



Mi Universidad

LIBRO

Submodulo I y II para bachillerato

Nombre de la materia

Enfermería

Nombre del Bachillerato

5to

Semestre

Período

AGOSTO-ENERO

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de

una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visión

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Intervención Psicopedagógica.

Objetivo de la materia:

El alumno obtendrá los conocimientos necesarios para poder proporcionar cuidados orientados en mejorar la salud materna y neonatal abordando diferentes factores que son fundamentales para el acceso a una atención especializada antes, durante y después del parto, así como los cuidados del niño, la familia y la comunidad.

UNIDAD I

COLABORA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA MUJER EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD REGULATORIA, CONSIDERANDO LAS ACCIONES DE SEGURIDAD DEL USUARIO.

- I.1.- Generalidades Sobre La Enfermería En El Ámbito Reproductivo.
- I.2.- Proceso De Enfermería.
- I.3.- Planificación Familiar.
- I.4.- Embarazo En La Adolescente.
- I.6.- La Familia Y La Comunidad, Factores Sociales Y Económicos.

UNIDAD II

PARTICIPACION EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA MUJER EN EL PERIODO PRENATAL CON BASE EN LA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE LOS FACTORES DE RIESGO.

- 2.1 Anatomía Y Fisiología Del Aparato Reproductor Femenino.
- 2.2.- Embarazo.
- 2.3.- Principales Cambios Físicos, Hemocionales Y Psicológicos Durante En Embarazo.
- 2.4.- Promoción A La Salud Durante El Control Prenatal Con Atención Centrada En La Persona Embarazada En El Primer Trimestre Del Embarazo.
- 2.5.- Promoción A La Salud Durante El Control Prenatal Con Atención Centrada En La Persona Embarazada En El Segundo Trimestre Del Embarazo.

2.6.- Promoción A La Salud Durante El Control Prenatal Con Atención Centrada En La Persona Embarazada En El Tercer Trimestre Del Embarazo.

2.7.- Signos De Alarma Obstétrica.

2.8 Principales Patologías En El Primer Trimestre Del Embarazo.

2.9.- Principales Patologías En El Segundo Y Tercer Trimestre Del Embarazo.

UNIDAD III

CONTRIBUYE EN LA ATENCION DE ENFERMERIA A LA EMBARAZADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES

3.1.- Parto.

3.2.- Cuidados Durante El Parto

3.3.- Dilatación Primera Etapa Del Parto.

3.4.- Segunda Etapa Del Parto.

3.5.- Tercera Etapa Del Trabajo De Parto.

3.6.- Recién Nacido.

3.7.- Valoración Del R/N Características Físicas.

UNIDAD IV

COLABORAR EN LA ATENCION INMEDIATA, MEDIATA Y TARDIA AL RECIEN NACIDO CON EL FIN DE DISMINUIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL.

4.1.- Recién Nacido.

4.2.- Cuidados Inmediatos, Mediatos Y Tardíos Del Recién Nacido.

4.3.- Alimentación Del Recién Nacido, Importancia De La Lactancia Materna.

4.4.- Baño Del Recién Nacido.

4.5.- Tamiz Auditivo Del Recién Nacido.

UNIDAD V

PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO, MEDIATO Y TARDIO.

- 5.1 Asistencia De Enfermería En El Puerperio Inmediato.
- 5.2.- Cambios Físicos.
- 5.3.- Prioridad En La Asistencia De Enfermería.
- 5.4.- Asistencia De Enfermería En El Puerperio Mediato.
- 5.5.- Cambios Físicos.
- 5.6.- Prioridad En La Asistencia De Enfermería.
- 5.7.- Asistencia De Enfermería En El Puerperio Tardío
- 5.8.- Cambios Físicos.
- 5.9- Prioridad En La Asistencia De Enfermería.

UNIDAD VI

IDENTIFICA LOS ELEMENTOS QUE COMPONEN LA UNIDAD CLINICA PEDIATRICA Y SUS RECUROS FISICOS, HUMANOS, ASI COMO SUS CARACTERISTICAS.

- 6.1.- Estructura De La Planta Física Del Área De Urgencias.
- 6.2.- Recursos Humanos.
- 6.3.- Recursos Materiales.
- 6.4.- Plan De Trabajo.
- 6.5.- Protocolo De Ingreso.
- 6.7.- Plan De Trabajo.
- 6.8.- Principales Normas, Utilizadas En El Servicio De Urgencias Pediátricas.

UNIDAD VII

COLABORA EN LA ATENCION DE ENFERMERIA DEL USUARIO PEDIATRICO CON LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES MEDIANTE EL PLAN DE CUIDADOS.

- 7.1.- Introducción A La Pediatría.
- 7.2.- Generalidades De Pediatría.

7.3.- Valoración, Inspección, Palpación, Percusión, Auscultación Y Signos Vitales En El Paciente Pediátrico.

7.4.- Plan De Cuidados Al Paciente Con Quemaduras Por Agentes Físicos, E Intoxicaciones.

7.5. Plan De Cuidados A Pacientes Pediátricos Edas.

UNIDAD VIII

REALIZA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION DEL USUARIO PEDIATRICO HOSPITALIZADO.

8.1- Técnica De Instalación De Sonda Nasogástrica Y Sonda De Foley.

8.2- Administración De Oxigenoterapia Por Diferentes Dispositivos.

8.3.- Técnica De Venoclisis Y Administración De Medicamentos Por Iv.

Criterios de evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
1	Trabajos Escritos	10%
2	Actividades web escolar	20%
3	Actividades Áulicas	20%
4	Examen	50%
Total de Criterios de evaluación		100%

INDICE

UNIDAD I	14
COLABORA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA MUJER EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD REGULATORIA, CONSIDERANDO LAS ACCIONES DE SEGURIDAD DEL USUARIO.....	14
1.1.- GENERALIDADES SOBRE LA ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO REPRODUCTIVO.....	14
1.2.- PROCESO DE ENFERMERÍA.....	17
1.3.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	36
1.4.- EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE.....	38
1.6.- LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD, FACTORES SOCIALES Y ECONÓMICOS.....	42
UNIDAD II.....	44
PARTICIPACION EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA MUJER EN EL PERIODO PRENATAL CON BASE EN LA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	44
2.1 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.....	44
2.2.- EMBARAZO.....	48
2.3.- PRINCIPALES CAMBIOS FISICOS, HEMOCIONALES Y PSICOLOGICOS DURANTE EN EMBARAZO	51
2.4.- PROMOCIÓN A LA SALUD DURANTE EL CONTROL PRENATAL CON ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EMBARAZADA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.....	56
2.5.- PROMOCIÓN A LA SALUD DURANTE EL CONTROL PRENATAL CON ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EMBARAZADA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO.....	69
2.6.- PROMOCIÓN A LA SALUD DURANTE EL CONTROL PRENATAL CON ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EMBARAZADA EN EL TERSER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.....	71
2.7.- SIGNOS DE ALARMA OBSTÉTRICA	73
2.8 PRINCIPALES PATOLOGÍAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.....	75
2.9.- PRINCIPALES PATOLOGÍAS EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.....	78

