

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

**ADULTA JÓVEN CON 26 SEMANAS DE GESTACIÓN,
DETERIORO
DE LA ELIMINACIÓN URINARIA Y RIESGO DE
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA:**

MARIBEL MARTINEZ JIMÉNEZ

No. DE CUENTA: 91621135

DIRECTOR ACADEMICO: LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ

JURADO N.6

TURNO MATUTINO

MEXICO D.F OCTUBRE DEL 2007.



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	2
OBJETIVO	3
- General	3
- Específicos	3
1. CAPITULO I. MARCO TEORICO	4
1.1 Proceso Atención Enfermero	4
1.1.1 Etapa de valoración	6
1.1.2 Fase de diagnostico	9
1.1.3 Planificación de los cuidados de enfermería	11
1.1.4 Ejecución	18
1.1.5 Evaluación	19
1.2 Embarazo	21
1.2.1 Adaptaciones maternas durante el embarazo	21
1.2.2 Cuidados prenatales	25
1.3 Cuidados al recién nacido	31
1.4 Lactancia materna	34
1.4.1 Posiciones para el amamantamiento	35
1.5 Planificación familiar	37

2. CAPITULO II APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	38
2.1 Presentación del caso	38
2.2 Valoración clínica de enfermería	39
2.3 Exploración física	42
2.4 Problemas detectados	43
2.5 Diagnostico de enfermería	44
2.6 Plan de cuidados	45
CONCLUSIONES	57
SUGERENCIAS	58
BIBLIOGRAFIA	60

INTRODUCCIÓN.

Las necesidades físicas, fisiológicas y emocionales de la mujer en la etapa del embarazo son múltiples, como miembro del personal de salud fue mi prioridad proporcionar atención de calidad y humanismo a través del Proceso Atención Enfermero, valorando las condiciones generales de salud de la mujer embarazada, brindando orientación e identificando riesgos y prevenir complicaciones oportunamente.

En el presente trabajo se establecen las funciones de enfermería que se implementaron para proporcionar la atención necesaria a una paciente que se encuentra en el segundo trimestre del embarazo, se elaboró una historia clínica la cual contribuyó a detectar las necesidades y/ o problemas de la paciente para posteriormente aterrizarlas en un Proceso de Atención de Enfermería, el cual es un instrumento básico que utilizamos para proporcionar la atención a nuestros pacientes.

Como parte de la fundamentación de las actividades realizadas se incluye un marco teórico en el que se establecen las etapas del Proceso Atención Enfermero y las bases de los conocimientos teóricos que contribuyeron para proporcionar la atención a la paciente.

La realización y aplicación del siguiente Proceso Atención de Enfermería a una usuaria en el segundo trimestre de embarazo me proporciono una serie de instrumentos muy útiles para la puesta en practica de un plan de cuidados de enfermería en forma eficiente y oportuna, con amplios fundamentos teóricos y con enfoque holístico; logrando un impacto positivo en la usuaria para el auto cuidado por medio de orientación, e información para prevenir riesgos y complicaciones para culminar en un parto optimo y un recién nacido saludable.

JUSTIFICACION

Indudablemente dentro de la profesión de Enfermería realizamos infinidad de intervenciones para lograr el bienestar de nuestros pacientes, en la mayoría de las ocasiones estas pueden pasar desapercibidas porque no tenemos la habilidad o el hábito de plasmarlas por escrito y por lo tanto el desempeño de nuestra profesión no es valorada adecuadamente.

El Proceso de Atención de Enfermería es un instrumento que nos permite plasmar por escrito y sistematizadamente los cuidados que como enfermeras proporcionamos al paciente, a través de la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; con la aplicación del Proceso Enfermero abordamos a nuestro paciente de forma holística y además generamos que nuestras intervenciones estén basadas en un pensamiento más crítico y reflexivo.

Por lo anterior el presente proyecto de Proceso Atención de Enfermería se aplico a una paciente en el segundo trimestre de embarazo, logrando así establecer de forma sistematizada los cuidados necesarios para que la evolución del embarazo transcurra de una manera satisfactoria.

Además con la aplicación de éste ejercicio se pretende obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

OBJETIVOS

General.

- Proporcionar atención con calidad y calidez a una paciente en el segundo trimestre del embarazo, a través de la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, para contribuir al bienestar del binomio madre-hijo.

Específicos.

- Elaborar el Proceso Atención de Enfermería como opción para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

- Contar con conocimientos necesarios para detectar factores de riesgo, complicaciones y proporcionar cuidados de enfermería en la atención, control y promoción de la salud a la mujer embarazada a través del Proceso Atención de Enfermería.

- Proporcionar cambios de actitud positivos en la usuaria embarazada para la conservación de su salud.

- Lograr que la evolución del embarazo sea satisfactorio, sin complicaciones para la madre y el producto, proporcionando cuidados a través del Proceso Atención Enfermero.

- Valorar, Diagnosticar, Planear, Ejecutar y Evaluar cambios corporales del embarazo, manifestaciones físicas y emocionales, signos y síntomas patológicos para evitar complicaciones y riesgos en el producto y/o la madre.

CAPITULO I. MARCO TEORICO

1.1 ETAPAS DEL PROCESO ATENCION ENFERMERO

La aplicación del método científico en la práctica diaria del profesional de enfermería, es el método conocido como Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.) A través de este método se brindan cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El objetivo principal es constituir una estructura individualizada que pueda cubrir las necesidades del paciente, identificando las necesidades reales y potenciales del paciente para establecer planes de cuidados y resolver los problemas.

El Proceso de Atención de Enfermería es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, el cual se compone de los siguientes pasos

- Valoración: Es la primera fase del Proceso de Enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos del paciente familia o entorno. Es la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se planea estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas que presenta el paciente, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. En esta etapa se llevan a cabo las prácticas de los cuidados programados.
- Evaluación. Se determinan si se han conseguido los objetivos establecidos.

Las ventajas de la aplicación del Proceso de Enfermería tienen repercusiones sobre la profesión, el cliente y la enfermera.

Profesión: Define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad.

Paciente: El cliente se beneficia, ya que por medio del proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, participa en su propio cuidado

Enfermera: Se produce un aumento de la satisfacción en el trabajo, y crece profesionalmente.¹

Características:

- 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.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera, el paciente y su familia.
- Es flexible: Se adapta en el ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, familias o comunidades.
- Tiene una base teórica: El proceso parte numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.²

¹."El Proceso de Atención de Enfermería", En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

² El Proceso de Atención de Enfermería", op cit.

1.1.1 ETAPA DE VALORACIÓN:

Se define como el proceso organizado y sistemático de recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente, es importante que la enfermera recopile datos de las áreas fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual, para identificar las capacidades y limitaciones de la persona, con la finalidad de ayudarlo a alcanzar un nivel óptimo de salud.

Es importante seguir un orden en la valoración, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. La sistemática a utilizar pueda seguir un orden de “cabeza a pies”. Buscando datos sobre los problemas de salud de la paciente y los factores contribuyentes al estado de salud.

Los tipos de datos se clasifican de la siguiente manera;

- Datos subjetivos: Son aquellos que no se pueden medir y son propios de la paciente. Lo que la persona dice que siente y el solo lo puede describir.
- Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento.
- Datos históricos: Antecedentes, son aquellos padecimientos que han ocurrido anteriormente
- Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.³

Los métodos que se utilizan para obtener datos:

a) Entrevista Clínica:

Puede ser formal o informal y es indispensable en la valoración, ya que a través de ella obtenemos el mayor número de datos. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. Y en el aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.⁴

³ El Proceso de Atención de Enfermería”. En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

⁴ Alfaro-LeFevre Rosalinda, Aplicación del Proceso enfermero, p.p. 30

La entrevista es un proceso que tiene como finalidad:

- 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.

b) La Observación:

Se realiza desde el primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa del entorno.⁵

c) La Exploración Física:

Es la actividad final de la recolección de datos y se centra en determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermera y así poder establecer las intervenciones de enfermería. Se utilizan cuatro técnicas específicas inspección, palpación, percusión y auscultación.⁶

Validación de los datos:

Se confirma que la información recibida sea verdadera (basada en hechos). Se considera datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.⁷

⁵ Alfaro-LeFevre Rosalinda, Aplicación del Proceso enfermero, p.p. 35

⁶ Alfaro-LeFevre Rosalinda, op cit.; p.p. 35

⁷ "El Proceso de Atención de Enfermería", En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

Organización de datos:

Se trata de agrupar la información de tal manera que ayude a la identificación de problemas

Los componentes de la valoración necesarios del paciente son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud
- Valoración física

Documentación y registro de la valoración:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales de salud
- Facilita la calidad de los cuidados al compararse con las normas de calidad
- Permite una evaluación para la gestión de servicios de enfermería.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación.

