUÉ APOYOS UTILIZA PARA DORMIR:

Medicamentos de patente Medicina herbolaria
Ingesta de alimentos Posiciones especiales

3. RECREO.

ACTIVIDADES A LAS QUE DEDICA EL TIEMPO LIBRE:

Siesta Lectura Ver TV Escuchar música
Tejer Ir al cine Otras

4. CONSERVACIÓN DEL ENTORNO.

MATERIALES CON LOS QUE ESTA CONSTRUIDA SU CASA (especificar):

Paredes:

Pisos:

Techos:

FACTORES DE RIESGO PARA ACCIDENTES:

ESCALERAS: Con barandal Sin barandal

Cisterna Fosa séptica Pozo

LOS SERVICIOS CON QUE CUENTA (intradomiciliarios) SON:

Agua potable Electricidad Drenaje Teléfono

NÚMERO PROMEDIO DE VENTANAS POR HABITACIÓN:

0 1 2 o más

NÚMERO DE HABITACIONES:

Sala Recamaras Comedor Cocina

Baño completo Medio baño

ANIMALES DOMÉSTICOS: Fuera de la casa

Perro Gato Aves Otros

FAUNA NOCIVA EN EL HOGAR:

Cucarachas Ratas Moscas Hormigas

5. CONSERVCIÓN DE LA SALUD.

SERVICIOS DE SALUD A LOS QUE ACUDE:

Instituciones privadas Seguridad social
Asistencia pública

FRECUENCIA CON QUE HA UTILIZADO LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

0 a 2 veces 3 a 4 veces más de 4 veces

HACE USO DE LA AUTOMEDICACIÓN HABITUALMENTE:

Si No

CON SU PADECIMIENTO ACTUAL SE AUTOMEDICA:

Siempre Algunas veces Nunca

VII.- PERCEPCIÓN.

1. CONCEPTO DE UNO MISMO.

COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL:

Bueno Malo Grave

QUÉ HA HECHO PARA MEJORARLO:

Nada Seguir indicaciones médicas

Atender consejos de familiares y amigos

LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS POR SU EMBARAZO LE AFECTAN EN LA FORMA EN QUE SIENTE, PIENSA O SE VE A SÍ MISMO:

Si No

LO ANTERIOR LE PRODUCE:

Alegría Indiferencia Rehúsa mirarse en el espejo
Desesperanza Hostilidad hacia personas sanas

SIGNOS DE DUELO:

Llanto Desesperación Enojo No

CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA:

Alcohol Drogas Autolesiones No

RESPUESTA DE SU PAREJA SOBRE SU EMBARAZO:

Rechazo Aceptación Indiferencia

QUÉ LIMITACIONES PIENSA QUE LE ACARREARÁ SU EMBARAZO:

En la función sexual En su rol familiar En su rol laboral

2. PERCEPCIÓN SENSORIAL.

SU ESTADO DE EMBARAZO HA ALTERADO:

Agudeza visual Agudeza auditiva Olfato
Gusto Tacto

REFIERE LOS SIGUIENTES SINTOMAS:

Acufenos Fosfenos Hipersensibilidad mamaria

SISTEMA DE APOYO QUE UTILIZA:

PRÓTESIS: Auditiva Ocular Dental

LENTES: Gafas De contacto

VIII.- CONOCIMIENTO.

1. PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD.

DE QUIÉN HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO ACTUAL:

Médico Enfermera Partera Familiares
Amistades Otros

LA INFORMACIÓN QUE HA RECIBIDO HA SIDO:

Clara Completa Confusa Incompleta

EN QUE ASPECTOS REQUIERE MÁS INFORMACIÓN:

Alimentación Ejercicio Lactancia Higiene
Sexualidad Cuidados del recién nacido

ES CAPAZ DE IDENTIFICAR:

SIGNOS DE ALARMA: Cefalea Edema Acufenos
Fosfenos Sangrado transvaginal Ruptura de membranas
Falta de motilidad fetal Inicio de trabajo de parto

SI HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE PARTO PSICOPROFILÁCTICO, SEÑALE LAS TÉCNICAS:

De relajación Respiratoria
Para aumentar tolerancia al dolor

2. ANTECEDENTES DE SALUD.

GINECOOBSTÉTRICOS:

GESTA: PARA: ABORTOS: CESÁREAS:

F.U.R F.P.P

SEMANAS DE GESTACIÓN: FONDO UTERINO:

HOSPITALIZACIONES PREVIAS (especificar motivos y fechas):

NEGADAS

3. MEDICACIÓN ACTUAL

CONOCE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO:

Si No

DE ELLOS CONOCE:

Dosis: Si No

Horario: Si No

Acción: Si No

4. FACTORES DE RIESGO.

GRUPO Rh

GRUPO Rh DE LA PAREJA

HA TENIDO AMENAZA (S) DE ABORTO: Si No

HA TENIDO ABORTOS: Si No

HA TENIDO ÓBITOS: Si No

Fecha del más reciente:

REACCIONES TRANSFUSIONALES: **NEGADAS**

SE SABE PORTADORA DE:

Diabetes Alergias Hipertensión Cardiopatías

Epilepsia Sífilis T.B

CONTACTO CON RUBEOLA: Si No

En que trimestre:

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL; MANIFIESTA:

FLUJO: Hialino Blanco Amarillo Verde
Fétido

PRÚRITO VULVAR: Leve Moderado Severo

INCREMENTO DE PESO CON EL EMBARAZO:

USO DE ANOVULATORIOS: Si No

Cuánto tiempo:

Cuándo los suspendió:

HA INGERIDO ALCOHOL DURANTE SU EMBARAZO:

Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre

HA CONSUMIDO TABACO DURANTE SU EMBARAZO: **NEGADOS**

CIGARRILLOS AL DÍA: 0 a 3 4 a 10 11 o más

EN TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS:

TIPO:

DOSIS:

EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE:

Diabetes Hipertensión Cardiopatía Epilepsia

Obesidad Sífilis T.B Hemofilia

Retraso mental Cáncer

5. DISPONIBILIDAD.

DEMUESTRA DISPONIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN:

Deambulaci3n temprana Lactancia materna Educaci3n
Alojamiento conjunto El tratamiento m3dico
M3todos de control

6. ORIENTACI3N.

TIEMPO (sabe qu3 fecha es hoy): Si No
LUGAR (sabe en d3nde se encuentra) Si No
PERSONA (menciona su nombre completo): Si No

7. MEMORIA.

Intacta S3lo reciente S3lo retr3grada

IX.- SENTIMIENTO.

1. DOLOR/MALESTAR.

SI PRESENTA DOLOR QUE NO SEA OBST3TRICO, EXPLORAR ADAPTACI3N INDIVIDUAL:

LOCALIZACI3N DEL DOLOR:

CON IRRADIACI3N A:

CU3L PIENSA QUE ES LA CAUSA:

DESCRIBA EL PATR3N DEL DOLOR

TIPO: C3lico Punzante Opresivo

DURACI3N: Menos de 1 hra 1 a 5 Hrs 6 Hrs o m3s

FRECUENCIA: Constante Intermitente Transitorio

INTENSIDAD: Leve Moderado Severo

SE INTENSIFICA CON:

DISMINUYE CON:

2. EMOCIONAL, INTEGRIDAD, ESTADO.

PARA DUELO ANTE UNA PÉRDIDA REAL, LA PACIENTE EXPRESA:

Tristeza Depresión Temor
Negación Culpa

ANTE LA POSIBLE PÉRDIDA DE UN ÓRGANO, UNA FUNCIÓN, O DE UNA PERSONA (duelo previsto o anticipado) LA PACIENTE EXPRESA:

Aflicción Culpabilidad Enojo Tristeza

CAMBIO EN PATRONES DE:

Sueño Alimentación Sociales Disminución de la libido

TEMOR; EN LA ETAPA PERINATAL LA PACIENTE PRESENTA:

Deficiencia de atención Deficiencia de control Gritos
Tensión muscular Fatiga Taquicardia
Hipertensión Diaforesis Disnea
Irritabilidad Anorexia Falta de concentración
Información verbal de angustia
Expresión facial y postura que corresponde a la intensidad del temor

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ELABORÓ LA VALORACIÓN
MONJARAZ GUTIERREZ LILIANA TERESA

EXPLORACIÓN FÍSICA

Somatometría:

Peso: 60.500 Kg

Talla: 1.56 cm

Signos vitales:

- TA: 90/60 mmHg
- FC: 86x'
- FR: 22x'
- Temp: 36.8°C

Cabeza:

Normocefálica, sin alteraciones aparentes, buena distribución de cabello con ligera caída de éste.

Cara:

- Ojos: Simétricos, movimientos oculares normales, ligera palidez de conjuntivas, reacción normoreflexivas, agudeza visual sin alteraciones.
- Oídos: Acumulación de cerumen, buena audición.
- Nariz: Buena entrada de aire, narinas permeables, sin dolor a la palpación de senos paranasales, buena percepción de olores.
- Boca: Labios simétricos, mucosas orales hidratadas, con integridad de las piezas dentales, presenta dos amalgamas y tres caries sin tratamiento hasta el momento, con higiene bucal 1 a 2 vez al día por las noches, presenta ligero mal aliento, gingivitis, lengua de coloración normal sin alteraciones.
- Piel: Integra, semihidratada, ligera palidez de tegumentos.

Cuello:

- Movilidad: sin alteraciones aparentes
- Adenopatías negativas

Tórax:

- Piel: integra, flexible, normotérmica (36.8°C)
- Mamas: Buena coloración, simétricas, turgentes, pezones bien formados con salida de calostro, sin alteraciones aparentes, refiere hipersensibilidad, aptos para la lactancia.
- Brazos y antebrazos: Íntegros, buena movilidad de ambos, con tono y fuerza, sin alteraciones aparentes
- Manos: Integridad de ambas, simétricas, buena movilidad falanges.
- Uñas: Buena coloración, frágiles, limpias
- Respiración: Campos pulmonares bien ventilados, 22 respiraciones por minuto, sin ruidos anexos a la auscultación.
- Columna: Ligera lordosis, refiere ligero dolor al estar mucho tiempo de pie.

Neurológico:

- Actitud: Consciente, orientada en tiempo y espacio, activa, respuestas verbales, coherentes, movimientos coordinados.
- Marcha: Normal
- Reflejos: Reacción normal.

Abdomen:

- Foco fetal: 135 LPM
- Altura uterina: 25 cm
- Movimientos fetales: Presentes
- Maniobras: Presentación cefálica, Situación transversal, posición derecha, libre

Miembros pélvicos:

- Piel: Integra, con presencia de estrías en muslos, edema (++)
- Movilidad: Sin alteraciones
- Circulación: Ligera presencia de venas varicosas.

Genitales:

- Presencia de flujo vaginal escaso de color amarillo, sin mal olor; vulva y periné de características normales.