UNIDAD III CONTRIBUYE EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA EMBARAZADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES.....	80
3.1.- PARTO.....	80
3.2.- CUIDADOS DURANTE EL PARTO	87
3.3.- DILATACIÓN PRIMERA ETAPA DEL PARTO	89
3.4.- SEGUNDA ETAPA DEL PARTO.....	90
3.5.- TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO	92
3.6.- RECIÉN NACIDO.....	93
3.7.- VALORACIÓN DEL R/N CARACTERÍSTICAS FÍSICAS.	97
UNIDAD IV COLABORAR EN LA ATENCIÓN INMEDIATA, MEDIATA Y TARDÍA, AL RECIÉN NACIDO CON EL FIN DE DISMINUIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL.	100
4.1.- RECIÉN NACIDO.....	100
4.2.- CUIDADOS INMEDIATOS, MEDIATOS Y TARDÍOS DEL RECIÉN NACIDO.....	108
4.3.- ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO, IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA	114
4.4.- BAÑO DEL RECIÉN NACIDO.....	114
4.5.-TAMIZ AUDITIVO DEL RECIÉN NACIDO.....	116
UNIDAD V PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO MEDIATO Y TARDIO.	117
5.1 ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO.....	117
5.2.- CAMBIOS FÍSICOS.....	120
5.3.- PRIORIDAD EN LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA.	123
5.4.- ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO MEDIATO.....	124
5.5.- CAMBIOS FÍSICOS.....	125
5.6.- PRIORIDAD EN LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA.	126
5.7.- ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO TARDÍO	126
5.8.- CAMBIOS FÍSICOS.	128
5.9- PRIORIDAD EN LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA.....	128
UNIDAD VI IDENTIFICA LOS ELEMENTOS QUE COMPONEN LA UNIDAD CLÍNICA PEDIÁTRICA Y SUS RECURSOS FÍSICOS, HUMANOS, ASÍ COMO SUS CARACTERÍSTICAS.	129

6.1.- ESTRUCTURA DE LA PLANTA FÍSICA DEL ÁREA DE URGENCIAS.....	129
6.2.- RECURSOS HUMANOS.....	130
6.3.- RECURSOS MATERIALES.....	130
6.4.- PLAN DE TRABAJO.....	131
6.5.- PROTOCOLO DE INGRESO.....	131
6.7.- PLAN DE TRABAJO.....	132
6.8.- PRINCIPALES NORMAS, UTILIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.....	133
UNIDAD VII COLABORA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL USUARIO PEDIÁTRICO CON LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES MEDIANTE EL PLAN DE CUIDADOS.....	
	133
7.1.- INTRODUCCIÓN A LA PEDIATRÍA.....	134
7.2.- GENERALIDADES DE PEDIATRÍA.....	134
7.3.- VALORACIÓN, INSPECCIÓN, PALPACIÓN, PERCUSIÓN, AUSCULTACIÓN Y SIGNOS VITALES EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.....	137
7.4.- PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON QUEMADURAS POR AGENTES FÍSICOS, E INTOXICACIONES.....	142
7.5. PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES PEDIÁTRICOS EDAS.....	145
UNIDAD VIII REALIZA TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO.....	
	147
8.1- TÉCNICA DE INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA Y SONDA DE FOLEY.....	147
8.2- ADMINISTRACIÓN DE OXIGENOTERAPIA POR DIFERENTES DISPOSITIVOS.....	150
8.3.- TÉCNICA DE VENOCLISIS Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR IV.....	154

UNIDAD I

COLABORA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA MUJER EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD REGULATORIA, CONSIDERANDO LAS ACCIONES DE SEGURIDAD DEL USUARIO.

Objetivo: Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta el NANDA, el NIC y el NOC para diagnosticar, planear, intervenir y evaluar el cuidado de enfermería durante la etapa prenatal.

I.1.- GENERALIDADES SOBRE LA ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO REPRODUCTIVO.

El 30 de agosto de 2013, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres que da respuesta a la obligación señalada en el PND, de contar con una estrategia transversal de perspectiva de género en todos los programas, acciones y políticas de gobierno; esto significa que en los programas sectoriales, especiales, institucionales y regionales que elaboren las dependencias de la Administración Pública Federal estarán explícitas la perspectiva de género y las acciones afirmativas (concebidas como medidas efectivas, caracterizadas por su dimensión temporal que inciden en la reducción de las desigualdades) que permitan reducir las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres. En este Programa se incorpora el objetivo Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar, Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida y explícitamente incluye la línea de acción, reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad. las necesidades de salud materno-infantil de la población de México y reducir los contrastes sociales que persisten en esta materia. En este contexto, se incorporan a esta Norma 4 aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas a que una mujer decida embarazarse, así como durante su embarazo, parto y puerperio y establecer el manejo del autocuidado como

una acción de corresponsabilidad para enlazar con el personal de salud, por lo que adquiere importancia el mejorar la calidad de la atención prenatal desde el periodo preconcepcional, es decir, que se realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes; promover la planificación familiar, la detección temprana de diabetes gestacional mediante la realización de tamiz de glucosa, con base en la evidencia científica, sabiendo que su diagnóstico y tratamiento oportunos impactarán en la salud materno-fetal y mejorará además el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo. En ese mismo sentido, se busca impedir la transmisión perinatal de sífilis y VIH, mediante su detección y tratamiento oportunos. Se promueve, además, la adecuada nutrición, la prescripción de hierro y ácido fólico, y multivitamínicos, así como, evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir bajo peso y daños en el feto. Así mismo, se enfatiza sobre las ventajas de la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto, con pleno respeto a la decisión de la mujer. Se busca en definitiva que la mujer y su pareja, se corresponsabilicen junto con la institución que provee el servicio y su personal, en el cuidado de su salud. En este mismo sentido, se afirma que el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido. Esta norma respeta los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva. Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales.

es necesario puntualizar las acciones a cumplir en cada consulta, con sentido ético, respetuoso y humanitario, y que éstas deban realizarse cuidadosamente, con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. Al mejorar la consulta pregestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios. Por lo tanto, las acciones incluidas en esta Norma, tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones. En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna y que ésta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que en otras normas internacionales vigentes, que la atención de urgencias obstétricas es una prioridad todos los días del año y que el personal de salud debe informar con oportunidad a la mujer embarazada y a sus familiares desde la primera consulta prenatal, y refiriéndola a los establecimientos para la atención médica de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que atienden urgencias obstétricas, sea o no derechohabiente de alguna de ellas. Considerando el incremento de maltrato reportado en estudios nacionales e internacionales hacia la mujer en todas sus formas, y en razón al estado vulnerabilidad que se presenta durante el embarazo, esta debe ser identificada y atendida con oportunidad. Otros factores de riesgo que pueden incidir en el incremento de la mortalidad materna es la violencia que, en sus diferentes formas, tiene efectos negativos en la salud emocional y física de la mujer embarazada y complicaciones graves en su salud sexual y reproductiva. La violencia sexual y la violencia a la mujer pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas, la infección por sífilis y/o VIH. La violencia o maltrato hacia la mujer durante el embarazo aumenta la probabilidad de

sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, para lo cual es necesario realizar acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, así como canalizar a servicios especializados a las mujeres que la viven, sobre todo si se encuentran en etapa gestacional. Por lo mencionado, es necesario efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados, a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la presente Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal.