Los registros deberán ser exentos de forma objetiva, sin perjuicios, opiniones personales, también hay que anotar la información subjetiva que aporta el paciente, las anotaciones deberán ser legibles, claras y concisas.⁸

⁸ El Proceso de Atención de Enfermería”, En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

1.1.2 FASE DE DIAGNÓSTICO

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objetivo de resolverlo a disminuirlo

El diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual y el diagnóstico potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultades en el futuro.⁹

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas

Análisis de los datos significativos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.

2.- Formulación de problemas

Por medio de los diagnósticos de enfermería, considerando que una taxonomía diagnóstica es de gran importancia en los distintos ámbitos del que hacer profesional, ya que ofrece beneficios para la investigación, docencia, asistencial y de gestión.¹⁰

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica son:

- Etiqueta descriptiva o título: Ofrece una descripción concisa del problema real o potencial. Es un término que representa un patrón.
- Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado del diagnóstico.
- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales de los casos

⁹ El Proceso de Atención de Enfermería”, En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

¹⁰ El Proceso de Atención de Enfermería”, op cit.

- Factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

3. - Tipos de diagnósticos

- Real: Situación que ha sido clínicamente validada mediante características definitorias y tiene cuatro componentes enunciado, definición, características que los definen y factores relacionados.
- Alto Riesgo: Juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema y consta de los componentes problema más etiología/factores contribuyentes
- Posible: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales.
- De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.¹¹

Al redactar un diagnostico hay que tener en cuenta los siguientes lineamientos:

- Unir la primera parte con la segunda utilizando " relacionado con" esto no significa que exista una relación causa-efecto necesariamente
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar tomando en cuenta las bases legales
- Al escribir un diagnóstico evitar emitir juicios de valor
- Redactar en orden las partes del diagnóstico, para evitar confusiones.
- No indicar el diagnóstico de Enfermería como si fuera un diagnóstico médico, o que repita una orden médica
- No indicar dos problemas al mismo tiempo, ya que dificulta la formulación de los objetivos.

¹¹ Alfaro-LeFevre Rosalinda, Aplicación del Proceso enfermero, p.p. 124

1.1.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

En esta fase se establece y se lleva a cabo los cuidados de enfermería que conduzcan al cliente a prevenir, disminuir o eliminar los problemas detectados.

Etapas en el Plan de Cuidados.

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Todos los problemas y/o necesidades que puede presentar el paciente, familia y comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, del paciente o del tiempo, Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Describir los resultados esperados, tanto por parte del paciente como por parte de los profesionales.

Deben formularse en términos de conductas observables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, y conocimientos, así como los recursos de la comunidad. Es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con el paciente y familia, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.¹²

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería,** esto es, determinar los objetivos de enfermería. Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.¹³

¹² Alfaro-LeFevre Rosalinda, *Aplicación del Proceso enfermero*, p.p. 142

¹³ El Proceso de Atención de Enfermería”, En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las intervenciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico y promover un mayor nivel de bienestar.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico.¹⁴

- **Documentación y registro.**

Determinación de prioridades:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.¹⁵

Se debe de dar preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad y que menciona con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos.¹⁶

Es de suma importancia las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

¹⁴ El Proceso de Atención de Enfermería. En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

¹⁵ Alfaro-LeFevre Rosalinda, Aplicación del Proceso enfermero, p.p 148.

¹⁶ El Proceso de Atención de Enfermería”, En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

Planteamiento de los objetivos:

Se deben definir los objetivos que se proponen con respecto a cada problema, teniendo en cuenta las actuaciones de enfermería, estableciendo qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.¹⁷

Objetivos de enfermería:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.¹⁸

- Medio plazo: Para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.¹⁹

- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:

¹⁷ Alfaro-LeFevre Rosalinda, Aplicación del Proceso enfermero, p.p 150.

¹⁸ Alfaro-LeFevre Rosalinda, op cit. p.p 150.

¹⁹ IBIDEM. p.p 151.

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Objetivos del paciente:

Los objetivos del cliente es lo que se espera que haga, esto es, como conductas esperadas. Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.)

Actuaciones de enfermería:

Son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, y a las acciones encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. El paciente y los familiares deben participar en las intervenciones de enfermería encaminadas al logro de los objetivos.²⁰

Tipos de actividades de enfermería, Iyer (1989).

²⁰ El Proceso de Atención de Enfermería”, En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.²¹

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.²²

La enfermería realiza intervenciones en las diferentes áreas de la salud, como lo son la promoción a la salud, prevención de enfermedades, restaurar la salud y la rehabilitación.

²¹ Alfaro-LeFevre Rosalinda, Aplicación del Proceso enfermero, p. p 176.

²² Alfaro-LeFevre Rosalinda, op cit. p. p 178.

En base a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero, las intervenciones más utilizadas en la planeación de los cuidados son:

- El diagnóstico enfermero real:
 - o Reducir o eliminar factores contribuyentes.
 - o Promover mayor nivel de bienestar.
 - o Controlar el estado de salud.

- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:
 - o Reducir o eliminar los factores de riesgo,
 - o Prevenir que se produzca el problema.
 - o Controlar el inicio de problemas.

- Para el diagnóstico enfermero posible:
 - o Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
 - o Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

- Para problemas interdependientes:
 - o Controlar los cambios de estado del paciente.
 - o Manejar los cambios de estado de salud.
 - o Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.²³

²³ El Proceso de Atención de Enfermería”, En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

Para determinar las intervenciones de enfermería es necesario definir el problema (diagnóstico), identificar las intervenciones posibles y seleccionar las alternativas factibles. El éxito de las intervenciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir y desarrollar las intervenciones más adecuadas para obtener los resultados esperados.²⁴

Las acciones de enfermería que se encuentran en un plan de cuidados son:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería.
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y referencia a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

*** Documentación en el plan de cuidados de enfermería:**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, es un instrumento que se utiliza para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.²⁵

²⁴ El Proceso de Atención de Enfermería”, En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

²⁵ El Proceso de Atención de Enfermería”, op cit.

- **Partes que componen los planes de cuidados:**

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente. (criterios de resultado)
- intervenciones de enfermería (actividades),
- fundamentación. (el porque se realiza la intervención)
- Evaluación (informe de evolución).²⁶

1.1.4 EJECUCIÓN:

En esta etapa se pone en práctica el plan de cuidados elaborado, e implica continuar con la recogida y valoración de datos, realizar las intervenciones de enfermería, realizar las anotaciones de enfermería y actualizar constantemente el plan de cuidados.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, incluyendo al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo de salud. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas.²⁷

Es importante dar continuidad a la recogida y valoración de datos de una manera constante, para poder obtener nuevos datos que deberán ser revisados y tomados en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

²⁶ El Proceso de Atención de Enfermería”, En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

²⁷ El Proceso de Atención de Enfermería”, op cit.

1.1.5 EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.²⁸

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).²⁹

El proceso de evaluación consta de dos partes

Se debe de tomar en cuenta los datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar, para posteriormente compararlos con los resultados esperados y con la evolución del paciente.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

²⁸ El Proceso de Atención de Enfermería", En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

²⁹ El Proceso de Atención de Enfermería. Op cit.

- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.³⁰

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.
-

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

³⁰ El Proceso de Atención de Enfermería”, En: www.cienciamédica.com. 12 de Junio del 2007

1.2 EMBARAZO

1.2.1 ADAPTACIONES MATERNAS DURANTE EL EMBARAZO.

Las adaptaciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas al embarazo son profundas. Muchos de estos cambios comienzan poco después de la fertilización y continúan a lo largo de la gestación; la mayoría de estas notables adaptaciones se producen como respuesta al estímulo fisiológico producido por el feto. Igualmente sorprendente es que la mujer que estuvo embarazada retorna casi por completo a su estado previo al embarazo después del parto y la lactancia. La comprensión de estas adaptaciones es el objetivo principal del especialista, ya que sin ese conocimiento es casi imposible entender los procesos patológicos que puedan amenazar a la mujer durante el embarazo y el puerperio.³¹

Adaptaciones del aparato reproductor.