3.2 Etapa de Diagnóstico

Etiquetas Diagnósticas Encontradas

- ❖ **(DOMINIO 11)** Riesgo de infección
- ❖ **(DOMINIO 11)** Riesgo de Caídas.
- ❖ **(DOMINIO 9)** Duelo.
- ❖ **(DOMINIO 2)** Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.
- ❖ **(DOMINIO 3)** Estreñimiento.
- ❖ **(DOMINIO 4)** Trastorno del patrón del sueño.
- ❖ **(DOMINIO 4)** Fatiga
- ❖ **(DOMINIO 6)** Trastorno de la imagen corporal.
- ❖ **(DOMINIO 11)** Deterioro de la integridad cutánea.
- ❖ **(DOMINIO 5)** Conocimientos deficientes (sobre signos de alarma durante el embarazo.)
- ❖ **(DOMINIO 5)** Conocimientos deficientes (sobre sexualidad durante el embarazo.)
- ❖ **(DOMINIO 5)** Conocimientos deficientes (sobre el trabajo de parto.)
- ❖ **(DOMINIO 5)** Conocimientos deficientes (sobre métodos de planificación familiar.)
- ❖ **(DOMINIO 8)** Disposición para mejorar el proceso de maternidad (cuidados al recién nacido)
- ❖ **(DOMINIO 8)** Disposición para mejorar el proceso de maternidad (lactancia materna.)



3.3 Etapa de Planeación y Ejecución



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre de la paciente: H.Q.M **Edad:** 29 años

Dx Enfermería: Riesgo de Infección r/c defensas primarias inadecuadas (cambios del pH)

Definición del Dx: Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M no presentará los factores de riesgo que pueden provocar las infecciones de vías urinarias durante el embarazo después de la información proporcionada por el personal de enfermería.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se le informa a la paciente sobre la manera correcta de limpiar el área genital (de adelante hacia atrás). ✓ Se recomienda a la paciente utilizar ropa interior de algodón. ✓ Se sugiere a la paciente utilizar pantalones poco ajustados. ✓ Se le recomienda a la paciente evitar darse duchas vaginales y/ó utilizar aerosoles de higiene femenina. ✓ Se recomienda a la paciente orinar cuando sienta necesidad, así como antes y después del coito. ✓ Se le motiva a ingerir abundantes líquidos enriquecidos con vitamina C. 	<p>Durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria. Entre ellas se destacan: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde la vejiga al riñón, disminución del tono ureteral y vesical que se asocia a un aumento del volumen urinario en la vejiga aumentando su capacidad vesical y disminuyendo su vaciamiento (éstasis urinaria), obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha, aumento del ph de la orina especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato que favorece la multiplicación bacteriana, hipertrofia de la musculatura longitudinal del uréter, aumento de la filtración glomerular que determina la presencia de glucosa en la orina lo que favorece la aparición de los gérmenes, aumento del reflujo vesicoureteral, menor capacidad de defensa del epitelio del aparato urinario bajo, incremento de la secreción urinaria de estrógenos y el ambiente hipertónico de la médula renal.</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Nombre de la paciente: H.Q.M

Edad: 29 años

Dx Enfermería: Riesgo de caídas r/c factores ambientales (escaleras sin barandal y falta de material antideslizante en el baño.)

Definición del Dx: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M disminuirá los factores de riesgo predisponentes para ocasionar caídas dentro y fuera del hogar, después de la información proporcionada por la enfermera.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✓ Se le sugiere colocar un barandal en la escalera.✓ Se le informa la importancia de colocar un tapete antideslizante en la bañera.✓ Se brinda información sobre el uso de calzado cómodo y seguro durante el embarazo.	<p>El aumento de la lordosis durante la gestación, llamada de compensación, se relaciona con una mayor curvatura hacia delante de la pelvis, lo que lleva a que se presenten variaciones en la posición. El objetivo de la citada lordosis es la de realinear la curvatura espinal que produce la lordosis cervical y lumbar y la cifosis dorsal, desplazando el centro de gravedad hacia atrás sobre las extremidades inferiores. Por ello se hace importante la seguridad en el hogar con barandales en las escaleras ya que evitan el riesgo de caídas, por falta de equilibrio.</p> <p>Es importante la utilización de tapetes antideslizantes en las bañeras, debido a que reducen en un gran número la exposición a una caída,</p> <p>Durante el embarazo se recomienda usar calzado con tacón medio de unos cinco centímetros, ya que los tacones muy largos agravan la curvatura dorsal, mientras que el zapato plano favorece el aplastamiento de la bóveda plantar.</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Nombre de la paciente: H.Q.M **Edad:** 29 años

Dx Enfermería: Duelo r/c anticipación de la pérdida de una persona significativa (padre) m/p sufrimiento.

Definición del Dx: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familia y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M manifestará sus sentimientos y percepción ante la situación familiar que acontece en su vida, en los momentos de charla que tiene con la enfermera.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✓ Se anima a la paciente a manifestar sentimientos, percepciones y miedos sobre el acontecimiento presente en su vida.✓ Se sugiere a la paciente realizar actividades que se encaminen a la reducción del duelo: tejer, escuchar música, lectura, caminar.	<p>Los psicoterapeutas se refieren al duelo como: un trabajo lento, tedioso y doloroso. Sin embargo, solamente trabajando con la pena, enfrentando los sentimientos de coraje y desesperanza y adaptándose emocional e intelectualmente a la pérdida puede la persona sobreponerse y retomar el control sobre su vida.</p> <p>El apoyo emocional proporciona seguridad y ánimo en momentos de tensión, además de incrementar el bienestar emocional y físico del paciente, permitiendo el cambio de conductas, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la recuperación de su salud.</p> <p>Un encuentro con la muerte nos hace sentir desamparados y vulnerables. La más común, y una de las experiencias más dolorosas es la muerte de un padre o de una madre.</p> <p>La pena produce cambios en el sistema nervioso, hormonal y respiratorio y puede afectar las funciones del corazón, la sangre y el sistema inmunológico del cuerpo.</p> <p>Adultos en duelo pueden experimentar cambios de ánimo que varían desde tristeza, coraje, culpa y ansiedad.</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre de la paciente: H.Q.M Edad: 29 años



Dx Enfermería: Desequilibrio Nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores biológicos (embarazo) m/p informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.

Definición del Dx: Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M aprenderá qué alimentos son importantes en una dieta diaria durante el embarazo, después de haber recibido información a través del material didáctico proporcionado por la enfermera.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✓ Se proporciona a la paciente información adecuada acerca de necesidades nutricionales durante el embarazo.✓ Se le explica a la paciente en qué consiste el plato del buen comer a través de un tríptico.✓ Se ajusta la dieta al estilo de vida de la paciente.✓ Se recomienda eliminar alimentos muy condimentados, e irritantes de la dieta de la paciente.✓ Se recomienda disminuir la sal de la dieta.	<p>Durante el embarazo se producen muchos cambios fisiológicos, hormonales y bioquímicos que influyen sobre las necesidades de nutrición de la mujer y sobre la eficacia con que el organismo utiliza los nutrientes.</p> <ul style="list-style-type: none">* Necesidades de proteínas: Las proteínas sirven para la construcción de tejidos maternos y fetales y son las responsables del crecimiento del cerebro en el feto.* Necesidades de lípidos: Se recomienda la ingesta de ácido linoléico, que interviene en el crecimiento fetal y de su S.N.C.* Necesidades de glúcidos: El tipo de glúcidos recomendables, son los de absorción lenta como por ejemplo las féculas, pan, arroz, etc.* Necesidades hídricas: Estarán cubiertas con un consumo similar al habitual, entre 1,5 y 2 litros por día.* Necesidades de minerales: Son responsables del crecimiento del esqueleto fetal. Alimentos ricos en calcio son la leche y sus derivados. Alimentos ricos en hierro son las carnes rojas, las vísceras y el hígado.* Necesidades vitamínicas: Vitamina D: Se encuentra en la leche y la manteca. Vitamina C: Se encuentra en las frutas y legumbres. Vitamina B: Se encuentra en alimentos de origen animal. <p>No se justifica la restricción agresiva de sodio en el embarazo, pero el consumo diario no debe ser menor de 2 a 3 g.</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre de la paciente: H.Q.M

Edad: 29 años



Dx Enfermería: Estreñimiento r/c embarazo, malos hábitos alimenticios y aporte insuficiente de líquidos m/p cambios en el patrón intestinal, eliminación de heces duras, secas y formadas, dolor al defecar.

Definición del Dx: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M conocerá las causas del estreñimiento y las modificará después de que la enfermera le proporcione la información correspondiente a través de un tríptico.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✓ Favorecer en la paciente la ingesta de alimentos ricos en fibra.✓ Animar a la paciente a una buena ingesta de líquidos durante el día.✓ Informar a la paciente debe ir al baño, debe de ir en cuanto tenga ganas de defecar.	<p>El estreñimiento se produce por la retención de materia fecal en el intestino. La ingesta de fibra no soluble ayuda a aumentar la materia fecal lo que produce un aumento del peristaltismo que expulsaran las heces al exterior. Por otra parte la ingesta de fibra soluble, ayuda a reblandecer las heces y facilitarán la expulsión a través de la defecación. La digestión es el proceso por el cual conseguimos asimilar los nutrientes de los alimentos que ingerimos a diario. Junto a los nutrientes que asimilamos, existen otras sustancias de desecho que el organismo tiene la necesidad de eliminar. Retrasar el momento de eliminar los residuos puede ser muy malo para el organismo, ya que si no eliminamos las heces, el intestino que encontrará colapsado y asimilará mucho peor los nutrientes de los nuevos alimentos que debemos procesar. El agua ayuda al paso de la fibra a través del sistema digestivo, razón por la cual se deben consumir líquidos en forma abundante (de 1L a 2L de agua)</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Nombre de la paciente: H.Q.M **Edad:** 29 años

Dx Enfermería: Trastorno del patrón del sueño r/c cambios fisiológicos del embarazo m/p quejas verbales de no sentirse bien descansada.

Definición del Dx: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M conocerá técnicas de relajación para poder conciliar el sueño y tener un buen descanso, después de la información y material proporcionado por la enfermera.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✓ Se le proporciona a la paciente un CD con música relajante que le ayude a conciliar el sueño.✓ Se recomienda a la paciente fijar una hora adecuada de ir a dormir.✓ Se le explica para qué sirve la técnica de aromaterapia.	<p>La utilidad de la relajación estriba en que conduce a la consecución de un estado de reducción de la activación general del organismo, con lo que esto supone de beneficio, tanto a nivel subjetivo, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a la propia salud física y psicológica.</p> <p>La liberación de catecolaminas, como son adrenalina, noradrenalina, dopamina, entre otras, generadas bajo un estrés, se traduce en un estado de ansiedad.</p> <p>Se define a la musicoterapia simplemente como la aplicación sistemática de música para producir relajación, cambios emocionales, de comportamiento o fisiológicos. Los efectos biológicos que ejerce la música sobre el organismo vivo son variados y pueden ocasionar diferentes repercusiones, según las características de la melodía, siendo éstas el incremento o disminución de las variables hemodinámicas.</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre de la paciente: H.Q.M Edad: 29 años



Dx Enfermería: Fatiga r/c embarazo m/p cansancio y percepción de necesitar energía adicional para realizar las tareas habituales.