I.2.-. PROCESO DE ENFERMERÍA.

Perspectiva histórica.

El concepto de proceso de enfermería ha evolucionado a través de los años, se sabe que en pleno siglo XXI, en algunas instituciones de salud aún el profesional de enfermería centra su actuación con base en las indicaciones médicas más enfocadas a la enfermedad que a la persona, pero paralelo a esto también se conoce que existen organizaciones en las que trabajan para la profesionalización de enfermería en un sentido más independiente, lo cual se refleja a través de la historia donde el gremio ha propuesto avances en el método del cuidado para su comprensión, utilización y sobre todo el fortalecimiento de la identidad profesional.

Conceptualización

Desde el punto de vista etimológico, la palabra método deriva de las raíces griegas *meta* y *odon*. *Meta* es una proposición que da idea de movimiento, y *Odón* significa camino. En ese sentido la palabra método quiere decir: “camino hacia algo”, es decir, “esfuerzo para alcanzar un fin o realizar una búsqueda”. De ahí que método puede definirse como el “camino hacia un fin determinado, mediante una serie de pasos fijados de antemano, de forma reflexiva y consciente” (Fernández

et al., 1997). El proceso de enfermería lo conceptualiza Alfaro (2005:4) “como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos

(resultados) y eficaces. también impulsa a las enfermeras a examinar de forma continua lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlos”. En la actualidad Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G (2008:176), mencionan que: “El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. Su propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades. El proceso de enfermería es cíclico; es decir, que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede intervenir más de un componente a la vez. Al final del primer ciclo puede continuar con una reevaluación o el plan de asistencia puede modificarse”. Por lo anterior, el proceso de enfermería en la actualidad hace que se adapte a cada circunstancia específica del individuo, familia y comunidad, se sustenta en un marco teórico que le da una amplia base de conocimientos, tanto de la disciplina como aquellas que le son afines; además favorece el pensamiento crítico, sólidas habilidades interpersonales y técnicas, y sobre todo la capacidad para cuidar, así como el deseo de hacerlo.

Propósito

El propósito principal es construir una estructura teórica que pueda cubrir las necesidades del individuo, la familia y la comunidad (Iyer, 1987). Es decir, garantizar la calidad en los cuidados y la calidad de vida (Fernández, 2000).

Ventajas

Las ventajas son las oportunidades generadas por la aplicación del proceso de enfermería en el campo profesional de la enfermera o enfermero como a continuación se especifican:

La satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional.

- La satisfacción profesional; planes escritos de manera perfecta ahorran tiempo y energía, evitando la frustración generada por los ensayos y errores de la práctica de la enfermería.
- Favorece la continuidad de los cuidados, lo que da lugar a un ambiente seguro y terapéutico.

- Proporciona cuidados individualizados porque la persona participa de forma activa, proporciona datos para la valoración, valida el diagnóstico de enfermería, confirma los resultados y las actuaciones, ayuda en su ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación.
- El proceso de enfermería demuestra el alcance de la práctica de enfermería, basándose en su formación y marco de actuación y rol profesional.
- Potencia el desarrollo profesional, el proceso de enfermería favorece el desarrollo de las capacidades cognitiva, técnica e interpersonal. Este proceso proporciona el sistema para la ejecución de las conductas del rol profesional de enfermería.
- La utilización de un método sistemático para la prestación de cuidados de enfermería mejora también la calidad de los cuidados (Potter y Perry, 2002), Iyer (1997), Kossier (1993).

Características

El proceso de enfermería tiene cualidades esenciales que lo caracterizan y es fundamental que se consideren durante la enseñanza y la aplicación de éste, lo cual le dan un carácter propio a este método de cuidado

- **Sistemático:** cada una de las etapas con fines didácticos se separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelaciona para el logro del objetivo del proceso de enfermería.
- **Dinámico:** el ser humano por naturaleza puede cambiar, en un instante, en lo emocional, físico y social, por tal motivo cada etapa se adecuará a las necesidades de la persona, familia o comunidad.
- **Interactivo:** es fundamental durante la implementación del método del cuidado, donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona, la familia y la comunidad, lo cual es esencial para la individualización de dichos cuidados.
- **Flexible:** los escenarios de práctica del profesional de enfermería en la actualidad se centran en cuatro ámbitos: asistencial, educativo, administrativo e investigación, y el proceso de enfermería se puede adaptar a cada uno de ellos, siempre y cuando se den cuidados al individuo, familia, comunidad o ambos. Asimismo, es fundamental también considerar otro

aspecto que le dan flexibilidad al método de intervención porque sus etapas se pueden dar de manera consecutiva y concurrente (Iyer, 1997), es decir, que puede la enfermera (o) utilizar más de una etapa a la vez.

- **Sustentarse teóricamente:** por las características propias del proceso de enfermería y sus etapas, tiene la cualidad de adaptarse con base en un modelo teórico de la enfermería. Con base en lo anterior y coincidiendo con Potter y Perry (2002), también engloba tres características fundamentales el proceso y las centran en el **propósito, organización y creatividad.**

El **propósito** es la finalidad, se centra en diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad. La **organización** son los pasos o componentes necesarios para alcanzar el objetivo. Los cinco pasos son **dinámicos**, pero inclusivos para la toma de decisiones y de las habilidades que la enfermera requiere durante los cuidados que proporcionan a la persona y alcance los objetivos acordados, destinados a mejorar la salud. La **creatividad** es la característica que cambia de forma continua dependiendo de la respuesta a las necesidades del individuo.

Etapas

Las etapas son la propuesta del método de cuidado, ya que se requiere de medios y procedimientos para actuar; es decir, mientras el método sería el elemento conceptual utilizable para la coordinación de las operaciones, las etapas serían los elementos concretos para aplicar el proceso (figura 4-2). Las etapas son cíclicas, dinámicas e inseparables, pero estructuradas en secuencia lógica para ser una guía que orientará al profesional de enfermería la forma en que actuará considerando la situación de salud muy particular de cada persona, familia y comunidad.