Útero: Su peso aumenta de 70 a 900 y a 1200g al término, su volumen se incrementa desde 10 ml. hasta 2 a 10 L. Al término, posición se eleva hasta la pelvis a las 12 semanas, efectúa dextro rotación, contractilidad: hasta la mitad del embarazo el útero es menos propenso a las contracciones, durante la segunda mitad de la gestación el útero es más propenso a las contracciones; contracciones de Braxton Hicks: contracciones irregulares esporádicas y no rítmicas que prosiguen durante todo el embarazo (durante el tercer trimestre pueden confundirse con trabajo de parto).³²

Endometrio: Proliferación de la túnica uterina en preparación de la implantación del óvulo, almacenamiento de glicógeno para nutrir el blastocito si ocurre embarazo.

³¹ Mendoza Colorado Catalina, "Adaptaciones del embarazo y desarrollo fetal", En: Obstetricia I, pp. 146-147

³² Mendoza Colorado Catalina, op cit. pp. 147.

Cuello uterino: Aumento de la vascularidad, edema y reblandecimiento, hipertrofia de las glándulas cervicales.

Ovarios: Formación del cuerpo amarillo (luteo) del embarazo.

Trompas de Falopio: Facilitan la fecundidad del óvulo por el espermatozoide, regulan el tiempo de transporte del huevo hacia el útero.

Vagina: Se vasculariza y congestiona, aumento de las secreciones, que son densas, blancas y ácidas.

Mamas: Aumento del tamaño y la nodularidad, hipersensibilidad, el crecimiento de sistema de conductos es intenso durante los tres primeros meses, hacia el fin del embarazo las células alveolares se vuelven secretoras.³³

Adaptaciones fisiológicas de los aparatos y sistemas corporales:

Cardiovasculares: El volumen cardíaco se incrementa en un 10% (hasta 75ml), la elevación del diafragma por la presión del útero desplaza el corazón hacia la izquierda y hacia arriba, disminuye la viscosidad de la sangre y ocurre la torsión de los grandes vasos a causa del mayor volumen del útero, Cambios en el volumen sanguíneo: el volumen plasmático se incrementa en un 50% (600 a 1250ml) alcanza su máximo entre las 30 y 40 semanas, disminuye la albúmina plasmática total desde el valor de la gestación de 3,0 a 3,5g/dl. Gasto cardíaco: se incrementa la frecuencia cardíaca, aumenta el gasto cardíaco, de 5,0 a 5,5 litros/min. En la no embarazada incrementa de un 30 a un 50% al final del primer trimestre, se eleva el 10% más durante los dos últimos trimestres, el incremento de volumen de eritrocitos es mayor de 33% del aumento del volumen plasmático, se acelera la producción de eritrocitos, de los eritrocitos

³³ Mendoza Colorado Catalina, "Adaptaciones del embarazo y desarrollo fetal", En: Obstetricia I. pp. 147.

que se añaden a la circulación materna, el 50% (cerca de 600ml) se pierde durante el parto y puerperio.³⁴

Cambios circulatorios periféricos: Disminuye la resistencia periférica total, la circulación útero placentaria es un sistema de baja resistencia que funciona como derivación arteriovenosa y disminuye la resistencia vascular corporal total al salvar la circulación general, el útero comprime las venas pélvicas y la vena cava inferior, se incrementa el flujo de sangre hacia la piel. Cambios de la presión arterial: las presiones sistólica y diastólica disminuyen durante la primera mitad del embarazo (5 a 10 mmHg), después de lo cual se incrementa al nivel de la no embarazada, durante el tercer trimestre, la compresión de la vena cava inferior y de la aorta que ocurre en las embarazadas que descansan sobre el dorso, puede producir disminución del gasto cardíaco, deben recostarse sobre el lado izquierdo.³⁵

Cambios respiratorios: Ocurren cambios que mejoran el intercambio de gases, mucho antes de que sobrevenga la presión mecánica, las costillas más bajas se ensanchan para incrementar el espacio, el diafragma se eleva 4 cm. y el diámetro transversal del tórax aumenta 2cm.³⁶

Cambios de las vías urinarias: Al crecer el útero comprime la vejiga contra la pelvis, el útero agrandado y en dextro rotación comprime los uréteres a su paso por el estrecho pélvico, sobre todo en el lado derecho, puede ocurrir reflujo vesicoureteral, el complejo de la vena ovárica se dilata sobre el uréter derecho, la base de la vejiga se ve desplazada hacia delante y hacia arriba, a causa de la parte de presentación encajada, el flujo sanguíneo renal se incrementa hasta que llega el tercer trimestre, la proporción de nutrientes en la orina de la embarazada es elevada.³⁷

³⁴ Mendoza Colorado Catalina, "Adaptaciones del embarazo y desarrollo fetal", En: Obstetricia I. pp. 147.

³⁵ Mendoza Colorado Catalina, op cit. pp. 147

³⁶ IBIDEM, pp. 148.

³⁷ IDEM, pp. 150

Cambios en el aparato digestivo: Al aumentar de tamaño el útero, aplica una presión mayor al estomago e intestino, se desplaza el estomago y el intestino; el apéndice se desplaza hacia arriba y a la derecha, la presión venosa se incrementa por debajo del útero agrandado.³⁸

Cambios metabólicos: El embarazo tiene un profundo efecto sobre el metabolismo de los carbohidratos, la principal fuente energética para el cerebro y la unidad fetoplacentaria es la glucosa, el metabolismo de los lípidos durante el embarazo hace que se acumulen reservas de grasa durante los periodos de crecimiento fetal y lactación, el feto consume proteínas para crecer.³⁹

Cambios músculo-esqueléticos: Las articulaciones se relajan por acción de la relaxina, aumenta el peso del útero con el aumento de tamaño, ocurren cambios posturales.⁴⁰

Desarrollo y crecimiento fetal:

En el crecimiento y desarrollo del producto de la gestación se consideran tres etapas diferenciales: Semana 1 a 3 (periodo preembrionario) se produce la fecundación del óvulo y el desarrollo del producto de la concepción hasta que se forman las tres capas del disco embrionario. Semana 3 a 8 (periodo embrionario) crecimiento rápido, diferenciación tisular y formación de todos los órganos principales. Semana 9 a 40 (periodo fetal) se produce el crecimiento y desarrollo de los principales órganos y diferenciación de los aparatos y sistemas corporales.⁴¹

³⁸ Mendoza Colorado Catalina, "Adaptaciones del embarazo y desarrollo fetal", p 150

³⁹ Mendoza Colorado Catalina, op cit. pp. 150

⁴⁰ IBIDEM, pp. 151

⁴¹ IDEM pp. 151.

1.2.2 CUIDADOS PRENATALES.

La asistencia de la maternidad ha experimentado un sustancial cambio en los últimos tiempos. En general, cada vez son más las mujeres que reconocen su necesidad especial de apoyo y de adquirir conocimientos sobre su cuerpo, los cambios que se experimentan durante el embarazo y lo que podría ocurrir durante este periodo y el parto.⁴²

Trimestre del embarazo: el embarazo se divide en tres trimestres, cada uno de aproximadamente 13 semanas: Semanas 1 a 13, Semanas 14 a 27 y Semanas 28 a 40.

Primera consulta prenatal: Suele ser extensa y se divide en etapas, 1- Orientar a la paciente sobre el sitio donde se encuentra, darle la bienvenida y ofrecerle una breve descripción del lugar, explicación sobre lo que ocurre en la primera consulta prenatal. 2- Obtener los antecedentes médicos, biografía breve con la siguiente información: datos demográficos, antecedentes menstruales, embarazo actual: problemas, medicaciones, tabaquismo, psicofármacos, consumo de alcohol, peligros ocupacionales, embarazos previos: abortos (espontáneos, terapéuticos) partos a término y pretermino, lugar en que ocurrió el parto, tipo de parto, tiempo de trabajo de parto y estado del recién nacido; complicaciones del trabajo de parto y el puerperio, antecedentes médicos y familiares, revisión por aparatos y sistemas, diagnóstico de embarazo. Última menstruación y fecha probable de parto: la duración promedio del embarazo, calculada a partir del primer día de la última menstruación, es de unos 280 días, es decir 40 semanas, 10 meses lunares o 9 meses de calendario. La fecha probable de parto, en la que se estima que se produzca el nacimiento puede calcularse empleando la regla de Nägele. Según esta regla la FPP se calcula añadiendo 7 días a la fecha del primer día de la última menstruación, más 7 días menos 3 meses.⁴³

⁴² Mendoza Colorado Catalina, "Adaptaciones del embarazo y desarrollo fetal", p 151