Definición del Dx: Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M conocerá métodos eficaces para sentirse descansada después de la charla impartida por la enfermera.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✓ Se recomienda a la paciente que fije horas adecuadas de ir a dormir (preferiblemente que sean 8 horas de descanso)✓ Se anima a la señora H.Q.M que tome un momento de descanso durante su jornada laboral.✓ Se recomienda dar una ducha con agua tibia✓ Se le recomienda a la paciente colocar los pies en agua tibia antes de ir a dormir, por 15 minutos.✓ Al acostarse recomendar colocar sus pies sobre una almohada, para tener una ligera elevación de miembros pélvicos.✓ Se le proporciona un tríptico sobre ejercicios para la relajación de músculos y articulaciones.	<p>La postura adecuada, sobre todo a partir de los seis meses, es la de decúbito lateral izquierdo, ya que el peso del feto sobre la vena cava puede producir el síndrome de la vena cava, provocando una hipotensión postural. El dormir bien ayuda al sistema nervioso central, contribuye a conservar la integridad neuronal, lo cual implica mejorar performance en la memoria y el aprendizaje. Se ha demostrado que dormir fortalece las defensas del cuerpo, y aumenta la resistencia contra enfermedades. El aparato circulatorio también es favorecido, ya que realiza menos esfuerzo que en el día. Además la posición horizontal hace que el sistema circulatorio no haga tanto esfuerzo para llevar sangre al corazón. El aparato locomotor, músculos, huesos y articulaciones al estar en posición horizontal liberan la tensión acumulada durante el día, las malas posturas y demás. Mientras dormimos, se disminuye el gasto energético y este ahorro de energía que se hace siempre se va a usar para "reparar" algún caso de agotamiento interno. La oxigenación también es favorecida, ya que al dormir la respiración se hace más profunda y lenta. Esto hace que todas las células reciban el oxígeno necesario, correctamente. La elevación de los miembros inferiores ayuda al buen retorno venoso. La mala circulación puede provocar varices, por ello se debe tomar un descanso durante el día, y hacer una elevación de 10 a 15 cm de los miembros pélvicos.</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre de la paciente: H.Q.M

Edad: 29 años



Dx Enfermería: Trastorno de la imagen corporal r/c embarazo m/p verbalización de cambios en el estilo de vida.

Definición del Dx: Confusión en la imagen mental del yo Físico.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M conocerá todos los cambios anatómo-fisiológicos y psicológicos normales que se presentan durante el embarazo después de la información proporcionada por la enfermera.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se proporciona información a través de una charla y con apoyo de un folleto sobre los cambios normales anatómo-fisiológicos y psicológicos durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. ✓ Se aclaran dudas de la paciente a cerca del tema. 	<p>Durante la etapa de embarazo la mujer sufre cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos los cuales debe conocer y adaptarse a ellos, para poder disfrutar de esta etapa sin temores, participando activamente en su cuidado.</p> <p>Cuando las personas tienen conocimiento sobre la situación que presentan, hay una considerable reducción del miedo a lo desconocido, lo que provoca confianza en sí mismas para detectar problemas que las mismas circunstancias les presenten.</p> <p>Primer trimestre.-Esta es una época de gran inseguridad emocional y estrés, aparecen dudas sobre la realidad del embarazo o sobre si éste llegará a término o no. Se perciben deseos de dormir más de la habitual (hipersomnio), en las relaciones sexuales, puede haber una discreta disminución del deseo sexual. Todos estos miedos y ansiedades se van atenuando según va avanzando el embarazo.</p> <p>Segundo trimestre.-Es un período caracterizado por la estabilidad, adaptación y seguridad. Es en este período cuando comienza la comunicación entre madre e hijo, aparecen los antojos y en cuanto al apetito sexual se observa un aumento de los deseos respecto al primer trimestre.</p> <p>Tercer trimestre.-Este período se caracteriza por la sobrecarga, generalmente comienza con un sentimiento de tranquilidad y suele desaparecer el miedo hacia la normalidad o no del hijo, quedando únicamente reducido al temor del momento del parto y de que éste produzca o no sufrimiento al hijo, también es común que la mujer en este último período se sientan poco atractivas, y les preocupa el no gustar a su pareja. Las relaciones sexuales suelen disminuir de nuevo en este periodo.</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Nombre de la paciente: H.Q.M

Edad: 29 años

Dx Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea r/c factores de desarrollo (embarazo) m/p alteración de la superficie de la piel (estrías).

Definición Del Dx: Alteración de la epidermis y/o dermis.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M conocerá la causa de las estrías y prevenir más apariciones, después de la información proporcionada por la enfermera.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✓ Se informa a la paciente la razón por la cual aparecen las estrías.✓ Se aconseja a la paciente a utilizar abundante crema antiestrías durante el día para hidratar la piel.	<p>Durante el embarazo existe un aumento en la elasticidad de las fibras musculares de ciertas áreas del cuerpo de la mujer. Por lo que es necesario que la piel esté hidratada para que las fibras de colágeno y elastina soporten sin romperse la presión que el estiramiento de la piel sufre mientras el producto está creciendo, particularmente en la región del abdomen, los senos y los muslos, no obstante se debe hidratar todo el cuerpo.</p> <p>Aunque las estrías gravídicas son sólo en parte previsibles, es fundamental evitar una ganancia excesiva de peso, mediante una dieta adecuada, mantener un buen tono muscular mediante ejercicio diario y el realizar masajes en la piel que va a sufrir mayor distensión empleando una crema hidratante; el masaje se debe realizar con las palmas de las manos extendidas realizando movimientos circulares desde los flancos hacia el pubis, siguiendo después hacia el ombligo.</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre de la paciente: H.Q.M

Edad: 29 años



Dx Enfermería: Conocimientos deficientes sobre signos de alarma durante el embarazo r/c mala interpretación de la información m/p verbalización del problema.

Definición del Dx: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico

Resultados Esperados: La señora H.Q.M conocerá los signos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo y la importancia de reconocerlos, después de la información proporcionada por la enfermera.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✓ Se proporciona a la paciente un folleto con información clara y precisa que explique los signos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo.✓ Se le informa a la paciente la importancia de reconocer los signos de alarma y acudir al médico inmediatamente en caso de presentar alguno.	<p>La educación es la base para que se modifiquen patrones de conductas que favorezcan la buena salud. Los hábitos sanitarios autodestructivos pueden eliminarse con la ayuda de la modificación de las conductas a través de la información que favorecen en la toma de conciencia del hábito erróneo y adquirir hábitos saludables.</p> <p>La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto.</p> <p>La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario). Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal.</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Nombre de la paciente: H.Q.M **Edad:** 29 años

Dx Enfermería: Conocimientos deficientes sobre sexualidad durante el embarazo r/c mala interpretación de la información m/p verbalización del problema.

Definición del Dx: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M adquirirá conocimientos sobre el tema de sexualidad durante el embarazo, después de la charla proporcionada por la enfermera.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✓ Se explica a la paciente los cambios emocionales que pueden provocar una disminución de la libido.✓ Se informa a la paciente la importancia de tener una buena comunicación sobre este tema con su pareja.✓ Se le explica a la paciente que situaciones podrían afectarle al producto y cuáles no lo ponen en riesgo.✓ Se les informa sobre diferentes posiciones que se pueden utilizar para relaciones más satisfactorias durante el embarazo.✓ Se motiva a la pareja para incrementar el apego físico.	<p>El embarazo puede ser un tiempo de cambios de estado de ánimo tanto para la mujer como para la pareja. Ella podría sentirse cansada, ansiosa, feliz, deprimida, esperanzada, asustada, maternal, bella, incómoda y poco atractiva. Por otro lado, el padre podría sentirse orgulloso de haber engendrado un hijo o podría sentirse ansioso por las nuevas responsabilidades.</p> <p>Estos cambios en el estado de ánimo pueden afectar los sentimientos que tienen hacia el otro y su deseo de tener relaciones sexuales. Tener relaciones sexuales generalmente no es doloroso durante el embarazo. No se deben colocar ningún tipo de juguetes sexual ni otro objeto en su vagina o recto durante el embarazo.</p> <p>Las parejas tienen relaciones sexuales con distintas frecuencias e, incluso, ésta varía mes a mes. Algunas mujeres no están interesadas en tener relaciones sexuales durante los tres primeros meses de embarazo. Ello se puede deber al cansancio y a los cambios hormonales. Esta sensación a menudo cambia después del primer trimestre, cuando se presenta un deseo de tener relaciones sexuales y aumenta la energía.</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Nombre de la paciente: H.Q.M

Edad: 29 años

Dx Enfermería: Conocimientos deficientes sobre el trabajo de parto r/c mala interpretación de la información m/p verbalización del problema.

Definición del Dx: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M conocerá en qué consisten las etapas y fases del trabajo de parto después de la información que la enfermera proporcione.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✓ Se le proporciona información a la paciente a través de un tríptico sobre las etapas y fases del trabajo de parto.✓ Se aclaran dudas de la paciente después leer el material proporcionado.	<p>El Trabajo de Parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto en la mujer).</p> <p>La embarazada debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias al hospital, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino.</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Nombre de la paciente: H.Q.M

Edad: 29 años

Dx Enfermería: Conocimientos deficientes sobre métodos de planificación familiar después del parto r/c mala interpretación de la información m/p verbalización del problema.

Definición del Dx: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M y su pareja conocerán la importancia de elegir un método de planificación familiar, seguro y eficaz que se adecue a sus necesidades después del parto, posterior a la información proporcionada por la enfermera.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✓ Se le da a conocer la importancia de utilizar un método de planificación familiar después del parto.✓ Se da consejería sobre los métodos de planificación que se puede utilizar después del embarazo, con apoyo de un tríptico como material didáctico.	<p>Hablar de planificación familiar y de métodos de planificación familiar es un asunto importante y serio. Porque hacerlo es hablar también de lo que se quiere, de lo que se tiene, de lo que podemos, de lo que necesitamos y de lo que anhelamos.</p> <p>Además, las reflexiones y las decisiones de planificación familiar vinculan y relacionan entre sí los principios, los valores y los proyectos de vida de dos personas, un hombre y una mujer, quienes además de sus diferencias biológicas, tienen su propia identidad. Al mismo tiempo, son iguales porque tienen los mismos derechos y merecen las mismas oportunidades.</p> <p>La planificación familiar tiene diferentes estrategias: retraso del primer embarazo, espaciamiento de los nacimientos, y limitación definitiva de los mismos cuando se ha alcanzado el tamaño de familia deseado.</p> <p>Las estrategias de planificación familiar son “camino” que se pueden seguir para tener el número de hijas e hijos planeados. Por ello la importancia de que las parejas conozcan los diferentes métodos de planificación familiar que pueden utilizar, tomando en cuenta lo que más les conviene según sus planes futuros después del parto.</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Nombre de la paciente: H.Q.M

Edad: 29 años

Dx Enfermería: Disposición para mejorar el proceso de maternidad m/p busca los conocimientos necesarios sobre cuidados al recién nacido.