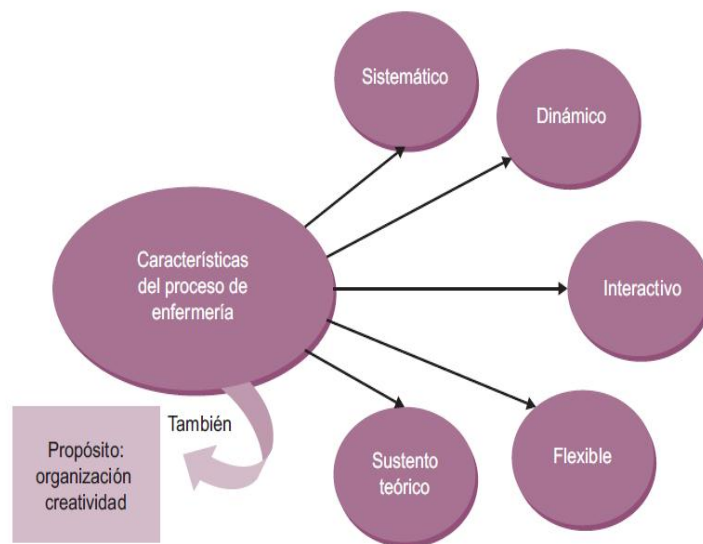
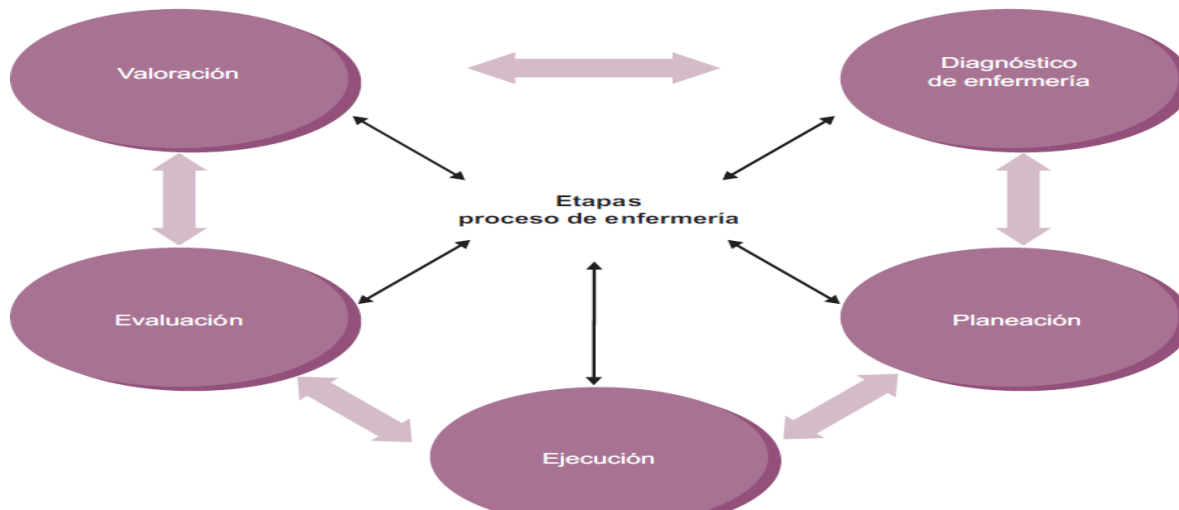


Figura 4-1. Características del proceso de enfermería.



En la actualidad, las etapas del proceso de enfermería son cinco, las cuales con fines didácticos se separan para revisar su definición y fases, indispensables para su aplicación, pero en la realidad los cuidados de enfermería no tienen límites. Se sabe que se inicia con la valoración, pero de forma paralela se diagnostica, planifica, ejecuta, evalúa, y cada una de ellas se sobrepone porque la persona como ser humano es cambiante dependiendo del entorno y las relaciones interpersonales que tenga con la familia, amigos y equipo de salud. No cabe duda que cuando la enfermera inicia un proceso enfermero para el cuidado de una persona, está sintetizando de manera simultánea conocimientos de pensamiento crítico, experiencia, estándares y actitudes (Potter y Perry, 2002).

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

La valoración, primera etapa del proceso, debe organizarse y sistematizarse para la recopilación de información sobre la situación de salud de la persona y su entorno mediante diversas fuentes.

Se considera un paso muy importante porque todas las decisiones e intervenciones se basan en la información obtenida de esta etapa.

Definición

Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posible de las necesidades de la persona, sus problemas y sus capacidades. Permite a la enfermera conocer a la persona que va a cuidar y determinar cuales es su situación actual (Alfaro, 1992).

Fases

La etapa para su interpretación e implementación requiere de fases (fi gura 4-3): es importante considerar, que al igual que las etapas, las fases se separan para profundizar en los aspectos teóricos de la valoración y medios para su aplicación, pero en la práctica se dan de manera simultánea.

Recolección de datos

Es esencial porque se inicia el primer contacto con la persona, familia o comunidad, es un proceso dinámico y continuo.

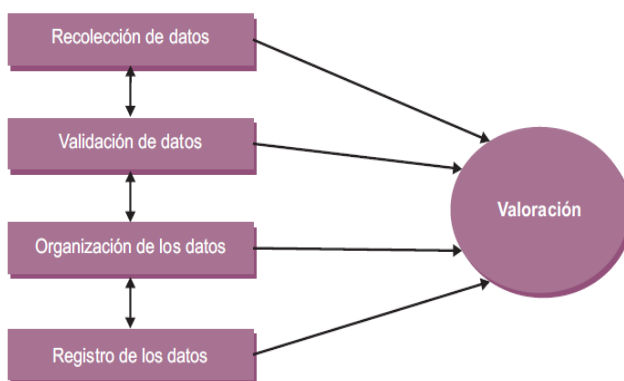


Figura 4-3. Fases de la valoración.

¿QUÉ ES UN DATO?

Es información que la persona, familia, comunidad o ambos vierte sobre su estado de salud, se obtiene y analiza a través de:

Datos o información

Recolección

Clasificación

Fuentes

Métodos

Medios

Técnicas

La **recolección** de datos es la obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico, de la salud de la persona, familia o comunidad. Debe reunir las siguientes **características**: ser completa, sistemática y ordenada, seguir el modelo teórico (necesidades, patrones funcionales, requerimientos universales que plantea Orem, por mencionar algunos) bajo el cual se sustenta el proceso de enfermería, porque con base en él permitirá tener una secuencia para la obtención de datos, el análisis de los datos y facilitando con ello la implementación de las demás fases.

Se clasifica en inicial y focalizada. La inicial se da en la primera entrevista con la persona y constituye el punto de partida para determinar el problema o necesidad prioritario (a) del individuo, sus hábitos y comportamiento, tratando siempre de ver al ser humano de una manera holística. La focalizada consiste en identificar de manera concreta el problema; es decir, es la búsqueda de la

información en una dirección determinada, a través de ella se confirma o descarta un problema sobre un punto específico de la persona (cabeza, abdomen, hábitos, sueño, entre otros).

Clasificación de los datos. En el cuadro 4-2 se muestra cómo pueden clasificarse los datos, según sus características.

Los datos subjetivos y objetivos, en ocasiones los engloban como información actual e histórica. Los datos históricos son situaciones que han tenido lugar en el pasado y que pudieran tener algún efecto sobre el estado de salud actual de la persona; por ejemplo, desde hace 20 años empezó a fumar, y hoy presenta una tos crónica que lo lleva a sentir que se ahoga. Los datos actuales se refieren a eventos del momento y son importantes para la

valoración inicial y subsiguiente, para a continuación comparar y determinar el progreso del estado de salud del individuo.