⁴³ Mendoza Colorado Catalina, op cit. pp. 172

Consultas prenatales subsecuentes: Valoración del estado del embarazo entre las consultas, de las practicas actuales de alimentación, exploración física, que debe incluir especialmente: Medición de la presión arterial, medida al principio del embarazo es un dato de referencia para la valoración y comparación ulteriores de lecturas que pueden elevarse al avanzar la gestación, tiene importancia un incremento sistólico de 30mmHg o uno diastólico de 15 mmHg respecto de la presión arterial de referencia.⁴⁴

Peso: Se mide el peso al inicio del embarazo para valorar el aumento secuencial total durante la gestación, una perdida ponderal temprana por debajo de los niveles previos al embarazo puede que la mujer ha experimentado nauseas y vómitos: se requiere asesoria nutricional inmediata con objeto de evitar deshidratación o cetosis, un aumento mayor que el promedio durante la parte final del embarazo(2250kg o más en una semana) puede indicar sobrealimentación, consumo excesivo de sal, retención de agua o posible preeclampsia.⁴⁵

Exploración física completa consiste en: Palpación de glándulas tiroides, auscultación de ruidos cardiacos maternos, inspección y palpación de mamas, abdomen, medición de la altura del fondo uterino, auscultación de los ruidos cardiacos fetales, exploración pélvica. Palpación abdominal: antes de las semanas 12-13 de la gestación el útero ocupado se mantiene como órgano pélvico y no se puede palpar por el abdomen, desde el momento en que su fondo llega a la cavidad abdominal a las 12 semanas, hasta que llega al ombligo, a las 20 semanas de la gestación, se mide en traveses de dedo, después de esta etapa se puede seguir midiendo así o en centímetros, puede emplearse las mediciones de McDonald en lugar de los traveses de dedo después de las 20 semanas.⁴⁶

Maniobras de Leopold: Las maniobras de Leopold se emplean para palpar al feto, con objeto de identificar su posición, variedad de presentación y actitud,

⁴⁴ Mendoza Colorado Catalina, "Adaptaciones del embarazo y desarrollo fetal". En: Obstetricia I. pp. 172

⁴⁵ Mendoza Colorado Catalina, op cit, pp. 172

⁴⁶ IBIDEM, pp. 172

se efectúa durante el embarazo una vez que el tamaño del útero permite ya distinguir por palpación las partes fetales.

1ª maniobra. Responde a la pregunta ¿Qué está en el fondo uterino: la cabeza o la pelvis fetal? Aspecto que se identifica: presentación, esta maniobra identifica la parte del cuerpo que se encuentra sobre el orificio cervical inferior, hacia la pelvis (cefálica, pélvica), ejecución de la maniobra: mirando hacia la cabeza de la paciente se palpa el fondo uterino con las puntas de los dedos de ambas manos, cuando en el fondo uterino está la cabeza fetal se percibe como una masa dura, lisa, globular, móvil y desplazable, cuando en el fondo uterino está la pelvis, se percibe como una masa blanda, irregular, redonda y menos móvil.⁴⁷

2ª. Maniobra. Responde a la pregunta ¿Dónde se encuentra el dorso?, aspecto que se identifica: posición. Esta maniobra identifica las relaciones entre una parte del cuerpo del feto y el frente, dorso o lados de la pelvis materna, ejecución de la maniobra: el explorador debe mirar hacia la cabeza de la paciente, coloca las manos a cada lado del abdomen, sostiene el útero con una mano y palpa el lado opuesto para localizar el dorso fetal, el dorso se percibe firme, liso, convexo y resistente, las partes menores (brazos y piernas) se perciben pequeñas, de ubicación irregular y nudosas, pueden ser activa o pasivamente móviles.⁴⁸

3ª. Maniobra. Responde a la pregunta ¿Cuál es la parte de presentación?, aspecto que se identifica: parte de la presentación, esta maniobra identifica la parte más baja del feto, esto es, la más cercana al cuello uterino, es la parte del feto que primero hace contacto con el dedo durante la exploración vaginal y constituye con más frecuencia a la cabeza o la región pélvica, ejecución de la maniobra: el explorador vuelve la cara hacia los pies de la paciente, coloca las puntas de los tres primeros dedos y el pulgar de una mano a cada lado del abdomen, justo por arriba de la sínfisis y le pide que inhale profundamente y

⁴⁷ Mendoza Colorado Catalina, "Adaptaciones del embarazo y desarrollo fetal". En: Obstetricia I. pp. 173

⁴⁸ Mendoza Colorado Catalina, op cit. pp. 173

deje salir todo el aire, conforme la mujer exhala se hundan los dedos hacia abajo con lentitud y profundidad alrededor de la parte de presentación, se revisan de este modo el contorno, el tamaño y la consistencia de la parte palpada, la cabeza se percibe dura y lisa, móvil si no está encajada e inmóvil si lo está, la región pélvica se percibe blanda e irregular.⁴⁹

4ª. Maniobra. Responde a la pregunta ¿Dónde está la prominencia cefálica? Aspecto que se identifica: prominencia cefálica, identifica la mayor prominencia de la cabeza fetal palpada sobre el estrecho pélvico superior, cuando la cabeza está flexionada (actitud de flexión) la frente forma la prominencia cefálica, cuando está extendida (actitud de extensión) la prominencia cefálica corresponde al occipucio, ejecución de la maniobra: el examinador mira hacia los pies de la paciente, mueve los dedos por los lados del abdomen en dirección hacia la pelvis, hasta que los dedos de una de las manos encuentren una prominencia ósea, que corresponde a la prominencia cefálica.⁵⁰

Exploración pélvica: La exploración pélvica consiste en: exploración y palpación de genitales externos, examen con especulo vaginal, exploración bimanual.

Importancia del control prenatal: El control prenatal es con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de la embarazada y el hijo, prevenir riesgo de muerte o de alguna complicación del embarazo, este control debe de ser oportuno, continuo, integral y extenso. El peso de la mujer se puede evaluar: el aumento trimestral es: primero 1 a 1.5 Kg. el trimestre, segundo 1 a 1.5kg cada mes, tercero 1.5 a 2 Kg. cada mes; el crecimiento uterino: los cambios en la altura uterina pueden indicar presencia de alteraciones como: Aumento del fondo uterino: embarazo molar, embarazo gemelar, embarazo múltiple, plihidramios, tumor o ascitis, Crecimiento uterino lento: desnutrición materna,

⁴⁹ Mendoza Colorado Catalina, "Adaptaciones del embarazo y desarrollo fetal". En: Obstetricia I. pp. 175

⁵⁰ Mendoza Colorado Catalina, "Valoración del embarazo". En: Obstetricia I. pp. 178-181

bajo peso del bebé, situación transversa, defecto fetal, oligohidramios, aborto retenido o muerte fetal.⁵¹

Crecimiento uterino en relación con las semanas de gestación: Semana 4, 9 a 13 no se palpan partes fetales, Semana 18= a 16cm, 22= 20cm, 27= 24cm, 31= 28cm, 36=32cm, 40= 30cm.

Recomendaciones durante el embarazo.

Alimentación: Debe de ser adecuada, consumir alimentos ricos en energía y proteínas, vitaminas, minerales principalmente calcio, hierro, ácido fólico y yodo (fuentes de calcio: leche y derivados, pescado, leguminosas y verduras de hoja verde; Fuente de hierro y ácido fólico: alimentos de origen animal, como hígado y huevo; frijoles, lentejas y verduras de hoja verde, para su mejor absorción combinarlos con alimentos ricos en vitamina C como guayaba, mandarina, naranja; Fuente de yodo: pescado y mariscos, además de la sal yodada). Hábitos intestinales: se recomienda la ingesta de 2 litros de líquidos, realizar ejercicio físico diario, comer alimentos con alto residuo como salvado, piña, manzana, papaya y en caso necesario un laxante suave como mermelada o jugo de ciruela.⁵²

Actividad sexual: Se sugiere disminuir la frecuencia de la actividad sexual durante el primer y último trimestre, debe evitarse en los casos en que existe amenaza de aborto o parto prematuro.

Cuidados de las mamas: Preparar sus senos para la lactancia durante el embarazo.

⁵¹ Mendoza Colorado Catalina, "Adaptaciones del embarazo y desarrollo fetal". En: Obstetricia I. pp. 179

⁵² Mendoza Colorado Catalina, op cit. pp. 179

Actividad física: La actividad y el reposo deberán mantenerse en equilibrio, evitar cualquier esfuerzo físico exagerado, es recomendable realizar actividad física moderada como caminar y tomar descansos en el día.⁵³

Ropa y calzado: La ropa debe de ser cómoda y holgada y los zapatos de piso, no usar tacón para evitar algún tipo de accidentes.