Definición del Dx: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M reforzará su disposición, mediante el aprendizaje de los cuidados al recién nacido, después de la plática proporcionada por la enfermera.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>✓ Se le proporciona a la paciente información referente a los cuidados que debe tener con el recién nacido a través de una charla.</p>	<p>El cuidado del recién nacido normal tiene como objetivo supervisar que el proceso de adaptación del recién nacido se realice en forma normal y ayudar a la madre a comprender las características propias de este período y de fenómenos fisiológicos que no ocurren en ninguna otra edad. Hay un período de adaptación clave en los primeros días entre la madre y el recién nacido que abarca funciones biológicas, psicológicas y espirituales. El impacto existencial que tiene el nacimiento de un hijo en los padres es uno de los eventos de mayor intensidad en su vida.</p> <p>Es importante que la paciente se familiarice con las atenciones que debe brindar al recién nacido en su domicilio para que desempeñe un buen rol de cuidador. Y con esto el recién nacido tenga un crecimiento y desarrollo sano. Es importante que la madre conozca los signos de alarma del recién nacido para que los pueda identificar y acudir de inmediato a los servicios de salud en caso de ser necesario.</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre de la paciente: H.Q.M

Edad: 29 años



Dx Enfermería: Disposición para mejorar el proceso de maternidad m/p busca los conocimientos necesarios sobre lactancia materna.

Definición del Dx: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.

Resultados Esperados: La señora H.Q.M reforzará sus conocimientos sobre lactancia materna, después de la información proporcionada por la enfermera.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se le proporciona a la paciente información referente a lactancia materna a través de un rotafolio y apoyo de un modelo anatómico. 	<p>La leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros 6 meses de vida, porque contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas, grasa y suministra las enzimas digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los niños requieren, así como anticuerpos de la madre.</p> <p>Es necesario que las madres tenga una información detallada sobre lo que es la lactancia para que ellas puedan comprendan lo importante que será para su recién nacido la alimentación por seno materno en los primeros meses de vida. Al mostrarle una técnica adecuada a la paciente le ayudara a que realice una lactancia eficaz. Es importante seguir un método congruente para ayudarla a iniciar la lactancia.</p> <p>Es importante que la mujer mantener una nutrición adecuada, así como beber todos los días bastante líquido, especialmente agua, descansar lo suficiente, cuidar adecuadamente las mamas sobre todo los pezones para que no se agrieten debido a malas técnicas de amamantamiento.</p>

Evaluación

La evaluación se empieza desde etapas tempranas del proceso de enfermería, controlando las respuestas del paciente a las intervenciones y realizando los cambios necesarios en el plan de cuidados, y es durante esta etapa cuando se debe completar una evaluación detallada de todo el proceso. La evaluación proporciona la retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del consumidor y maximiza el valor de la provisión de cuidados de la salud. Por lo anterior se describe la evaluación de acuerdo a los resultados esperados planteados en el plan de cuidados.

En lo que se refiere al diagnóstico de riesgo de infección, la paciente refirió evitar en lo posible ropa interior que no sea de algodón. También mencionó sentirse cómoda con ropa menos ajustada, sin embargo no lo ha podido realizar permanentemente, debido a que tiene pocas prendas holgadas. Ha tratado de ingerir líquidos, sobre todo jugos, pero sin llegar a los dos litros. Refiere que a veces no acude al sanitario al tener el deseo de miccionar.

Referente al diagnóstico de riesgo de caídas, se lograron los resultados esperados, ya que la paciente colocó un tapete antideslizante en su regadera, ha optado por utilizar zapatos bajos como tenis o zapatos de tacón bajo, y aunque mencionó que no pudo colocar el barandal en la escalera, optó por bajar despacio por ella.

Con respecto al diagnóstico de duelo, se logró que la paciente manifestara sus sentimientos y percepción ante la situación familiar que acontece en su vida, pero ante la posible pérdida, la paciente refiere que continua teniendo sentimientos de sufrimiento, pero comentó que su fe es una ayuda muy grande con la que trata de manejar el problema de la mejor manera.

En cuanto al diagnóstico de desequilibrio nutricional, la señora H.Q.M refirió que le es difícil llevar la dieta sugerida, porque le es complicado comer tan variado y a veces no cuenta con el tiempo suficiente para comer lo que lleva a su trabajo. Ha logrado evitar ingerir irritantes y sal en sus alimentos.

En lo que respecta al estreñimiento la paciente conoció las causas, pero por preferencias no incluyó la cantidad de fibra necesaria en su dieta. A pesar de esto no se ha incrementado el estreñimiento, la paciente sigue evacuando 1 vez al día y disminuyeron las molestias.

En lo que se refiere al diagnóstico de trastorno del patrón del sueño, la paciente mencionó haber escuchado el CD el primer día, y no tardo tanto en conciliar el sueño, lo que la hizo sentirse mejor y optó por ponerlo durante las noches y en algunas ocasiones cuando se sintió ansiosa y estresada. Los inciensos los utiliza poco ya que es desagradable para su pareja, aunque a ella si le causa un ambiente

relajado. Y con respecto al horario, refirió que no ha podido adecuar una hora para ir a dormir.

Respecto al diagnóstico de fatiga, la paciente realizó los ejercicios propuestos para la relajación muscular, colocó sus pies en agua tibia, y durmió con la almohada bajo sus pies, y optó por tomar un baño antes de dormir, esto favoreció para disminuir la pesadez y el dolor de espalda que presentaba.

Con respecto al trastorno de la imagen corporal refirió conocer los cambios que presentaría durante el embarazo y así aceptó su nueva imagen y disfrutó de su embarazo.

En cuanto al diagnóstico de deterioro de la integridad cutánea, la paciente refirió sentir más elasticidad en su piel, después de haber lubricado con más frecuencia su piel.

Referente al diagnóstico de conocimientos deficientes sobre signos de alarma durante el embarazo, la paciente conoció y mencionó los signos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo y la importancia de reconocerlos. Y en caso de presentar alguno de ellos acudir al médico

En lo que se refiere a la falta de conocimientos sobre sexualidad durante el embarazo, la señora H.Q.M conoció cómo puede manejar su sexualidad, platicó con su pareja sobre el tema y pudieron llegar a acuerdos, refiriendo la paciente que ya existe una mejor relación entre ellos.

Con respecto al diagnóstico de conocimientos deficientes sobre el trabajo de parto, la paciente los conoció y refirió poder identificar el inicio del trabajo de parto cuando este se presente.

Concerniente a la falta de conocimientos sobre métodos de planificación familiar, la señora H.Q.M y su pareja conocieron los métodos de planificación familiar y optaron por que utilizaran el DIU después del parto.

En cuanto a la disposición de la señora H.Q.M de reforzará su disposición para mejorar el proceso de maternidad en cuanto a los cuidados del recién nacido, se mostró siempre entusiasta con la información proporcionada. Y refirió que podrá realizarlos llegado el momento.

Con relación al diagnóstico de disposición para mejorar el proceso de maternidad con respecto a lactancia materna, la paciente reforzó los conocimientos que ya tenía con respecto al tema, y demostró con un modelo anatómico, las posiciones correctas

de amamantar. Y refirió entusiasmo para que ya llegue el momento en que pueda realizarlo.

Conclusiones

El Proceso de Enfermería se conceptualiza como un proceso sistemático, reflexivo y fundamentado para dar atención de enfermería, con base a necesidades y al mismo tiempo es un instrumento para el aprendizaje porque logra desarrollar una actitud ordenada reflexiva, creativa y científica en la impartición de cuidados de enfermería aplicable a diferentes modelos de atención.

Definitivamente es práctico y necesario aplicar el Proceso de Enfermería sustentado en un marco teórico y/o modelos conceptuales. Porque nos perfila como profesionales a determinar el campo propio de actuación.

Los patrones de respuestas humanas constituyen un marco de referencia propio que nos encamina a atender justamente esa respuesta única y diferente que presentan las personas ante un proceso de salud- enfermedad.

La aplicación práctica del Proceso Enfermero, requiere el desarrollo de aptitudes y habilidades, así como también la organización del pensamiento, lo que permita aprender a aplicar conocimiento verdadero, que transforme la realidad. El valorar exige que se tenga una comprensión social de los procesos de la salud y la enfermedad, para así determinar su abordaje integral en el individuo. Esta etapa estimula en el estudiante el aprender a establecer un ambiente de confianza y de comunicación necesarias para lograr una buena relación terapéutica con el paciente y con sus familiares. La planeación supone una correcta valoración, lo que implica la necesidad de conocer la unidad humana en el sentido de su integración biopsicosocial, para que a partir de ello se detecten completamente las necesidades y problemas del paciente y se planeen cuidados y acciones que les den solución. Por otro lado la planeación estará sustentada en un diagnóstico de enfermería integrador y flexible; por tanto al planear se consideran dos premisas básicas: la experiencia de la enfermedad es socialmente única para cada individuo y el proceso de esta enfermedad no sólo implica al individuo, sino también a la familia y a la comunidad.

El Proceso de Enfermería, como instrumento para la formación del estudiante, puede desempeñar una función trascendental que no se limita a servir de herramienta del aprendizaje, sino que además puede permitir en el estudiante, la obtención y apropiación de conocimientos fundamentales de la disciplina y a través de su aplicación, el desarrollo de procesos mentales indispensables para el ejercicio profesional. También puede favorecer en él, el desarrollo de actitudes y la adquisición de valores que alimentan su desarrollo personal y profesional con ello, mejora las perspectivas de la atención de enfermería.

En la medida que se logren cambios positivos a favor de la educación en enfermería, la formación y el aprendizaje del estudiante se podrá establecer en la aplicación del Proceso Enfermero como una estrategia fundamental para lograr la completa profesionalización de la enfermería, permitiendo el avance hacia la excelencia en la atención y al reconocimiento social como profesión autónoma, humanística y científica.

Sugerencias

- ④ El Proceso de Enfermería debe ser aceptado y adoptado por los estudiantes, para poder tener un mayor impacto al determinar los conocimientos necesarios y la naturaleza de la práctica.
- ④ Se debe implementar en los alumnos la responsabilidad de adquirir prontamente nuevos conocimientos para que a su vez puedan aplicarlos en Proceso de Enfermería.
- ④ Se debe favorecer el desarrollo de pensamiento científico, en el estudiante estimulando un desarrollo y formación profesional.
- ④ Debe ser promovida la investigación en enfermería en todas las áreas como medio para alcanzar un avance y desarrollo verdadero.
- ④ El Proceso de Enfermería es una muy buena opción de titulación, por lo que es importante invitar a los compañeros, a tomar en cuenta la el Proceso como un fin para sellar con broche de oro todo una etapa de estudios. Haciéndolo de una forma responsable, sencilla y comprensible.

Glosario de Términos

ANALIZAR: Examinar y clasificar fragmentos de información para determinar dónde puede situarse.

BASE DE DATOS: información que describe el estado de un problema antes de iniciar el tratamiento.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Grupo de signos, síntomas y factores de riesgo que con frecuencia se ven en un determinado diagnóstico de enfermería.

CUALIFICACIÓN: Tener el conocimiento y la autoridad para hacer algo.

DATOS OBJETIVOS: Información que es concreta *observable*, es decir información que puede ser seguida y comprendida, sentida, oída, sentida con el gusto u olfato.

DATOS SUBJETIVOS: Información que el paciente o paciente expresa a la enfermera durante la valoración.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta holística humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Estado traumático y de enfermedad que es validado mediante estudios diagnósticos médicos, y en el que el tratamiento se centra en la corrección o prevención de la patología de órganos o sistemas corporales específicos.