CUADRO 4,2	
CLASIFICACION DE LOS DTOS	
DATOS	
SUBJETIVOS	OBJETIVOS
Se obtienen de la opinión y percepción de la persona sobre sí misma y su situación de salud, por ejemplo, ideas, síntomas, sentimientos, acontecimientos o ambos, de los cuales la enfermera no tiene la seguridad de confirmar en el momento, pero que son esenciales para confirmar o descartar un diagnóstico de enfermería	Como su nombre lo indica, es información observable y medible, la enfermera tiene la garantía que están sucediendo en el momento y los puede confirmar a través de la observación, exploración física o ambas. En este caso como ejemplo están los signos (cianosis, ictericia, tumoración en el cuadrante superior derecho

Fuentes para la obtención de los datos. Significa de dónde se puede originar la información y se pueden obtener de diferentes formas: primaria o directa y secundaria o indirecta. La fuente directa es la persona a la que se va a cuidar, es quien proporciona los datos principales referente a su condición de salud y su entorno. La fuente indirecta se considera la familia (cuando el individuo está incapacitado para responder), el equipo de salud (fisioterapeuta, enfermeras, trabajadoras sociales, entre otros, de los que se puede recoger tanto información verbal como escrita) y el expediente (se recaban datos históricos, actuales de estudios de laboratorio, diagnóstico, pronóstico, indicaciones médicas, entre otros, esenciales para comprender la situación actual de la persona), esta información verifica, clarifica o incrementa la información obtenida de la fuente primaria.

Medios y técnicas para la recolección de los datos.

Son los apoyos para el profesional de enfermería, mediante los cuales podrá obtener la información:

- Observación.

- Entrevista.
- Exploración física.

La **observación** es un proceso deliberado, que incluye atención voluntaria y la inteligencia, orientadas por un objetivo, para obtener información. Es la percepción intencionada, orientada al estudio de los fenómenos de la realidad (Almansa, 1999). Es un sistema lógico, se realiza a través de los órganos de los sentidos, debe ser selectiva, objetiva, ilustrada y ordenada, pero, además, son fundamentales el conocimiento y la experiencia de la enfermera para una observación estructurada.

La **entrevista** es una conversación dirigida entre dos personas con dos finalidades: dar y obtener información a través de:

- Recoger información para identificar problemas.
- Iniciar la relación enfermera-persona, creando un clima de confianza y respeto.
- Disminuir la ansiedad del paciente proporcionando la información necesaria.
- Motivar al paciente a participar de manera activa en todo el proceso de cuidado.

La entrevista para su desarrollo se estructura por etapas las cuales son:

- Introducción o presentación en la que se debe considerar lo siguiente: objetivo, concretar el tiempo, iniciar pregunta abierta.
- Conversación: busque y dé información, verifique los datos obtenidos, anote los datos.
- Resumen: sintetizar la información en orden de importancia, preguntar si quiere añadir algo (Iyer, 1997, Almansa 1999, Rodríguez 2002).

la exploración física es el estudio sistemático del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional. Sus objetivos son: confirmar los datos obtenidos a través del interrogatorio y detectar nuevos signos y determinar el estado de un problema real o potencial.

La **exploración física** para que se proporcione de manera sistemática y concreta debe seguir métodos y técnicas específicas como a continuación se especifican (figura 4-4). Las técnicas son esenciales para examinar de forma exhaustiva a la persona. Cada técnica requiere que

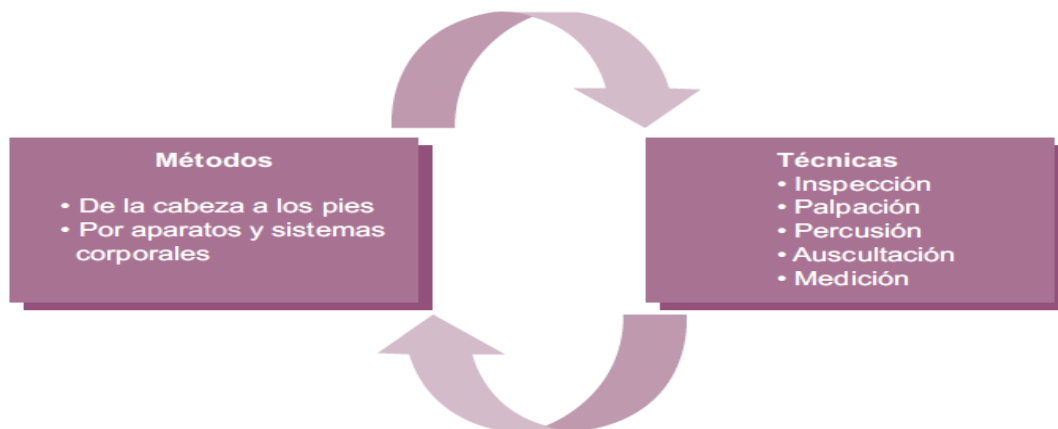


Fig. 4.4. Exploración física

se sigan ciertos principios para asegurar la recopilación de la información. La inspección para realizarla de manera directa la enfermera hace uso de los sentidos, en específico la vista y de manera indirecta utiliza instrumentos como otoscopio, rinoscopio, entre otros, para la exploración

visual de la persona y a través de ella se obtienen datos como el tamaño, forma, posición, aplicación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría. La palpación es el uso del tacto, ésta con las manos se puede realizar de forma superficial y profunda, para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel, a través de esta técnica se obtienen datos como tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad. La percusión consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos para provocar sonidos. A través de esta técnica se tienen el tamaño, densidad, límites de un órgano y localización. Los sonidos producidos por la percusión se pueden describir como mates, sordos, resonantes o timpánicos. La percusión puede realizarse tanto de forma directa como indirecta. La auscultación consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se puede realizar de manera directa

utilizando el sentido del oído, y para realizar la técnica indirecta se utilizan instrumentos como el estetoscopio. Con la técnica se recolecta información como las características de los ruidos pulmonares, cardiacos e intestinales. Le permitirá identificar frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados. La medición consiste en obtener datos de los signos

vitales (temperatura corporal, pulso/frecuencia cardiaca, respiración y presión arterial) y la somatometría (estatura, perímetros y segmentos corporales). Es fundamental valorar en conjunto estos aspectos, ya que reflejan el funcionamiento general del organismo y detectan problemas reales y de riesgo, y por otro lado la somatometría permite identificar el crecimiento de la estructura corporal considerando junto con ello edad y sexo, además es base para el cálculo de medicamentos y soluciones (Rodríguez, 2002) (mayor información en el capítulo 9, Tecnologías para el mantenimiento del cuidado: valoración del estado de salud de la persona).

Validación de los datos

Validar es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste, también en analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias

(Almansa, 1999). Es fundamental para evitar la omisión de información relevante, realizar interpretación incorrecta, llegar a conclusiones precipitadas o ambas, a través de:

- Revisar los propios datos (escala de medición).
- Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato.
- Identificar que no existen factores transitorios.
- Revisar los datos críticos.
- Comprobar congruencia entre los datos.