Higiene: Es importante bañarse diariamente, así como el cambio diario de ropa sobre todo la íntima con la finalidad de evitar cualquier tipo de infección, el lavado de manos constantemente, la limpieza dental tres veces al día.⁵⁴

Signos y síntomas de riesgo: Los signos y síntomas que se debe informar a la embarazada son hemorragia vaginal, edema de cara o dedos, cefaleas intensas o continuas, visión disminuida o borrosa, dolor abdominal, vómitos persistentes, escalofríos o fiebre, disuria, perdidas de líquidos por la vagina, cambios importantes en la frecuencia o intensidad en los movimientos fetales. Signos y síntomas que la embarazada debe de identificar después de la semana 36 y que ameritan su traslado a la unidad hospitalaria: náuseas, vomito, cefalea persistente, acúfenos, fosfenos, sangrado trasvaginal, salida de líquido amniótico, y ausencia o disminución de movimientos fetales.⁵⁵

⁵³ Mendoza Colorado Catalina, "Adaptaciones del embarazo y desarrollo fetal". En: Obstetricia I. pp. 180

⁵⁴ Mendoza Colorado Catalina, op cit. pp. 181

⁵⁵ Suárez F. Ana, en Revista de enfermería, IMSS, pp. 35-36.

1.3 CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO.

Recién nacido: Se le llama así al bebé desde que nace hasta que cumple el primer mes de vida.⁵⁶

Se debe orientar a la madre sobre los cuidados que debe proporcionar al recién nacido, los cuales son los siguientes:

Alimentación: Deberá ser al seno materno, ya que la leche materna proporciona todos los nutrientes que el recién nacido requiere, por lo menos deberá de ser hasta los seis meses de edad y posteriormente a partir de los cuatro meses de edad iniciara con la ablactación.⁵⁷

Baño.

- El baño del bebe debe ser diario con agua tibia, jabón que no sea irritante y una esponja.
- No deben de existir corrientes de aire en el lugar donde se bañe el bebé.
- La limpieza se inicia por cara, cabeza, tronco, extremidades y por último los genitales.
- Para secar al bebé se debe seguir el mismo orden.
- Para el aseo de genitales en las niñas, se separan los labios mayores y se limpia con un lienzo limpio de arriba hacia abajo; en los niños se baja el prepucio y se realiza la limpieza del pene.⁵⁸

Cambio de ropa.

- La ropa del bebé debe de ser cómoda, suave y evitar las cintas y los botones.
- El cambio de ropa debe de ser diario y cuantas veces sea necesario.
- Realizar limpieza de genitales por cada evacuación y micción.

⁵⁶ Salinas Martínez Ana María, Cuidados para el embarazo, parto y recién nacido, pp. 135

⁵⁷ Salinas Martínez Ana María, op cit. pp. 136

⁵⁸ IBIDEM pp. 137

Cuidado de las uñas.

- Con un cortaúñas pequeño se deben de cortar las uñas de las manos y pies del bebé para evitar infecciones y que se pueda lastimar.

Cuidados del muñón umbilical.

- El aseo del muñón umbilical es a través del baño.
- Se debe limpiar y secar muy bien.
- No aplicar ningún tipo de sustancias.
- No vendarlo, no jalarlo.
- Evitar que el pañal lo cubra.
- Vigilar que no sangre.
- En un lapso de 7 a 10 días se desprenderá.

Descanso.

- El bebé duerme de 15 a 20 horas diarias, solo despierta para comer.
- Posterior a la alimentación se debe colocar sobre su abdomen con la cabeza de lado para evitar que se asfixie por vómito o alimento.
- Debe cambiarse de posición frecuentemente para evitar deformidades en los huesos de su cabeza.

Estimulación.

- Debe de ser desde el primer contacto que se tenga con el bebé.
- Se debe acariciar, tocar, balancearlo y platicarle.
- Llamarlo por su nombre.
- Se le puede poner música suave o para bebé.

- Se puede colocar un móvil en su cuna o hacer pasar objetos frente a él para que los observe y estimular el desarrollo del sentido de la vista.
- Durante el baño hacerle ejercicios estirando y cruzando sus brazos y sus piernas suavemente.
- Darle masajitos.
- Hacer movimientos laterales y ligeros de su cabeza.
- Rodarlo sobre la cama.⁵⁹

Signos de alarma.

- Fiebre de mas de 37.7 ° C.
- Vómitos.
- Diarrea.
- Pérdida del apetito.
- Secreciones en ojos, nariz y ombligo.
- Coloración azulada.
- Coloración amarilla en las primeras 24 horas.

Revisiones médicas.

- Deberá acudir a consulta médica cada mes hasta que cumpla un año de Edad y posteriormente cada seis meses, esto es para vigilar su adecuado crecimiento y desarrollo, su esquema de vacunación.⁶⁰

⁵⁹ Salinas Martínez Ana María, Cuidados para el embarazo, parto y recién nacido, pp. 140

⁶⁰ Salinas Martínez Ana María, op cit, pp. 141

1. 4 LACTANCIA MATERNA

Alimentación: Es recomendable que el bebé sea alimentado a través de la leche materna por lo siguiente:

- Proporciona al bebé todos los nutrientes que necesita.
- El bebé la digiere fácilmente.
- Esta libre de bacterias.
- Proporciona al bebé inmunidad contra algunas enfermedades.
- Se ahorra tiempo y dinero.
- El contacto que se logra estimula el desarrollo emocional del bebé.
- Favorece la involución uterina de la madre.

La lactancia materna debe ser el único alimento que se le proporcione al bebé hasta los 4 ó 6 meses de edad que se pueden introducir nuevos alimentos. Es a libre demanda y se puede agregar hidratación entre las tomas, auxiliándose de un vasito. Posterior a cada toma de leche se coloca al bebé con la cabeza sobre el hombro de la madre y haciendo hueco con la palma de la mano se le dan ligeros golpecitos en la espalda hasta que eructe.⁶¹

⁶¹ Salinas Martínez Ana María, Cuidados para el embarazo, parto y recién nacido, pp. 93

1.4.1 POSICIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO.

Balón de fútbol: Sujetar la espalda y los hombros del bebé en la palma de la mano. Sujetar al bebé por debajo del brazo manteniendo la oreja, el brazo y la cadera del bebé en línea recta y acercar al bebé hacia el pecho.⁶²

Acostada: Acostarse de lado con una almohada en la espalda, recostar al bebé de manera que se miren a la cara. Apoyarse en el codo y sostener el pecho en una mano. Acercar la boca del bebé hacia el pezón.⁶³

Acunamiento: Tomar al bebé en los brazos lo más cerca que quede del pecho. Con la cabeza en el ángulo del brazo, sostener al bebé vientre contra vientre, con la mano opuesta sujetar el pecho y acercar al bebé.⁶⁴

Cruzado en el regazo: Recostar al bebé sobre unas almohadas firmes en el regazo, girar al bebé para que le de la cara, pasar los brazos sobre el regazo para sujetar la espalda y los hombros del bebé con la palma de la mano, coger el pecho desde abajo para guiarlo hacia la boca del bebé.⁶⁵

Extracción y conservación de la leche.

- Colocar el dedo pulgar 3 ó 4 cm. Arriba del pezón y los dedos índices y medio por abajo formando una C.
- Presionar los dedos sobre el seno como si exprimiera, cambiando la posición alrededor, con esto se logra el vaciado.
- Repetir rítmicamente para desocupar los depósitos.
- Debe tenerse un vaso o frasco enfrente para escurrir la leche.
- Vaciar un seno y posteriormente el otro.
- Completada la extracción tapar el recipiente y colocarlo en un lugar fresco.

⁶² Salinas Martínez Ana María, Cuidados para el embarazo, parto y recién nacido, pp. 93

⁶³ Salinas Martínez Ana María, op cit. pp. 94

⁶⁴ IBIDEM pp. 94

⁶⁵ IDEM pp. 95

- Si no se consume la leche durante la primera hora, se almacenará en el refrigerador hasta por 24 horas y para usarla deberá sacarse una hora antes. Puede calentarse en baño maría o dejarla al ambiente.