DIAGNÓSTICO: Segunda etapa del proceso de enfermería, durante la cual se analizan y agrupan los datos con el propósito de identificar y describir el estado de salud (capacidades de salud reales o potenciales).

EJECUCIÓN: Cuarta etapa del proceso de enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados.

ESTANDAR DE ENFERMERÍA: Una definición o protocolo que describe como debería la enfermera administrar sus cuidados en una situación concreta.

ETIOLOGÍA. Causa o factores contribuyentes de un problema de salud.

ETIQUETA DE LA CATEGORÍA: Título que da una descripción concisa del diagnóstico de enfermería.

FACTOR DE RIESGO: Acción o circunstancia que contribuye o crea un problema específico.

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA: Frase que describe claramente un problema de salud.

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE DE ENFERMERÍA: Acción prescrita y realizada por una enfermera que no requiere un protocolo escrito u orden médica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Acción realizada por una enfermera para prevenir la enfermedad (o sus complicaciones) y para promover, mantener y recuperar la salud.

OBJETIVO (RESULTADO) CENTRADO EN EL PACIENTE: Objetivo del paciente/paciente que describe datos mesurables que le dicen si el individuo ha logrado los beneficios esperados de los cuidados de enfermería.

OBJETIVO A CORTO PLAZO: Objetivo que se espera lograr en un plazo corto de tiempo, en general menos de una semana.

OBJETIVO A LARGO PLAZO: Objetivo que se espera lograr en un plazo de tiempo relativamente largo, en general semanas o meses.

ÓRDENES DE ENFERMERÍA: Texto escrito por la enfermera en el que se especifican las intervenciones de enfermería que deberían seguir todas las enfermeras que cuiden a un paciente específico.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Un plan escrito de cuidados de enfermería que describe los diagnósticos de enfermería, resultados esperados, órdenes de enfermería y evolución del paciente.

PLAN DE TRATAMIENTO MÉDICO: Plan usado por los médicos para tratar enfermedades (se centra en la corrección de la patología o lesiones de órganos y sistemas).

PLANIFICACIÓN: Tercera etapa del proceso de enfermería, durante la misma se definen objetivos, se identifican las actividades y se desarrolla un plan de cuidados de enfermería.

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE: Un problema de salud (complicación) real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico.

PROCESO DE ENFERMERÍA: Método sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería, centrándose en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a alteraciones de la salud reales o potenciales.

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO: Método de pensamiento que implica el uso específico, deliberado, de la lógica para alcanzar conclusiones sobre el estado de salud de un individuo.

REGISTRO: Método de anotación de datos fácticos, concisos, y descriptivos para comunicar la valoración del paciente y las actividades de enfermería realizada por y para el paciente.

VALIDACIÓN: Proceso de confirmación de que la información o datos que se han recogido son verdaderos y basados en hechos.

VALORACIÓN: Primera etapa del proceso de enfermería, durante la cual se reúnen y examinan los datos, en preparación para la segunda etapa. El diagnóstico.

Referencia Bibliográfica

1. Moreno Aguilar Victoria. Mendoza Robles Lily. *Proceso de Enfermería, Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes*. 2006. p. 22
2. IMSS, Memorias. *Proceso de Enfermería, base teórica y perspectivas en la práctica profesional* Méx. DF. Mayo. 1995. p. 165
3. Rev. Cubana Educ. Med. Super. El proceso de atención de enfermería y la formación de profesionales 2001;15(1). p. 8,30
4. T. Heather Herdman, PhD, RN. NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación*. 2009-2011. Ed. Elseiver. p. 3
5. Lyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. *Proceso y diagnóstico de enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1997. p. 9,11-14
6. Atkinson Leslie. *Proceso Atención de Enfermería*. 2da edición. Ed. Manual Moderno. 1985. Méx. p. 2
7. Alfaro R; Lefevre: *“Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración”*. (Barcelona) España. 5ta edición. Masson 2003, p. 4,23, 36-66, 99-107, 124-134, 150-155, 190-195
8. Pérez Hernández. MJ. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2002; 10(2), p. 6,62.)
9. Reyes L. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Revista Ciencia y Enfermería* 2007; 13(1), p. 45,57
10. Roldan A. Proceso de atención de enfermería. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* 1999; 17(2).
11. Noguera Ortiz Norma Yaneth. Método enfermero. Disponible en: <http://www.eseo.ipn.mx/map/map001/xtra/Metodo%20Enfermero.pdf> (consultado el 24-06-2010)
12. Kozier B, Erd G, Blais K. *Conceptos y técnicas en la práctica de enfermería*. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill; 2000, p. 59,139.

13. M. Phaneuf. La planificación de los cuidados de enfermería. Méx. 1999. p.12.
14. Moreno Aguilar Victoria. Mendoza Robles Lily. Proceso de Enfermería, Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes. 2006. p. 120, 152-160.
15. Ferreiro C. Consideraciones sobre la ética y perfil profesional. Cuaderno de Bioética. 1998;(2):28.
16. Carpenito L. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1988. Ed. Revolucionaria. p. 21.
17. Ugalde Apalategui. M. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Madrid: Masson; 1994. p. 1-13.
18. Carpenito. L. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. 1 ed. España. Madrid McGraw-Hill; Interamericana. 1994. p.16,17.
19. T. Heather Herdman, PhD, RN. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación. 2009-2011. Ed. Elseiver. p. 4-5.
20. Atkinson Leslie. Proceso Atención de Enfermería. 2da edición. Ed. Manual Moderno. 1985. Méx. p.2.
21. Alfaro Rosalinda – Lefevre. Aplicación del proceso de atención enfermero: paso a paso. 4ª Edición. Springer. 2001
22. Programa de actualización continua en Ginecología y Obstetricia PAC GO-3. México: 2009. p. 646-652
23. Pritchard, Jack A. et al. 3a Ed. Barcelona (España). 1986, p.115,116,118,119,121,131
24. Granada P, María Victoria, et al. La mujer y el proceso reproductivo. Atención primaria de salud. Ed, Guadalupe LTAD. Bogotá Colombia. 1990.

ANEXOS

EMBARAZO

El embarazo comienza cuando los gametos sexuales de un hombre entran en contacto con los de una mujer que provienen de los testículos y de los ovarios respectivamente, y este óvulo fecundado de la mujer se implanta en la pared del útero.



CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO.

- ④ Utilice prendas de vestir holgadas y zapatos cómodos, sin tacón alto.
- ④ Beba mucho líquido
- ④ No deberá realizar viajes largos, pero si existe la necesidad, trate de descansar unos 10 min. por cada 90 de viaje.
- ④ Debe de estar tranquila y relajada.
- ④ Realizar actividades que realmente disfrute, ha de dedicar tiempo para cuidarse e iniciar un estilo de vida saludable lo antes posible.



LOS EJERCICIOS Y EL EMBARAZO

El ejercicio le va a ayudar a prepararla para aumentar la resistencia y el vigor que necesitara en el parto. El ejercicio moderado contribuye a fortalecer los músculos que va a necesitar, como los del abdomen, la pelvis y los glúteos. Además , la actividad física puede mejorar su postura y aliviar la tensión en la espalda y los calambres de las piernas.

Puede realizar ejercicios de estiramiento y relajación de músculos como los que a continuación se presentan:

Relajación Muscular

1. Acostado boca arriba, con una pierna flexionada, eleve la otra con la rodilla recta.



2. Acostado boca arriba con las piernas flexionadas, llevarlas hacia el pecho ayudadas con la mano y retornar a su posición inicial.



3. Acostado boca arriba, flexione la cadera y rodilla a 90° y comience a hacer movimientos circulares en ambos sentidos.



4. Acostado boca arriba, con las piernas flexionadas, realice abdominales.



5. Acostado boca arriba con las rodillas flexionadas levantar los glúteos despegándolos de la cama, contar hasta 5 y descender.



6. Hiperflexión de tronco. Paciente arrodillado sobre el piso, apoyando las palmas de la mano, se debe arquear dorsalmente la espalda, aumentando la flexión del tronco.



Figura 7.8 Ejercicios para lumbagia.

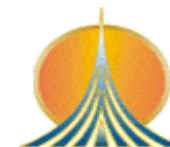
Estiramiento



2010
ELABORADO POR:
MONJARAZ GUTIERREZ LILIANA
T.



UNAM



FES ZARAGOZA

LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

EMBARAZO



Guía de alimentación saludable.

Los tres grupos de alimentos tienen la misma importancia en la alimentación, es por esto, que se eligió un esquema en forma de círculo, y que mejor que un plato que representa a la alimentación. Las porciones sugeridas de cada grupo se detallan en continuación.

- 1. FRUTAS Y VERDURAS. Muchas:** El grupo de frutas y verduras debe de ser la porción del plato con mayor abundancia.
- 2. CEREALES. Suficientes:** Los cereales y tubérculos deben de ser suficientes; es decir, de manera moderada, debido a que es el grupo del cual podemos exceder con mayor facilidad.
- 3. ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL Y LEGUMINOSAS. Pocos:** Las Leguminosas y AOA, como se mencionó anteriormente, son fuente de grasas y proteínas, nutrimentos que se requieren en poca cantidad para poder cumplir con sus funciones; así que, con una pequeña porción logramos cubrir las recomendaciones.
- 4. COMBINA:** Este mensaje lo localizamos entre el grupo de cereales y las leguminosas, el objetivo principal es mezclar estos grupos para obtener proteínas de alta calidad, cuando se eliminan de la dieta o no hay disponibilidad de AOA.

Por otro lado, el azúcar y los aceites, son componentes naturales de algunos alimentos, razón por la que se decide eliminarlos; además, el abuso en su consumo es causa de alteraciones nutricionales en la actualidad.

Plato del bien comer A cada grupo le corresponde un color, con el mismo significado que el semáforo de tránsito

VERDURAS Y FRUTAS MUCHAS

SUFICIENTES CEREALES

POCOS LEGUMINOSAS Y ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL

COMBINA

VERDE: SIGUE
Come en abundancia.

AMARILLO: PRECAUCIÓN
Come con moderación.

ROJO: ALTO
Come con medida.

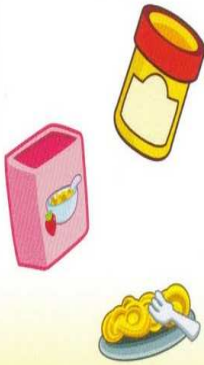
Cereales

Prefiere los de trigo entero

Arroz blanco, arroz integral, avena, hojuelas de avena, hojuelas de maíz, elote, palomitas de maíz.

Pasta, fideo, spaghetti, macarrón.

Pan dulce, bolillo, pan de caja (de preferencia integral, blanco), tortilla de maíz o trigo, galleta de salvado, de avena, de centeno, salada, barra integral.



Cereales y Tubérculos:
Como su nombre lo indica, encontramos alimentos derivados de los cereales (maíz, trigo, arroz y avena) algunos ejemplos son: la tortilla, el pan, la pasta, cereales de caja, galletas, etc. Aquí encontramos la papa y el elote. Estos alimentos, son fuente principal de hidratos de carbono, los cuales nos proporcionan energía para realizar nuestras actividades.