Organización de los datos

Consiste en la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales. Es importante considerar también el marco

teórico que está sustentando el proceso de enfermería; por ejemplo, si es el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, dicha agrupación será por necesidades, si es por la Teoría de Dorotea Orem se realizará la organización de los datos por medio de los requerimientos universales.

Registro de los datos

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física (Rodríguez, 2002). Las ventajas que ofrece el registro de los datos se centran en: “Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería” (Iyer, 1997: 81):

- Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
- Evitar dejar espacios en blanco.
- Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
- Anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro.
- Escribir toda la información que proporcionó el equipo de salud.
- Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.

Diagnóstico de enfermería

Antecedentes

Es la segunda etapa del proceso de enfermería, el término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, donde afirmaba que una vez identificadas las necesidades del paciente se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería. Años más tarde Johnson, Abdellah y otros autores escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente. En 1960 hay debates sobre el uso del término diagnóstico de enfermería. De forma paralela se desarrollaron trabajos de investigación multidisciplinarios, lo que representó un aumento del conocimiento con respecto al tema que fundamentaron e impulsaron la expansión de los diagnósticos de enfermería. En el

decenio 1970-79 la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA, por sus siglas en inglés), reconoce de manera oficial los diagnósticos de enfermería, ya que los incluye en los “Estándares de la Práctica de Enfermería”. En 1973 Kistine Gebbie y Mary Ann Lavin, convocan a la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, a partir de esta conferencia surge el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería. En 1982 se crea la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) que proporciona la estructura organizativa y estable para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería. Convoca cada dos años al gremio a través de una Conferencia Internacional para la revisión de la clasificación de los diagnósticos de enfermería (Kozier, 1993). En 1996 en la duodécima conferencia NANDA, celebrada en Pittsburg, se planteó el sistema de clasificación: **NIC**: Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería. **NOC**: Sistema de Clasificación de Resultados. **EJE**: Para el propósito de la taxonomía NANDA-I, se define operacionalmente como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico. El Modelo Diagnóstico Enfermero NANDA-I muestra los siete ejes y su relación entre sí:

- Eje 1: Concepto de diagnóstico.
- Eje 2: Sujeto del diagnóstico (persona, familia, comunidad).
- Eje 3: Juicio (deteriorado, inefectivo).
- Eje 4: Localización (vejiga, auditivo, cerebral).
- Eje 5: Edad (lactante, niño, adulto).

Definición

Enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o de una colectividad. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para pasar a la etapa de planeación (PhaneufM, 1999). El juicio clínico es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona.

La etiqueta diagnóstica proporciona un nombre al diagnóstico; es decir, es un término o frase que representa un patrón de clave relacionada que puede incluir modificadores (Luis, 2005).

Ventajas

Las ventajas del diagnóstico de enfermería son:

- Adoptar un vocabulario común.
- Identificar los problemas de las personas.
- Centrar los cuidados en aspectos de enfermería.
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo.
- Dar mayor prevención.
- Proporcionar elementos de información.
- Establecer una base para la evaluación.

Taxonomía NANDA/NOC/NIC

Kozier (1993) cita a Rash (1987), quién refiere que la taxonomía es la ciencia que identifica y clasifica. También estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases, principios, procedimientos y reglas. Un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos. El uso del lenguaje enfermero estandarizado comenzó en el decenio 1970-79 con el desarrollo de la clasificación diagnóstica de la NANDA. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. (Aprobado en la novena conferencia, 1990) (NANDA-I 2007-2008:344).

El diagnóstico enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería, tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, el que servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados; es un juicio

clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales. La taxonomía NOC presenta:

- **Dominio** es el nivel más abstracto de la clasificación, se trata de identificar y describir resultados de comportamiento o conducta de la persona que tiene relación con su salud, desde una perspectiva integral, tanto individual como colectiva. Siete dominios (se numeran con romano

del I-VII).

- **Clase** es el segundo nivel de la clasificación y describe resultados más concretos de los dominios,

son 29 clases (se especifican con letras mayúsculas y minúsculas del alfabeto A-Z, b y c).

- **Resultados** representa el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o mantenidos que se quieren alcanzar en los pacientes como consecuencia de los cuidados

enfermeros (385 resultados).

NIC (por su nombre en inglés *Nursing Interventions Classification*).

La clasificación NIC contiene cuatro términos que son clave para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación:

- **Campo.** Es el nivel de mayor abstracción de organización de la clasificación. Cada campo trata de dar unidad al conjunto de cuidados que se relacionan con un aspecto de la persona y son siete campos (los numeran del uno al siete).

- **Clase.** Supone un mayor nivel de concreción dentro de la clasificación. Especifica cuidados que están relacionados con un aspecto determinado del **campo**; 30 clases (se especifican con letras mayúsculas y minúsculas del alfabeto A-Z a, b, c, d).

- **Intervención.** Es el nivel de mayor concreción de la clasificación. Dentro de la taxonomía son los tratamientos que se relacionan con los aspectos contenidos en las clases. Cada intervención se desarrolla con:

actividades concretas (514 intervenciones)

(Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, 2009)

cada intervención NIC. consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades

que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención, y una breve lista de referencias (Johnson M, 2007). El beneficio de la NANDA, NIC y NOC como un lenguaje enfermero reconocido, indica que el sistema de clasificación se acepta como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil (NANDA 2007-2008).

campo; 30 clases (se especifican con letras mayúsculas y minúsculas del alfabeto A-Z a, b, c, d).

- **Intervención.** Es el nivel de mayor concreción de la clasificación. Dentro de la taxonomía son los tratamientos que se relacionan con los aspectos contenidos en las clases. Cada intervención se desarrolla con:

actividades concretas (514 intervenciones) (Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, 2009).

Fases

Análisis de datos

El análisis de los datos tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información. Este proceso comienza después de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información más manejables. También estimula la discriminación entre datos, lo cual ayuda al profesional de enfermería a centrarse en los datos que están relacionados con las necesidades concretas de la persona.

Planeación

Definición

Es considerada la tercera etapa del proceso de enfermería y es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona (Iyer, 1997).

Fases

Las fases de la planeación (figura 4-6) son las siguientes:

Establecer prioridades

Las prioridades en las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico de enfermería, es donde se concluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar el cuidado, y

realizar acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona o según las circunstancias, determinar medidas de prevención de riesgos que la comunidad, familia o individuo presentan.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es

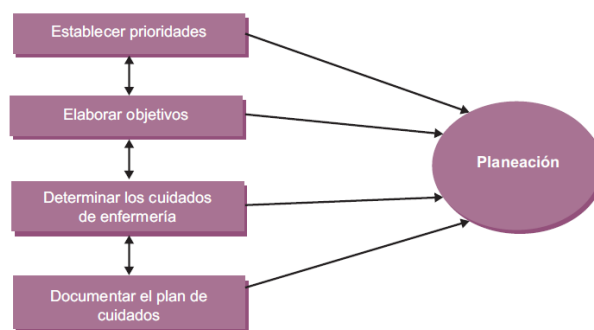


Figura 4-6. Fases de la planeación.