La alimentación durante la lactancia es muy importante ya que debe ser equilibrada y variada, debe consumir leche y sus derivados lácteos, proteínas, leguminosas, frutas, verduras, pastas y cereales. Además se deben consumir abundantes líquidos para mejorar la cantidad de producción de leche.⁶⁶

Técnicas de preparación de los pezones.

Técnica de la cuerda del reloj: Consiste en colocar los dedos índice y medio por abajo del pezón y el pulgar por arriba, y hacer movimientos como si se diera cuerda a un reloj.⁶⁷

Técnica de estiramiento: Consiste en hacer presión sobre el pezón y estirarlo utilizando los dedos índice, medio y pulgar.

Técnica de Hoffman: Consiste en colocar los dedos índice por arriba y abajo del pezón y estirarlo, luego repetir el procedimiento cambiando los índices alrededor del pezón.⁶⁸

Cortar la punta de la copa de un sostén de la talla actual con la finalidad de que el pezón salga y así ayudar a su formación.

Colocar en el pezón una jeringa sin el émbolo, conectada a una sonda que la una a otra jeringa completa, de tal manera que al jalar el émbolo de la segunda jeringa produzca un vacío en la primera y jale el pezón.⁶⁹

⁶⁶ Salinas Martínez Ana María, Cuidados para el embarazo, parto y recién nacido, pp. 96

⁶⁷ Salinas Martínez Ana María, op cit. pp. 97

⁶⁸ IBIDEM pp. 97

⁶⁹ IDEM pp. 98

1.5 METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. (DIU)

El dispositivo intrauterino es un marco plástico pequeño y flexible, con frecuencia lleva un alambre de cobre. El DIU crea un proceso inflamatorio crónico con aumento de macrófagos que fagocita los espermatozoides bloqueándoles el mecanismo de respiración. ⁷⁰

Su efectividad es de 0.6 a 0.8 embarazos por cada 100 mujeres. Su duración es de 5 años.

Dentro de las ventajas se puede mencionar que es muy efectivo, no interfiere con las relaciones sexuales, no tiene efectos colaterales por hormonas, reversible en forma inmediata al retirarse puede insertarse inmediatamente después del parto y ayuda a prevenir el embarazo ectópico.⁷¹

Las desventajas de este método son que genera cambios menstruales en los primeros tres meses, sangrado vaginal más abundante y prolongado, sangrado o goteo vaginal entre períodos, más cólicos durante los mismos, no protege contra infecciones de transmisión sexual, se tiene que insertar mediante procedimiento médico durante el periodo menstrual o en el posparto aunque en mínimas ocasiones se puede salir del útero sin que la mujer se de cuenta.⁷²

Después de colocar el DIU se debe de revisar al mes, y auto revisión después de cada período menstrual y revisión médica cada seis meses.

⁷⁰ Félix Ramírez Alonso, Obstetricia para la Enfermera profesional, pp. 466

⁷¹ Félix Ramírez Alonso, op cit. pp. 467

⁷² IBIDEM pp. 467.

CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

El día 23 de Noviembre 2006 a las 11:30 hrs., se presenta al servicio de consulta externa de el Hospital Materno infantil Inguaran la Sra. Alondra A. residente del Distrito Federal, mexicana, estado civil unión libre, usuaria primigesta, con embarazo de 26.4 SDG por FUM: 21– 05-06. y FPP. 28–02–07. refiere que solo ha acudido a dos consultas medicas y que acudió a consulta por presentar leucorrea blanca, escasa, no fétida, disuria y no saber si es normal, por lo que se encuentra angustiada por desconocer los cambios y cuidados que debe de tener durante el embarazo y los cuidados que tendrá para con su futuro hijo, durante el interrogatorio y la exploración física se le detectaron problemas como infección en vías urinarias, desequilibrio nutricional por exceso de carbohidratos, riesgo de padecer infección vaginal, temor por desconocer los cambios durante el embarazo y los cuidados para con el recién nacido, lactancia materna, métodos de planificación familiar, por lo que se le brindaron cuidados específicos de enfermería para mejorar su estado de salud.



2.2 VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

F11

1.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Alondra A. Domicilio: Laringologos 24, el triunfo.

Edad: 26 años Sexo: femenino Nacionalidad: mexicana Fecha de nacimiento: 26-Diciembre-1980.

Ocupación: hogar Escolaridad: preparatoria Religión: católica.

Lugar de origen: DF. Estado civil: unión libre.

Familiar responsable: esposo: Omar L.

2.-PERFIL DEL PACIENTE.

AMBIENTE FÍSICO

Casa Prestada, con 3 habitaciones. Tipo de construcción: concreto.

Características físicas (ventilación, iluminación, etc.) Buena ventilación e iluminación.

Animales domésticos: NO

SERVICIOS SANITARIOS

Cuenta con agua intradomiciliaria, drenaje, servicios públicos de recolección de basura.

VÍAS DE COMUNICACIÓN

Existen carreteras, colectivos, taxis.

RECURSOS PARA LA SALUD

Centro de salud y consultorios particulares.

HABITOS HIGIENICOS-DIETETICOS

Baño:(tipo y frecuencia) Diario

De manos: (frecuencia: Constantemente.

Bucal:(frecuencia) 2 a 3 Veces al día.

Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia) Diario.

ALIMENTACIÓN.

TIPO DE ALIMENTO	No. DE VECES A LA SEMANA	OBSERVACIONES
CARNE	DIARIO	REFIERE COMER EN
VERDURAS	3	EXCESO.
FRUTAS	DIARIO	
LEGUMINOSAS	2	
PASTAS	DIARIO	
LECHE	DIARIO	
HUEVO	3	
No. DE TORTILLAS	8 POR DÍA	
No. DE PIEZAS DE PAN	2 POR DÍA	
Agua:Lts.X día o vasos al día	3 VASOS AL DIA	

ELIMINACIÓN

Horario y características:

Intestinal: una vez al día. Vesical: 3 veces al día.

DESCANSO

(Tipo y frecuencia) solo durante la noche.. Sueño (horario y características) de 11pm a 10 AM.

Diversión y/o deportes: No practica ningún deporte y se divierte ocasionalmente.

Trabajo y/o estudio. Se dedica a labores propios del hogar.

COMPOSICIÓN FAMILIAR: vive con su pareja de 26 años. Ocupación: empleado.

DINÁMICA FAMILIAR buena.

COMPORTAMIENTO DE LA PAREJA: Refiere ser tranquilo y cooperador.

3 -ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Grupo y Rh: O POSITIVO

Tabaquismo NO

Alcoholismo NO

NIEGA ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES: MADRE CON DIABETES MELLITUS

4. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

EN EL INTERROGATORIO LA PACIENTE SOLO REFIERE PRESENTAR:

- GENITOURINARIO: DISURIA, LEUCORREA

- NERVIOSO: ANSIEDAD

OBSERVACIONES: LA PACIENTE MANIFIESTA TENER TEMOR Y ANSIEDAD POR LOS CAMBIOS QUE OCURREN EN SU EMBARAZO Y QUE DESCONOCE LOS CUIDADOS QUE DEBE DE TENER PARA ELLA Y PARA CON SU FUTURO BEBE, ASI COMO LA LACTANCIA MATERNA Y LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

- MUSCULOESQUELETICO: AUMENTO DE PESO

OBSERVACIONES: A PARTIR DE QUE INICIO EL EMBARAZO HA SUBIDO 12 KILOS.

- PIEL Y ANEXOS: PEZON INVERTIDO EN AMBAS MAMAS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.

MENARCA: 14 AÑOS. CICLOS: CADA 30 DÍAS DURACIÓN: 4 DÍAS I.V.S: 23 AÑOS.

FUR: 21-05-06. FPP: 28-02-07 SDG: 26.4. GESTAS: 1 PARAS: 0

ABORTOS: 0 CESÁREAS: 0. NO. DE COMPAÑEROS SEXUALES: UNO.

NO TIENE VIGILANCIA PRENATAL: SOLO HA ACUDIDO A DOS CONSULTAS.

EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO

INFECCION DE VIAS URINARIAS E INFECCION GENITAL.

DURANTE EL EMBARAZO NO HATENIDO ALGUNA OTRA COMPLICACION.

2.3 EXPLORACIÓN FÍSICA.

Peso antes del embarazo: 58 Kg. Peso actual: 70 Kg.

Peso ideal: 65 Kg. Sobrepeso: 5 Kg.

Estatura: 1.56 cm. Pulso: 76 POR MINUTO Presión arterial: 100/60 mm. Hg.

Temperatura: 36.5 ° C. Respiración: 18 POR MINUTO.