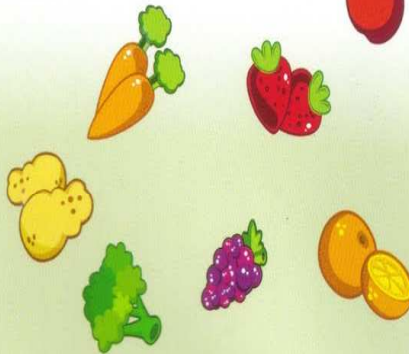
Frutas y verduras

Inclúyelas todos los días

Acelga, alcachofa, apio, berenjena, berro, betabel, brócoli, calabaza, cebolla, cilantro, chayote, col de bruselas, chile poblano, coliflor, ejote, espinaca, espárrago, flor de calabaza, hongo, jitomate, lechuga, nopal, papa, pepino, perejil, pimiento, rábano, tomate, verdolagaga, zanahoria.

Todas las verduras o los jugos 100% naturales de verdura forman parte del grupo de verduras.

Las verduras pueden ser crudas o cocidas; frescas, congeladas, enlatadas o secas/deshidratadas; y pueden ser enteras, trozadas o en puré.



Frutas y Verduras: Encontramos alimentos como el jitomate, brócoli, nopal, lechuga, sandía, papaya, manzana, etc; son fuente de fibra, vitaminas y minerales.

Referencia: PROY-NOM-SSA2-043-2002

Chabacano, chico zapote, plátano, kiwi, fresa, zarzamora, frambuesa, arándano, granada, guayaba, guanábana, higo, tuna, mamey, manzana, toronja, naranja durazno, pera, papaya, piña, ciruela, ciruela roja, sandía, uva, mandarina.

Todas las frutas o los jugos de fruta 100% naturales forman parte del grupo de frutas.

Las frutas pueden ser frescas, en lata, congeladas o secas, y pueden encontrarse enteras, cortadas o procesadas.

Alimentos de Origen Animal (AOA) y Leguminosas

Leche

Todas las leches líquidas:

- descremadas
- baja en grasa
- leche entera
- leches de baja lactosa
- leches sin lactosa

Queso

Quesos duros naturales:

- cheddar
- mozzarella
- suizo
- parmesano

Quesos blandos

- ricota
- requesón

Quesos procesados

Yogur

Todos los yogures

- semi descremados
- descremados
- reducidos en grasa
- enteros
- de baja lactosa
- sin lactosa

Carnes: cortes magros de: res, cerdo (embutidos) y ternera.

Carnes molidas magras: carne de res y cerdo.

Aves: pollo (de preferencia sin piel), pavo (de preferencia sin piel), embutidos de pavo.

Huevo: de gallina o codorniz.

Pescado (fresco, congelado, ahumado, enlatado): bagre, bacalao, salmón, corvina, pargo, pez espada, trucha, atún (en agua).

Mariscos: almeja, cangrejo, langosta, mejillón, pulpo, camarón/langostino.

Nueces y semillas:

Almendra, avellana, nueces mixtas, cacahuete, crema de cacahuete, pistache, semilla de girasol, nuez.

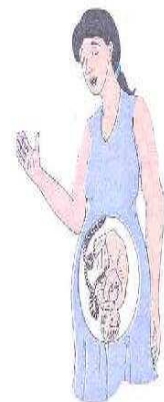
Leguminosas: alubia, frijol, garbanzo, lenteja, haba, chícharo, tofu.

Alimentos de Origen Animal (AOA) y leguminosas:

Las leguminosas son las semillas como los frijoles, habas, garbanzos, soya, y los AOA son todos ellos que provienen de los animales como: carne de res, pollo, leche, quesos, pescado y huevo. Este grupo nos proporciona grasas, proteínas y vitaminas, elementos necesarios para el organismo.

Signos y Síntomas de alarma durante el embarazo

- Ⓜ Le baja sangre aunque sea un poco, por la vagina.
- Ⓜ Se le hinchan las piernas, manos y cara.
- Ⓜ Le baja un líquido como si orinase.
- Ⓜ Si a los 5 meses de embarazo él bebe no se mueve o deja de moverse.
- Ⓜ Tiene demasiado vomito.
- Ⓜ Le duele demasiado la cabeza.
- Ⓜ Se siente cansada, débil o esta pálida, visión borrosa.
- Ⓜ Baja líquido de color amarillento o presenta hemorragias. Zumbidos en el oído.
- Ⓜ Aumenta más de 2 kilos por semana
- Ⓜ Contracciones uterinas antes de tiempo: Normalmente deben presentarse entre la semana 37 y la semana 40.

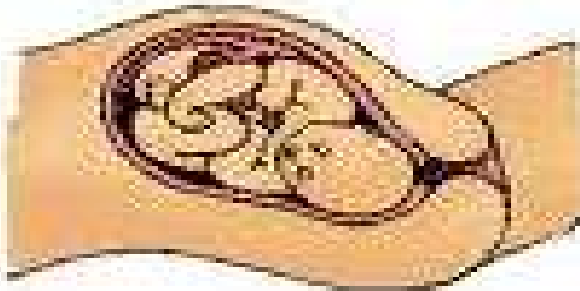


**¡¡¡SI SE PRESENTA ALGUNO NO
DUDES EN ACUDIR A TU UNIDAD DE
SALUD MÁS CERCANA!!!!**

Etapas y Fases del Trabajo de Parto

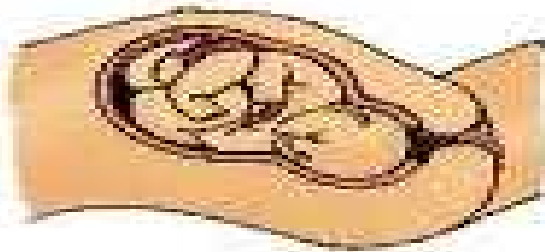
Primera etapa

Desde el comienzo del parto hasta la apertura completa (dilatación) del cuello uterino (alrededor de 10 centímetros).

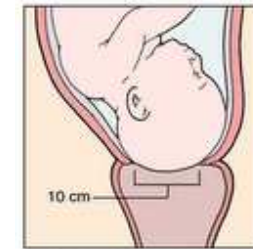
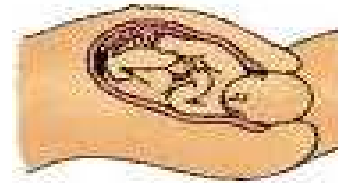


Fase inicial (latente)

Las contracciones se vuelven cada vez más fuertes y rítmicas. El malestar es mínimo. El cuello uterino se estrecha y dilata alrededor de 4 centímetros. Esta etapa dura un promedio de 8 horas y media en un primer embarazo y 5 horas en los embarazos siguientes.



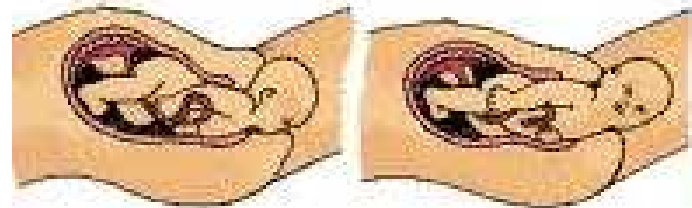
Fase activa



El cuello uterino se dilata aproximadamente de 4 a 10 centímetros. La parte con la que se presenta el bebé, que suele ser la cabeza, desciende por la pelvis de la madre. Se comienza a sentir la necesidad de pujar mientras el bebé desciende. Esta fase dura alrededor de 5 horas en un primer embarazo y 2 horas en los embarazos siguientes.

Segunda etapa

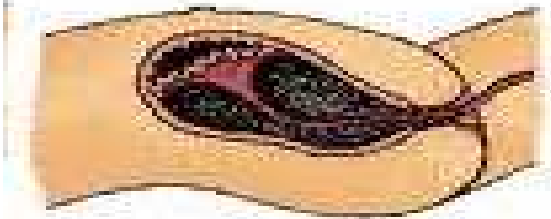
Desde la completa apertura del cuello uterino hasta el parto. Esta etapa dura en promedio alrededor de 60 minutos en un primer embarazo y de 15 a 30 minutos en los embarazos siguientes.



siguientes.

Tercera etapa

Desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta. Sólo suele durar unos pocos minutos.



UNAM

FES ZARAGOZA








LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

ETAPAS Y FASES DEL TRABAJO DE PARTO





ELABORÓ: Monjaraz Gutierrez Liliana Teresa 2010

Nombre y características	Tipos, modo de empleo y eficacia	Ventajas, inconvenientes contraindicaciones
<p style="text-align: center;"><u>Píldora</u></p>  <p>Para la mujer. Combinación de estrógenos y progestágenos durante 21 días, con 7 de descanso en los que tiene lugar la menstruación. Impide la ovulación.</p>	<p>Monofásicos todas las grageas tienen igual cantidad de hormonas y trifásicos. Las grageas tienen distintas dosis hormonales.</p> <p>Se ha de empezar a tomar el primer día de la regla. Si hubiera un olvido, se tomará la píldora olvidada en las 12 horas siguientes.</p> <p style="text-align: center;">Máxima</p>	<p>Regula los ciclos y no interfiere en el coito.</p> <p>Puede causar náuseas, migrañas, aumento de peso, mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares si la mujer es fumadora.</p> <p>No se recomienda a mujeres muy jóvenes y con relaciones esporádicas o que padezcan de hipertensión, diabetes, enfermedades hepáticas u obesidad.</p>
<p style="text-align: center;"><u>Diafragma</u></p>  <p>Para la mujer. Método de barrera que impide penetrar a los espermatozoides en el útero.</p>	<p>Semiesfera de caucho que tiene un reborde formado por varias laminas metálicas forradas de latex.</p> <p>Se coloca en el interior de la vagina con la ayuda de dos anillos.</p> <p>Es elevada siempre que se utilice de la forma correcta.</p>	<p>Es absolutamente inocuo.</p> <p style="text-align: center;">No tiene.</p> <p>Puede causar irritación, alergia o hipersensibilidad al material o lubricantes con que están fabricados.</p>
<p style="text-align: center;"><u>Preservativo femenino</u></p>  <p>Para la mujer.</p> <p>Método de barrera que impide penetrar a los espermatozoides en el útero.</p>	<p>Vaina de poliuretano que se ajusta a las paredes de la vagina.</p> <p>Se coloca en el interior de la vagina con la ayuda de dos anillos.</p> <p>Es elevada siempre que se utilice de la forma correcta.</p>	<p>Protege contra las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.</p> <p>Disminuye la sensibilidad y la satisfacción sexual.</p> <p>Puede causar irritación, alergia o hipersensibilidad al material o lubricantes con que están fabricados.</p> <p style="text-align: center;">Precios muy variables</p>
<p style="text-align: center;"><u>Dispositivo intrauterino</u></p>	<p>Varios modelos que requieren métodos de inserción distintos y tienen una duración diferente. Los de cobre y los que liberan progesterona y producen una pérdida menstrual menor que</p>	<p>No modifica el ciclo hormonal natural.</p>