Elaborar objetivos

El establecimiento de diagnósticos de enfermería y prioridades individualizadas ayuda a determinar los objetivos de cuidados, que se definen como pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y La Comisión Permanente de Enfermería (CPE) bajo la coordinación de la Dirección de Enfermería y la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud llevó a cabo la primera Jornada Técnica sobre Planes de Cuidados de Enfermería el 1 y 2 de julio de 2008 con la asistencia de 248 enfermeras de instituciones de salud y educativas, en donde tuvieron como objetivo “Fortalecer la cultura de calidad en los servicios de enfermería de los establecimientos de salud, la aplicación de procesos de atención de enfermería y la estandarización del cuidado a través de Planes de Cuidados de Enfermería” (Secretaría de Salud, 2011). los criterios para su evaluación. Para los propósitos del sector salud y específicamente de la línea de acción incluida en el proyecto SI CALIDAD, la CPE determinó que los Planes de Cuidados de Enfermería se estandaricen y que respondan a la necesidad de unificar criterios en la atención de enfermería teniendo como objetivo el logro de un lenguaje común entre los profesionales, además de que se contribuirá en:

- Garantizar la seguridad de los pacientes.

- Aplicar una práctica sistematizada de los cuidados de enfermería.
- Replicar y favorecer el camino a la excelencia en los cuidados de enfermería.
- Implementar nuevos modelos de atención centrados en la persona, familia y comunidad.
- Favorecer el desarrollo profesional a partir de una buena práctica (Secretaría de Salud, 2011).

Los elementos que deben contener los PLACE son:

1. Definición de PLACE.
 2. Identificación del problema de salud.
 3. Construcción del diagnóstico de enfermería (NANDA).
 4. Selección de resultados (NOC).
 5. Selección de intervenciones de enfermería (NIC).
- (Secretaría de Salud, 2011).

Ejecución

Definición

Es la cuarta etapa del proceso de enfermería, que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados "...y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados" (Iyer, 1997:224). Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. "Realizar las intervenciones enfermeras significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios" (Alfaro, 2005:169). De acuerdo con Potter y Perry, (2002) la enfermera debe contar con habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras que la profesión demanda antes de llevar a

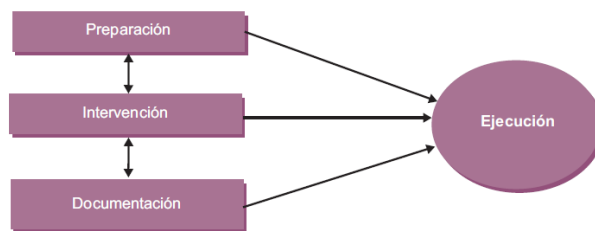


Figura 4-7. Fases de la ejecución.

Evaluación

Definición: Se considera una etapa que con fines didácticos se revisa como la quinta, pretende determinar el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos. La evaluación es compleja, se inicia en el momento que el profesional de enfermería interacciona (Iyer, 1997:287) con la persona, la familia o la comunidad (Potter y Perry, 2002). La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación.

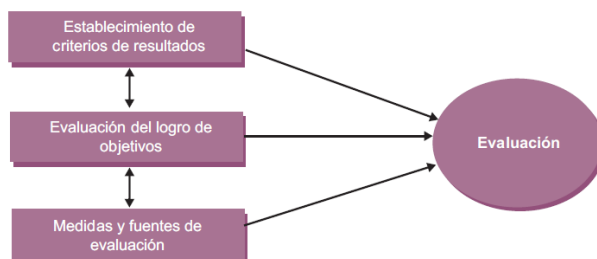


Figura 4-8. Fases de la evaluación.

I.3.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

Existe una variedad de métodos anticonceptivos. Esos métodos pueden dividirse en hormonales y no hormonales. Los métodos no hormonales que se describirán incluyen los métodos de barrera, como los condones masculinos, condones femeninos, diafragmas,

capuchones cervicouterinos y espermicidas. También examinaremos los dispositivos intrauterinos de cobre (DIU) y la esterilización femenina y masculina.

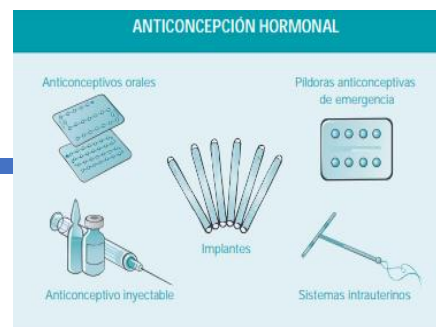
La mayoría de los métodos anticonceptivos pueden empezar a usarse en cualquier momento siempre y cuando el proveedor esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada.

Cuando no se dispone de pruebas para el embarazo, el proveedor puede estar razonablemente seguro de que una mujer no está embarazada al determinar si ella no tiene ningún signo o síntoma de embarazo. Entre estos figuran la ausencia de menstruaciones o algún cambio en éstas, a menudo acompañado por náuseas, cansancio persistente o sensibilidad mamaria anormal.

- El proveedor puede estar razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada si ésta no tiene ninguno de estos síntomas de embarazo y si satisface los siguientes criterios:
- No han transcurrido más de siete días desde el comienzo de una menstruación normal.
- No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación
- Está usando correcta y sistemáticamente un método anticonceptivo fiable.
- No han transcurrido más de siete días desde un aborto
- No han transcurrido más de cuatro semanas después del parto si no está amamantando.
- No han transcurrido más de seis meses después del parto, está amamantando plenamente y está amenorréica.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Los métodos anticonceptivos hormonales son sumamente eficaces, aunque algunos requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres. También son seguros. Sin embargo, dado que las hormonas pueden tener efectos en diversos los anticonceptivos orales y el uso de las píldoras



anticonceptivas para la anticoncepción de emergencia. implantes subdérmicos. También se presentará información acerca de los nuevos sistemas intrauterinos liberadores de hormonas.

MECANISMOS DE ACCIÓN

Todos los tipos de anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales. La inhibición total o parcial de la ovulación es uno de los mecanismos de acción. Las hormonas que contienen estos anticonceptivos actúan en el cerebro. Hacen que el hipotálamo y la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación. Los anticonceptivos combinados orales e inyectables y los inyectables sólo de progestina inhiben sistemáticamente la ovulación.

I.4.- EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia, como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica; dicho periodo se extiende desde los 10 hasta los 19 años.

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de Salud Pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de llegar a quedarse embarazadas incluye los tempranos contactos sexuales que se dan por la falta de comunicación a nivel familiar (la edad de 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de quedar embarazadas antes de los 19 años, y a la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia.

El grado de vulnerabilidad de una adolescente, depende de varios factores, sumada a la susceptibilidad y/o fortaleza inducida por los cambios biopsicosociales propios de esta etapa, más los efectos positivos y negativos en los cuales se desenvuelve (familia, escuela, lugar de trabajo, recreación, la calle, etc.), la cultura y el contexto socioeconómico y político del país

donde vive; todo lo cual genera una combinación de factores de riesgo y protectores dentro de la dinámica del proceso salud enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia, como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica; dicho periodo se extiende desde los 10 hasta los 19 años.