INSPECCIÓN:

ASPECTO FÍSICO: Se observa con buena coloración de piel y tegumentos, pupilas isocóricas normoreflexivas, cuello cilíndrico, sin adenomegalias, mamas simétricas, turgentes, abdomen globoso a expensas de útero gestante, a la exploración vaginal se observa leucorrea escasa no fétida, miembros inferiores sin alteraciones aparentes.

PALPACIÓN: Abdomen globoso a expensas de útero gestante, F.U. 26 cm. Situación longitudinal, con presentación cefálica, dorso a la izquierda, se palpan movimientos fetales, miembros inferiores sin edema.

AUSCULTACIÓN: Se escuchan campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad y frecuencia, sin compromiso, frecuencia cardíaca fetal 156 X', no se auscultan fenómenos agregados.

2.4 PROBLEMAS DETECTADOS.

- Infección en vías urinarias por deficiente consumo de líquidos.
- Riesgo de desequilibrio nutricional por consumo excesivo de carbohidratos.
- Riesgo de Diabetes gestacional por el sobrepeso y por tener antecedentes hereditarios.
- Desconocimiento y temor sobre cuidados durante el embarazo y alimentación.
- Desconocimiento sobre los cuidados al recién nacido.
- Desconocimiento sobre lactancia materna
- Desconocimiento sobre métodos de planificación familiar.

2.5 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

1.- Deterioro de eliminación urinaria, relacionado con infección en el tracto urinario, la baja ingesta de líquidos, manifestado por dolor y por presencia de abundantes bacterias en orina.

2.- Riesgo de desequilibrio nutricional y de padecer Diabetes gestacional, por el exceso de consumo de carbohidratos, relacionado con comer en respuestas claves externas como la situación social.

3.- Riesgo de lactancia materna ineficaz, relacionado con anomalías de la mama y el déficit de conocimientos sobre el tema por parte de la madre.

4.- Riesgo de infección vaginal, relacionado con cambios del pH de las secreciones vaginales en el embarazo.

5.- Ansiedad relacionado con amenaza de cambios en el entorno por el embarazo, manifestado por incertidumbre, temor y angustia.

6.- Déficit de conocimientos sobre cuidados al recién nacido, relacionado con limitación cognitiva del tema, manifestado por verbalización del problema.

7.- Déficit de conocimientos sobre planificación familiar, relacionado con limitación cognitiva del tema, manifestado de manera verbal por la paciente.

2.6 PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION DEL CUIDADO.

VALORACION.

La paciente manifiesta disuria y refiere poco consumo de líquidos, además de no llevar un control médico prenatal.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Deterioro de eliminación urinaria, relacionado con infección en el tracto urinario, la baja ingesta de líquidos, manifestado por dolor y por presencia de abundantes bacterias en orina.

OBJETIVOS.

Informar a la señora Alondra sobre la importancia de controlar la infección y así evitar complicaciones en el embarazo.

INTERVENCION.

Brindar información sobre los signos, síntomas de las complicaciones en la infección en vías urinarias.

FUNDAMENTACION.

En la mujer embarazada con infección de vías urinarias, el principal riesgo es el desarrollo de cistitis o pielonefritis, y tienen mayor riesgo de tener un parto prematuro y choque séptico.⁷³

⁷³ Mendoza Colorado Catalina, Obstetricia I, Valoración del embarazo, pp. 88

INTERVENCION.

Indicar la importancia de consumir abundantes líquidos.

FUNDAMENTACION.

Las células del organismo necesitan cantidades definidas de ciertos electrolitos para funcionar adecuadamente.⁷⁴

INTERVENCION.

Indicar la forma adecuada en que debe tomar sus medicamentos indicados así como los efectos secundarios.

FUNDAMENTACION.

La ingestión de cualquier fármaco durante el embarazo sin el debido cuidado, puede alterar el crecimiento fetal.⁷⁵

EVALUACION.

La señora manifestó sus dudas las cuales le fueron aclaradas en el momento.

⁷⁴ Gurrola Ramírez Socorro, El hombre y su ambiente, p.p 157

⁷⁵ Sandra M. Nettina, Enfermería practica, p.p 976

VALORACION.

La paciente tiene un sobrepeso de 5 kilos durante su embarazo, consume una dieta elevada en carbohidratos y tiene el antecedente de que su madre padece diabetes mellitus.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Riesgo de desequilibrio nutricional y de padecer diabetes gestacional, por el exceso de consumo de carbohidratos relacionado con malos hábitos alimenticios y antecedentes familiares de Diabetes.

OBJETIVOS.

Informar a la paciente sobre la importancia de llevar una dieta adecuada durante el embarazo.

INTERVENCION.

Impartir una platica a la señora sobre nutrición.

FUNDAMENTACION.

A través de la palabra hablada se presenta información de una manera clara y ordenada de algún tema en específico, para que sea comprensible en beneficio del individuo y comunidad.⁷⁶

INTERVENCION.

Orientar sobre las complicaciones en el embarazo por el sobrepeso como la diabetes gestacional.

⁷⁶ Gurrola Ramírez Socorro, El hombre y su ambiente, p.p 245

FUNDAMENTACION.

Durante el embarazo el lactógeno placentario humano, estrógeno, progesterona e insulina, producidos por la placenta se oponen al efecto de la insulina.⁷⁷

INTERVENCION.

Proporcionar una dieta de acuerdo a su estilo de vida.

FUNDAMENTACION.

- El aumento de peso normal que debe de tener una mujer durante el embarazo es 9 a 11 Kg.⁷⁸

INTERVENCION.

Explicar la importancia de una buena nutrición para ella y para el feto.

FUNDAMENTACION.

- La paciente embarazada que experimenta un excesivo aumento de peso esta propensa a tener lactantes macrosomicos.⁷⁹

EVALUACION.

Se verifico a través de un interrogatorio que la señora haya asimilado la información.

⁷⁷ Sandra M. Nettina, Enfermería practica, p.p 969

⁷⁸ Sandra M. Nettina, Op cit, p.p 971

⁷⁹ Mendoza Colorado Catalina, Obstetricia I, Evaluación del riesgo perinatal, pp. 85

VALORACION.

Se observa la presencia de pezón invertido en ambas mamas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Riesgo de lactancia materna ineficaz, relacionado con anomalías de la mama y el déficit de conocimientos sobre el tema por parte de la madre.

OBJETIVOS.

Lograr que la señora Alondra obtenga los conocimientos y técnicas necesarios que favorezcan la lactancia materna para cuando nazca su hijo.

INTERVENCION.

Orientar a la madre sobre la lactancia materna y los beneficios que ofrece.

FUNDAMENTACION.

La leche humana, es un fluido biológico muy completo que contiene carbohidratos, lípidos, proteínas, calcio, fósforo, vitaminas, factores de crecimiento, que hacen de la lactancia materna el mejor alimento.⁸⁰

INTERVENCION.

Informar sobre los ejercicios que debe de realizar para preparar sus pezones y sobre técnicas de amamantamiento.

⁸⁰ Mendoza Colorado Catalina, Obstetricia I. p.p 376

FUNDAMENTACION.

Las alteraciones anatómicas como lo es el pezón invertido alteran la lactancia materna.⁸¹

INTERVENCION.

Orientar sobre cuidados y alimentación que debe de llevar para favorecer la producción de leche cuando nazca su bebe.

FUNDAMENTACION.

En mujeres desnutridas el volumen de producción de leche se encuentra moderadamente disminuido, sin embargo la duración de la lactancia materna no se acorta.⁸²

EVALUACION.

Se explico a la paciente y se observo que realizara los ejercicios, y se despejaron las dudas de la paciente en ese momento.

⁸¹ Mendoza Colorado Catalina, Obstetricia I, pp. 381

⁸² Mendoza Colorado Catalina, op cit. pp. 384

VALORACION.

Se observa a la exploración vaginal leucorrea escasa, no fétida.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Riesgo de infección vaginal, relacionado con cambios del pH de las secreciones vaginales en el embarazo.

OBJETIVOS.

Informar a la paciente sobre la importancia de tener una adecuada higiene personal, y evitar posibles infecciones.

INTERVENCION.

Reafirmar en la paciente sobre la importancia de seguir manteniendo una adecuada higiene personal para evitar infecciones que puedan complicar el embarazo y parto.

FUNDAMENTACION.