<p align="center">(DIU)</p>  <p align="center">Para la mujer.</p> <p>Introducción de pequeños objetos de diferentes formas en el interior del útero para modificar la estructura del endometrio e impedir la implantación del óvulo fecundado.</p>	<p>los de plástico.</p> <p>Para comprobar su permanencia, después de cada menstruación, la mujer debe introducir sus dedos en la vagina hasta tocar el extremo de los hilos del dispositivo.</p> <p>El índice de embarazos no deseados en las mujeres que lo utilizan llega al 0,5 % anual.</p>	<p>Aumento del sangrado menstrual y dismenorrea -molestias durante la regla-.No recomendable para mujeres que no han tenido hijos con anterioridad, o con varios compañeros sexuales</p>
<p align="center">Ligadura de trompas</p>  <p align="center">Para la mujer. Método quirúrgico irreversible que consiste en la inutilización definitiva de las trompas.</p>	<p>Las técnicas endoscópicas son las más empleadas.</p> <p>Una vez realizada, la pareja podrá tener relaciones sexuales completas sin riesgo de embarazo.</p> <p>Por encima del 99,6 %.</p>	<p>No interfiere en la libido.</p> <p>Es prácticamente irreversible, aunque algunas formas quirúrgicas pueden ofrecer algunas posibilidades de reversión.</p> <p>No se aconseja en mujeres muy jóvenes.</p>
<p align="center">Píldora poscoital</p>  <p align="center">Para la mujer. Administración de un preparado hormonal en las 72 horas siguientes a la relación sexual mantenida con riesgo.</p>	<p>En general, se administran estrógenos que tienen un mayor tiempo de acción -72 horas- o gestágenos, con menos tiempo de acción -24 horas-, aunque con menos efectos secundarios.</p> <p>Después de una relación sexual sin protección se acudiría rápidamente al médico para que valore la necesidad de tomar este tipo de píldora, según el momento del ciclo y el estado de la paciente.</p> <p>Alta eficacia que supera el</p>	<p>Evita tener que someterse a una posterior interrupción voluntaria del embarazo.</p> <p>Tiene muchos efectos secundarios: náuseas, vómitos, tensión mamaria...</p> <p>Las elevadas dosis hormonales administradas en un corto espacio de tiempo tienen muchas contraindicaciones.</p>

<p style="text-align: center;">Implantes</p>  <p style="text-align: center;">Para la mujer.</p> <p>Implantación bajo la piel del brazo de pequeñas cápsulas de silicona que contienen un preparado hormonal que anula la ovulación.</p>	<p style="text-align: center;">98%.</p> <p>Norplant, que utiliza seis cápsulas con una validez de tres años. Norplant tubos, que únicamente necesita dos implantes. Y los implantes biodegradables que no se tienen que retirar, una vez cumplido el plazo de efectividad.</p> <p>Los implantes se colocan en el brazo, a nivel subdérmico, con anestesia local.</p> <p>Muy alta, cercana al 100%</p>	<p>La fertilidad se recupera inmediatamente después de extraídos los implantes.</p> <p>Provoca irregularidades en el ciclo menstrual, aumento de peso y dolor de cabeza.</p> <p>Tiene menos contraindicaciones que la píldora, ya que se liberan pocas hormonas.</p>
<p style="text-align: center;">Métodos vaginales (espermicidas)</p>  <p>Para ambos. Son métodos químicos que inmovilizan o inactivan a los espermatozoides.</p>	<p>Gran variedad de espermicidas -esponja, tabletas, óvulos, cremas, gel.</p> <p>Los espermicidas se colocan unos 10 minutos antes de realizar el coito. Según su presentación papeles, óvulos conviene mojarlos previamente, así se distribuyen mejor.</p> <p style="text-align: center;">Un 80%.</p>	<p>Se pueden usar junto a otro método de barrera, como el preservativo.</p> <p>Puede producir ciertas reacciones alérgicas o de hipersensibilidad.</p> <p style="text-align: center;">Ninguna.</p>
<p style="text-align: center;">Preservativo (Condomes)</p>  <p>Para el hombre. Método de barrera que impide penetrar a los espermatozoides en el útero.</p>	<p>- Condón- Funda de látex que cubre el pene.</p> <p>Debe colocarse sobre el pene erecto antes de cada penetración.</p> <p>Es elevada siempre que se utilice de la forma correcta.</p>	<p>Protege contra las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.</p> <p>Disminuye la sensibilidad y la satisfacción sexual.</p> <p>Puede causar irritación, alergia o hipersensibilidad al material o lubricantes con que están fabricados.</p>
<p style="text-align: center;">Interrupción del coito</p>	<p>No hay tipos.</p> <p>El hombre necesita tener un gran control de sí mismo.</p> <p>Muy baja, menos del 75 %.</p>	<p>Método barato, asequible y sin contraindicaciones.</p> <p>No favorece la satisfacción sexual de la pareja.</p> <p style="text-align: center;">Ninguna.</p>

 <p>Para el hombre. Cuando el hombre siente la llegada del orgasmo, retira el pene de la vagina y eyacula fuera de ella.</p>		
 <p>Vasectomía</p> <p>Para el hombre. Método quirúrgico irreversible que consiste en obstaculizar los canales deferentes para impedir la salida de los espermatozoides.</p>	<p>Existen diferentes técnicas quirúrgicas todas ellas igual de válidas.</p> <p>La intervención no resulta eficaz hasta varios meses después, por lo que mientras deberá utilizarse otro método complementario.</p> <p>Alrededor del 99,9 %.</p>	<p>Método eficaz y permanente.</p> <p>No es un método inmediato.</p> <p>No se aconseja en varones muy jóvenes.</p>

GUIÓN DE CHARLA

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

Algunas de las principales recomendaciones para la higiene del bebé son:

Baño Del Recién Nacido

1. Mantener una temperatura templada en la habitación en donde bañará a su hijo (24°- 27°). Evite las corrientes de aire o cambios bruscos de temperatura.
2. Tenga a mano todo lo que necesita
 - una esponja suave
 - jabón neutro
 - una toalla
 - la ropa con que va a vestirlo (de acuerdo a la estación)
 - el pañal
3. Verifique la temperatura del agua introduciendo el dorso de la mano. Debe estar templada.
4. Evite bañarlo inmediatamente después de su alimentación.
5. Introdúzcalo al agua lentamente. Al comienzo no le agrada mucho, más tarde se convertirá en un momento de mucha felicidad y alegre juego. Tome al niño apoyando la cabecita en su brazo y pasando la mano por debajo de la axila. Con la mano libre puede jabonarlo y lavarlo con movimientos suaves para inspirarle confianza.
6. La frecuencia del baño depende de cada niño, puede hacerlo a diario especialmente en época de calor. La mayoría de los niños disfruta en el agua, la que contribuye a relajarlos.

Cuidados del cordón umbilical

El cordón umbilical requiere cuidado especial durante las primeras semanas.

El cordón, que alimentó a su hijo dentro del útero, será cortado y ligado poco después del nacimiento. Luego se secará, se volverá color café, se endurecerá y en una o dos semanas se caerá. Aquí la adecuada higiene adquiere un papel importante en la prevención de infecciones.

En cada cambio de pañal lo debe limpiar con una gasa y merthiolate lo que ayudará a que se reseque más pronto y se desprenda lo antes posible sin complicaciones.

Sin miedo, debe presionarse hasta la base para arrastrar impurezas. Al caer, a veces presenta una mancha de sangre por un par de días. Conviene seguir aplicando merthiolate. Ni polvos, ni cremas cicatrizantes.

Cambio de pañal

Asegúrese de que el área donde va a cambiar al bebé contenga estos implementos:

- Pañales limpios
- Toallitas húmedas
- Un bote de basura
- Ropita limpia
- Crema para evitar la dermatitis causada por el pañal

Habrán que cambiarlos cuando estén mojados o sucios, a fin de evitar las irritaciones de la piel. Algunos tienen la piel especialmente sensitiva y habrá que cambiarlos con más frecuencia.

Coloque al bebé sobre una toalla para quitarle el pañal. Límpieme las partes genitales de adelante hacia atrás (sobre todo a las niñas) utilizando agua tibia y séquele con la toalla. Si el niño ha tenido evacuación, doble hacia adentro la parte sucia del pañal y límpieme las nalgas con algodón o papel higiénico.

Deberá lavárselas con agua y un jabón suave, enjuagarlas y secarlas.

Aplique aceite emulsionado con un pedazo de algodón a la parte que suele cubrir los pañales, introduciéndole incluso en los pliegues o arrugas de la piel.

Sujetando los tobillos del bebé entre el pulgar y el dedo medio, con el índice entre los tobillos, levántele las caderas e introduzca por debajo un pañal limpio y doblado. El pañal deberá doblarse de forma que quede un área más absorbente donde se pueda absorber la mayor parte de la orina (en frente si se trata de niños y hacia atrás en el caso de las niñas).

El consejo de doblar un pañal desechable a la altura del muñón umbilical es para evitar que este húmedo.

Vestido del recién nacido

La ropa debe ser holgada, cómoda para el niño y para quien lo manipula, de tejidos suaves y no alergénicos, como el algodón.

- No permitir el roce de lanas o tejidos acrílicos contra el cuerpo.
- Evitar usar ropa con cordones o materiales que puedan causarle lesiones en la piel.
- Debe evitarse la pérdida de calor del niño o su calentamiento excesivo, teniendo en cuenta que por inmadurez la termorregulación puede ser ineficaz.
- La ropa (especialmente aquella que va contra el cuerpo) debe lavarse con jabón neutro a mano y plancharse una vez que está seca. Esto evita alérgenos y la presencia de insectos.
- Debe permitir una buena ventilación.
- La ropa de la cuna debe ser suficiente para mantener su temperatura, pero no excesiva.

- Si tiene demasiada ropa o es muy pesada, podría impedirle adoptar la postura más cómoda en cada momento o producirle más calor del deseable.

¿Qué es el Tamiz Neonatal?

Es un examen que se viene realizando desde hace unos años en forma rutinaria a los recién nacidos y consiste en el análisis de unas gotas de sangre (cinco gotas) extraídas del cordón umbilical o del talón del bebe colectadas en un papel filtro especial que se envía al laboratorio.

Detecta la existencia de enfermedades o deficiencias congénitas o metabólicas antes de que estas se manifiesten, para instaurar su tratamiento y evitar sus consecuencias que pueden ser desde el retraso mental hasta incluso la muerte.

Detección oportuna del hipotiroidismo congénito, que es una disminución o ausencia de la hormona tiroidea que ayuda al crecimiento y desarrollo mental del niño.

A todo recién nacido debe practicársele esta prueba

Cartilla de vacunación

Todos los niños deben de contar con una cartilla de vacunación para poder obtener todas sus vacunas esta cartilla se proporcionara en el hospital en el que haya nacido el bebe o puede acudir a su clínica para que puedan otorgársela

Vacuna BCG

La vacuna BCG es una vacuna de uso extendido a nivel mundial y su utilidad es fundamental para prevenir complicaciones graves que pueden surgir en una Tuberculosis.

Usted podrá observar una reacción local de enrojecimiento de 2 a 4 semanas seguido de la salida de escaso material amarillento que puede durar varias semanas hasta finalmente cicatrizar.

- Si drena secreción amarillenta en el lugar de la vacuna, no debe manipular ni exprimir el área.
- Se debe limpiar solamente con agua y jabón neutro sin tallar.
- Sitio de aplicación es el brazo derecho
- El área vacunada no debe cubrirse y se debe bañar regularmente al niño.