- La limpieza corporal contribuye al buen estado de la salud.⁸³
- En la piel existe flora temporal y permanente.⁸⁴
- Durante el embarazo aumentan las secreciones vaginales debido al aumento del pH. Por una mayor producción de ácido láctico.⁸⁵

⁸³ Gurrola Ramírez Socorro, El hombre y su ambiente, p.p 120

⁸⁴ Gurrola Ramírez Socorro, Op cit , p.p 122

⁸⁵ . Nettina Sandra M, Enfermería practica, p.p 968

INTERVENCION.

Concientizar a la paciente sobre la importancia de acudir periódicamente a sus consultas prenatales.

FUNDAMENTACION.

La vigilancia médica prenatal, parte importante de la medicina preventiva, conserva la salud corporal de la madre y detecta posibles complicaciones, asegurando así el nacimiento de niños sanos.⁸⁶

EVALUACION.

La paciente mostró interés sobre la información que se le proporciono.

⁸⁶ Ramírez Alonso; Félix. Obstetricia para la enfermera profesional, pp. 91

VALORACION.

La señora se muestra angustiada por desconocer los cambios y cuidados durante el embarazo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Ansiedad, relacionado con amenaza de cambios en el entorno por el embarazo, manifestado por incertidumbre temor y angustia.

OBJETIVOS.

Disminuir la ansiedad de la señora Alondra, dando a conocer el proceso normal del embarazo.

INTERVENCION.

- Proporcionar información de manera clara y concreta de la evolución del embarazo, y de los procedimientos que se le realizaran.

FUNDAMENTACION.

- Todo lo desconocido produce miedo, temor y angustia.⁸⁷

EVALUACION.

La paciente después de la plática se mostró mas tranquila

⁸⁷ Nettina Sandra M, Enfermería practica, pp. 70

VALORACION.

La paciente manifiesta desconocer los cuidados que tendrá con su futuro hijo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Déficit de conocimientos sobre cuidados al recién nacido, relacionado con limitación cognitiva del tema, manifestado de manera verbal por la paciente.

OBJETIVOS.

Orientar a la paciente sobre los cuidados al recién nacido.

INTERVENCION.

Brindar información sobre alimentación, tamiz neonatal, higiene, ropa adecuada, signos de alarma y vacunas.

FUNDAMENTACION.

- Las primeras 24 hrs. De vida constituyen un periodo muy vulnerable ya que el recién nacido debe realizar ajustes fisiológicos importantes para la vida extrauterina.⁸⁸

- Todo lo desconocido produce miedo, temor y angustia.⁸⁹

EVALUACION.

La paciente mostró interés sobre la información que se le brindo.

⁸⁸ Nettina Sandra M, Enfermería practica, p.p 1007

⁸⁹ Gurrola Ramirez Socorro, El hombre y su ambiente, p.p 70

VALORACION.

La paciente manifiesta que desea espaciar los nacimientos de sus hijos por lo que desea información sobre algún método de planificación familiar.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Conocimientos deficientes sobre planificación familiar, relacionado con limitación cognitiva del tema, manifestado de manera verbal por la paciente.

OBJETIVOS.

Lograr que la paciente obtenga la información necesaria sobre el método de planificación familiar DIU, adecuado para ella.

INTERVENCION.

Proporcionar una platica sobre Planificación Familiar.

FUNDAMENTACION.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.⁹⁰

INTERVENCION.

Orientar sobre las ventajas, indicaciones, contraindicaciones, y efectos secundarios del DIU.

⁹⁰ Diario Oficial de la Federación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Título I, Artículo 4,

FUNDAMENTACION.

- El DIU, altera la bioquímica endometrial y la de los espermatozoides, por lo que no interviene en la lactancia materna.⁹¹

EVALUACION.

La paciente resolvió sus dudas en ese momento.

⁹¹ Ramírez Alonso; Félix. Obstetricia para la enfermera profesional, pp. 476

CONCLUSIONES

Es importante considerar que los cambios que sufre la embarazada a nivel hormonal por el mismo embarazo condicionan alteraciones en todos los aparatos y sistemas y a partir de esto se realizó el Proceso Atención de Enfermería brindando atención de calidad y humanismo a la usuaria embarazada para satisfacer las necesidades y problemas que la llevo a solicitar la consulta, informando sobre los cambios normales que le permitirán reconocer los factores que condicionen peligro tanto para ella como para su bebé, y orientando sobre lactancia materna y cuidados al recién nacido brindando atención específica de enfermería con bases científicas a sus requerimientos, finalizando con una amplia aceptación de la usuaria de la importancia de estar bien informada y así mejorar su auto cuidado. Por lo anterior creo que la experiencia de atención directa a la paciente fue muy valiosa, y aunque la estancia en el servicio fue breve, considero que las acciones realizadas fueron oportunas y eficaces.

SUGERENCIAS

La consulta externa es el servicio donde tome el caso clínico y aplique las etapas del proceso enfermero, y es precisamente el lugar donde la mayoría de las veces se tiene el primer contacto con el paciente y donde se pueden detectar necesidades de atención. La posición social de el profesional de enfermería como expertos en asuntos de salud, lo convierten en un elemento esencial en la formación de actitudes, instruyendo al paciente para su cuidado, restaurando el equilibrio y mejorando el estado de salud de una manera integral, la autoridad profesional de las enfermeras nos permite informar, sugerir e inclusive indicar los tipos de conducta deseables para el mantenimiento de la salud y la prevención de posibles complicaciones.

Por tal motivo a través de la experiencia obtenida al realizar este Proceso Atención Enfermero, considero importante realizar las siguientes sugerencias:

A LA ENEO:

Contemplar en los planes de estudio un poco más de tiempo en practicas de primer nivel de atención, ya que a través de la promoción y prevención dirigidas en este caso a las mujeres embarazadas se evitarían complicaciones que pudiesen llegar a un nivel hospitalario, desarrollando así un sentido de responsabilidad en la mujer embarazada hacia su propia salud y la de su hijo.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA:

Comprometerse con la profesión, evitando las oportunidades perdidas ya que en diversas ocasiones por apatía, o rutina no se involucran con las pacientes y no las orientan adecuadamente sobre sus cuidados, su padecimiento y sobre medidas preventivas.

Implementar grupos o cursos dirigidos a las mujeres embarazadas, para ofrecerles información sobre el embarazo, cuidados, signos de alarma, alimentación, parto, puerperio, cuidados al recién nacido, lactancia materna y planificación familiar.

A LAS INSTITUCIONES:

Implementar cursos de capacitación para que el personal de enfermería obtenga más conocimientos y se encuentre actualizado para poder proporcionar una atención de enfermería de mayor calidad, en beneficio de las pacientes embarazadas.

BIBLIOGRAFIA

ALFARO-LeFevre Rosalinda. Aplicación del Proceso enfermero. Guía paso a paso.

Editorial: Masson Doyma 5ª. Edición

Lugar y fecha de publicación: Barcelona España 2003

Total de páginas: 274

Diario Oficial de la Federación. Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos. Titulo primero, capitulo I, articulo 4º.

GURROLA Ramírez Socorro. El hombre y su ambiente.

Editorial: producción de material didáctico. UNAM. 1ª. Edición.

Lugar y fecha de publicación: México, DF. Enero de 1990.

Total de páginas: 296.

MENDOZA Colorado Catalina. Obstetricia I.

Editorial: producción de material didáctico, UNAM. 3ª. Edición.

Lugar y fecha de publicación: México, DF. Abril 2006

Total de páginas: 468.

NETTINA Sandra M. Enfermería practica.

Editorial: Mc Gram-Hill interamericana. 6ª. Edición Vol. II

Lugar y fecha de publicación: México, Abril del 2000.

Total de páginas: 1350

RAMIREZ, Alonso Félix. Obstetricia para la enfermera profesional.

Editorial: Manual moderno. 1ª. Edición.

Lugar y fecha de publicación: México, DF. 27 de Octubre del 2006.

Total de páginas: 552

SALINAS Martínez Ana María. Cuidados para el embarazo parto y recién nacido.

Editorial: INPER. 2ª. Edición.

Lugar y fecha de publicación: México, DF. 1998.

Total de páginas: 174.

SPARKS Ralph Sheila. NANDA “Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación.

Editorial: Graficas marte. 3ª. Edición.

Lugar y fecha de publicación: Madrid España. 1998.

Total de páginas: 299.

SUAREZ F. Ana. En: Revista de enfermería, IMSS. Cuidados prenatales.

Lugar y fecha de publicación: México DF. 2002. N. 62

Total de páginas: 30 – 39.

El Proceso de Atención de Enfermería En: www.C:\Documents and Settings.htm.

Fecha de consulta: 14 de junio del 2007.