El bebé debe ser vacunado poco después de nacer, antes de salir del hospital de maternidad. La BCG no evita la infección tuberculosa, lo que hace, en caso de infección, es favorecer el control de la enfermedad en un 80 por ciento.

Es decir, a pesar de sus limitaciones, es muy importante porque evita que el bacilo de Koch - germen causante de la tuberculosis- se disemine por la sangre a todo el organismo. Si esto sucediera, puede producir, por ejemplo, meningitis, enfermedad que puede llevar a la muerte o dejar secuelas muy graves en el organismo.

Micciones y evacuaciones

Todos los recién nacidos presentan sus primeras evacuaciones de color negro-verdosas con consistencia adherente o pegajosa, este es el meconio que es la primera evacuación del bebé y se realiza los primeros días del nacimiento garantizando que el bebé no tenga una obstrucción intestinal.

Luego de evacuar el meconio se da el paso de las heces, que en el caso de los bebés alimentados por pecho son pastosas de color marrón o café, y hacia el cuarto o quinto día de vida se presenta de color amarillo mostaza con un olor dulzón.

A partir de la segunda semana realizan evacuaciones amarillas entre 2 a 5 veces diarias. Los bebés alimentados con fórmula, presentarán evacuaciones más consistentes de color marrón claro a amarillo dorado o de color barro y un olor fuerte semejante al de los adultos.

Entre las 24 y 48 horas de vida, el bebé comienza a orinar, aumentando a 2 ó 3 veces al día. Al cabo de una semana de vida la frecuencia se incrementa a 7 u 8 pañales mojados diariamente. El aspecto de la orina debe ser clara y de ninguna manera amarilla o concentrada

SUEÑO

Entre más pequeño es el bebé, más duerme. En los primeros tres meses, el tiempo de sueño puede llegar a 20 horas, pero disminuye a medida que los niños adquieren periodos de alerta e interacción con el medio. Desde los cinco meses, o cinco kilos, empiezan a dormir más tiempo de corrido.

Al año, los niños ya tienen que dormir la noche completa. Algunos lo hacen desde los seis meses. A esta edad duermen 12 horas y complementan el sueño con las siestas de la mañana y de la tarde.

LLANTO

Los bebés pueden llorar por:

Cansancio excesivo: los niños, como los adultos, se cansan del intenso ruido y de las constantes actividades. Esta fatiga puede ser causada por una sobre estimulación. Como

consecuencia, el pequeño no logra conciliar el sueño, llora constantemente. Por esto, los padres deben realizar una adecuada estimulación con sus hijos, es decir, de acuerdo con la edad de cada uno.

El niño está mojado: al pequeño le produce ardor la orina y las heces que permanecen por mucho tiempo en contacto con su piel. Se debe revisar que el pañal sea del tamaño adecuado y que la cinta adhesiva no esté apretada, porque le puede tallar o picar.

Cólico del lactante menor: no es una enfermedad. Es normal, porque su intestino está terminando de desarrollarse.

Aparece cuando el niño tiene más de dos semanas de edad y dura hasta los dos o tres meses de vida.

Se siente solo: uno de los principales factores en el desarrollo de los niños es la estimulación materna, es decir, el afecto y el cariño de su madre.

Incomodidad por la ropa: el niño también llora porque la ropa le queda estrecha, le aprieta en sus codos, en sus rodillas o en sus tobillos. La madre debe revisar que las costuras y los cordones estén sueltos. Antes de vestirlo, debe revisar la temperatura de su hijo. Si está por debajo de 36,5 grados, debe abrigarlo.

Está enfermo: el reflujo puede ser una causa de llanto. Es normal y se manifiesta de dos maneras: cuando sueltan 'cuajaditas', que es un líquido con leche entrecortada, que se ve en las comisuras de la boca.

Tiene hambre: cuando la madre aprende a conocer el proceso de alimentación de su hijo, comprenderá que existen otros motivos por los que su pequeño llora.

Señales de Alarma en el Recién Nacido

El recién nacido experimenta muchos cambios en el proceso de acostumbramiento a la vida en el mundo exterior. Casi siempre el resultado de esta adaptación es satisfactorio; sin embargo existen ciertas señales de advertencia que debe tener en cuenta. Algunas señales de advertencia generales en los recién nacidos incluyen, entre otras:

- Ⓜ Ausencia de orina en las primeras 24 horas en la casa. Esto puede ser difícil de evaluar, especialmente si se utilizan pañales desechables.
- Ⓜ Ausencia de deposiciones en las primeras 48 horas.
- Ⓜ Temperatura rectal mayor de 38°C (100,4°F) o menor de 36,5°C (97,5°F).
- Ⓜ Frecuencia respiratoria rápida, con más de 60 respiraciones por minuto, o coloración azul que no desaparece. En general, los recién nacidos pueden tener respiraciones irregulares, por lo tanto, debe contar durante un minuto completo. No deben presentarse pausas de más de 5 segundos entre cada respiración.

- Ⓜ Retracciones o hundimiento de las costillas al respirar.
- Ⓜ Sibilancias, quejidos o silbidos durante la respiración.
- Ⓜ Olor desagradable, supuración o hemorragia del cordón umbilical.
- Ⓜ Coloración amarillenta en los ojos, el tórax o las extremidades.
- Ⓜ Llanto, irritabilidad o espasmos que no se calman con abrazos.
- Ⓜ Bebé somnoliento que no puede despertarse para alimentarse.
- Ⓜ Cualquier signo de enfermedad (por ejemplo tos, diarrea, palidez).
- Ⓜ El apetito o la succión del bebé son deficientes o se debilitan.

En caso de presentar estos signos acudir inmediatamente con su médico



UNAM

FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

LACTANCIA MATERNA

MONJARAZ GUTIERREZ LILIANA

ASESORA

GRANADOS ESCAMILLA ROSA CLARA

2010

LACTANCIA MATERNA



VINCULO AFECTIVO ENTRE MADRE E HIJO



POSICIONES FAVORABLES PARA LA LACTANCIA



**Posiciones de Amamantamiento:
Cuna Cruzada**



**Posiciones de Amamantamiento:
Pelota de Fútbol**



**Posiciones de Amamantamiento:
Recostada de Lado,
Usando la Posición
de Cuna Modificada**



**¿CÓMO HACER PARA QUE EL BEBÉ
SAQUE EL AIRE?**



GUIÓN DE CHARLA

LACTANCIA MATERNA

La leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros 6 meses de vida, porque contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas, grasa y suministra las enzimas digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los niños requieren. La leche materna también contiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a contrarrestar las infecciones.

Sostenido de cuna:

La madre debe sentarse en una silla cómoda, con soporte para los brazos si es posible, y colocar el bebé sobre su abdomen, barriga con barriga. La cabeza del bebé se acuna en la curvatura del brazo de la madre, con la cara volteada hacia la mama, quedando las rodillas del bebé debajo de la otra mama. La cabeza, espalda y piernas del bebé deben quedar derechas. Esta posición puede mantenerse durante el transcurso de la alimentación, y si la madre comienza a sentir dolor en el pezón mientras está amamantando, debe verificar si el bebé se ha ido resbalando hacia abajo y si sus rodillas comienzan a voltearse hacia arriba, en vez de estar metidas cerca de su costado.

Sostenido de balón de fútbol:

La parte posterior de la cabeza del bebé debe meterse en la mano de la madre, con el cuerpo debajo de la mama y en dirección hacia el codo. Se debe colocar una almohada bajo el codo de la madre para ayudar a sostener la parte inferior del bebé y utilizar la otra mano para sostener la mama. Esta posición permite a la madre controlar la cabeza del bebé y asegura una buena ubicación para que el niño esté firme.

Acostada de lado:

La madre debe yacer sobre un costado, sosteniéndose la cabeza con un brazo. El bebé puede estar acostado a su lado con la cara de frente a la mama. Se debe acomodar al bebé contra el cuerpo de la madre y colocar una almohada detrás de él para apoyarlo.

VÍNCULO AFECTIVO ENTRE LA MADRE Y EL NIÑO:

Aunque la unión entre madre e hijo es continua, las primeras horas de vida del bebé son especialmente importantes. Por esto, la iniciación precoz de la lactancia, proporciona una experiencia singular de vinculación afectiva para la madre y el hijo, ya que estimula la mayoría de los sentidos y el íntimo contacto corporal permite al bebé reconocer el olor de su madre. Esto tiene efectos positivos para toda la vida, ya que la necesidad instintiva de protección y nutrición del bebé es especialmente fuerte.

TECNICA DE PREPARACION Y CUIDADOS DE LOS PEZONES

En pezones umbilicados y planos se debe comenzar la preparación desde que se detecta el problema en el primer control prenatal. Se sugiere suspender los ejercicios entre las 20 y 36 semanas de gestación si existe riesgo de parto prematuro.

A. TECNICA:

- 1) Ejercicios de Hoffman: Consisten en el estiramiento del tejido periareolar de tal manera de obtener la eversión paulatina del pezón.
- 2) Estirar y rodar el pezón entre el dedo índice y el pulgar varias veces al día.

B. CUIDADO DE LAS MAMAS Y LOS PEZONES:

- Cuidados durante el embarazo:

- a) Higiene
Las mamas se deben lavar sólo con agua, sin jabón.
Evitar el uso de cremas y lociones.
Las glándulas de Montgomery producen la lubricación necesaria.
- b) Helioterapia
Si los pezones son muy sensibles, exponerlos al sol o luz (calor de una ampolleta a 30 cm. de distancia en cada pecho por cinco minutos).
- c) Usar un sostén que sostenga, pero no apriete.

- Cuidados durante la lactancia:

- a) Evitar el uso de jabones, lociones o cremas.
- b) No es necesario el aseo de las mamas antes de amamantar.
- c) Colocar correctamente el niño al pecho con el pezón y aréola dentro de su boca, ya que así se evita el dolor y las grietas.
- d) Para el cuidado de los pezones sólo se requiere extraer unas gotas de la misma leche después de la mamada y cubrir con ésta el pezón y la aréola, dejando secar al aire libre.

Amamante en el lugar y posición que le permita estar bien física y anímicamente. Piense que es el momento de darle nuevamente vida, amor, confort. Háblele, él la entiende; acarícielo, a él le gusta. Lo está estimulando, le está alimentando su inteligencia. Si el bebé es pequeño y le cuesta sostenerlo, coloque un almohadón sobre la falda y el bebé arriba.

INTERVALO DE UN SENO A OTRO

La lactancia debe de empezarse con el seno que se prefiera, se debe dejar al bebé que coma aproximadamente de 10 a 15 minutos, y posteriormente se cambia de seno. En este caso, es posible que el niño no vacíe completamente el último, por lo que la toma siguiente deberá iniciarse en éste. Lo importante no es que el niño mame de los dos pechos sino que se vacíe completa y alternativamente cada uno de ellos, para evitar que el acumulo de leche pueda ocasionar el desarrollo de una mastitis y para que el cuerpo de la madre acople la producción de leche a las necesidades de su hijo. Por ello, se recomienda permitir al niño terminar con un pecho antes de ofrecer el otro.