“La adolescencia es el periodo de mayor vulnerabilidad no solo por las características propias, porque a llegar a ella, afloran todos los conflictos que hasta el momento habían permanecido estables o las deficiencias acumuladas durante el proceso de maduración”.

En esta etapa de la vida del ser humano ocurren cambios biológicos, psicológicos, somáticos, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto; en los modos de ser, en las ideas, gustos, inclinaciones y afectos. Es importante conocer que la adolescencia; se considera una de las etapas más críticas por presentar una variabilidad emocional, pues optan por modificaciones fisiológicas aceleradas

Embarazo Se denomina gestación al periodo de tiempo que transcurre entre la fecundación del ovulo por el espermatozoide y el momento del parto comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importante cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento el tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

El embarazo de alto riesgo, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana es «aquél en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

Una adolescente embarazada enfrenta serios retos para su propio desarrollo biológico y psicoafectivo, con impacto en los ámbitos familiar y social. Se generan daños a la salud, con secuelas para ella y su descendencia, reportándose trastornos nutricios maternos, infecciones

genitourinarias, prematurez, bajo peso al nacer y defectos congénitos. Esta realidad nos demanda diseñar acciones médicas específicas durante su control prenatal. Ya que las adolescentes embarazadas son una población heterogénea, conformada por subgrupos de riesgos diversos en tipo y magnitud, no basta con una sola etiqueta de «alto riesgo» para su evaluación, la baja escolaridad se asocia a embarazos tempranos, pero también puede ser un indicador de abandono escolar por la gravidez, misma que puede ser resultado de una conducta de escape dentro de una familia disfuncional. De cualquier forma, una adolescente embarazada con baja escolaridad, o incluso analfabetismo, tiene más complicaciones perinatales. Es difícil determinar si el mayor riesgo está dado por una inaccesibilidad cultural de los servicios de salud, o si existe una falta de apego materno-infantil que la llevan a maltratar a su hija(o) in útero mediante el incumplimiento terapéutico (maltrato fetal).

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

- Al principio del embarazo es normal que experimente cambios en sus sentimientos y en su estado de ánimo, es una reacción frecuente debida a las múltiples transformaciones que van a producirse a lo largo de su vida con el nacimiento del niño/a.
- Puede sentirse irritada y sufrir cambios de humor, además pueden aparecer temores respecto a la situación que están pasando.
 - No todas las mujeres se sienten de la misma forma, depende de su carácter, de las circunstancias que le rodean y del apoyo que disponga de los familiares y pareja.
 - Se producen sentimientos, alegría, tristeza, ilusión, rechazo, inquietud, preocupación, etc. Puede que se sienta más necesitada de compañía y muestras de cariño de su pareja, familia y amistades. En los últimos meses de gestación es normal que se sienta más tranquila por el mismo hecho de vivir esa experiencia y sentir a ese nuevo ser que se está formando.
- El embarazo también va a provocar cambios en su entorno familiar y social. La relación con su pareja puede verse alterada ya que él también puede experimentar sentimientos contradictorios con respecto al embarazo y al futuro hijo/a, desde temores y preocupaciones hasta alegrías, satisfacción y orgullo. Es posible que en algunos momentos se sienta en un segundo plano, incluso puede tener sentimientos de celos al pensar que no le presta la misma

atención. Por todo esto es fundamental que mantengan una buena comunicación, que preparen juntos la llegada de su hijo; compartir las emociones y decisiones

ASPECTOS SOCIAL

- La adolescencia representa un espacio de búsqueda, de contradicciones y cambios de vida que orientan y definen su vida de adultos.
- La adolescente empieza a seleccionar y a prepararse para su papel en el mundo del trabajo, y al mismo tiempo, adquirir el conocimiento y las técnicas necesarias para desempeñarse bien en la sociedad.
- La relación de amistad con personas del mismo sexo les ayuda a identificarse con ellos mismos y eso les permite conocerse mejor.

NUTRICION.

Los diversos trastornos nutricios en adolescentes embarazadas y la falta de planeación las exponen a un suplemento inadecuado de folatos, siendo factor de riesgo para defectos mal formativos

TÓXICOS.

Se ha descrito el consumo de tóxicos y sustancias ilegales como conducta de riesgo asociada a la actividad sexual no protegida, entre adolescentes, dando como resultado un mayor número de embarazos no planeados y expuestos a teratógenos.

ENDOCRINO.

En la pubertad, como en la premenopausia, se alteran los ajustes hormonales necesarios para una ovulación fisiológicamente correcta. Se ha especulado que este ambiente endocrino anormal puede favorecer una madurez inadecuada del ovocito intrafolicular, aumentando la frecuencia de defectos congénitos.

La literatura tradicional acepta que el riesgo de preeclampsia-eclampsia en adolescentes es hasta 2 veces más del que tiene la población adulta., A la adolescente embarazada se le describen parejas de alto riesgo, exponiéndose a infecciones de transmisión sexual y enfermedad inflamatoria pélvica. Asimismo, se ha descrito que las infecciones urinarias sintomáticas y asintomáticas, así como las vaginitis, vaginosis y cervicitis son muy frecuentes

entre adolescentes embarazadas y son factores de riesgo para nacimiento pretérmino, por lo que su detección para tratamiento oportuno mejora la expectativa perinatal.

I.6.- LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD, FACTORES SOCIALES Y ECONÓMICOS.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El abordaje de los aspectos sociales que influyen en los procesos de salud/enfermedad y las diferencias en la forma y temporalidad en que se dan dichos fenómenos es una labor compleja. se ha evidenciado que existen diferencias de género en la atención y calidad de los servicios médicos, lo cual cambia de acuerdo con la pertenencia socioeconómica (Ariza y Oliveira, 2008). Las brechas relacionadas con el género y la pobreza producen inequidades sociales con repercusiones sobre la salud. Dichas inequidades aluden a diferencias injustas y evitables en el estado de salud de los individuos, poblaciones o grupos que tienen diferentes características demográficas, socioeconómicas o geográficas” (Vega, Solar e Irwin, 2005:9).

Los determinantes sociales de la salud (DSS) suministran un marco explicativo para analizar las relaciones entre la forma cómo se organiza y se desarrolla una sociedad y la influencia sobre la situación de salud de la población. Los DSS son definidos como “las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, que tienen influencias sobre el proceso salud/enfermedad o las características sociales dentro de las cuales la vida transcurre” (Tarlov, 1996:72). En principio, los determinantes de la salud eran asociados principalmente con factores meramente de carácter individual, en donde se profundizaba en interpretaciones bio–naturalistas de la enfermedad (Garduño et al., 2009). No obstante, la visión biológica de la salud–enfermedad es insuficiente para explicar el complejo entramado que se vincula con la salud colectiva, ya que encubre las características de organización y distribución social que conducen a estados diferenciales e inequitativos de bienes. El abordaje de los aspectos sociales que influyen en los procesos de salud/enfermedad y las diferencias en la forma y temporalidad en que se dan dichos fenómenos es una labor compleja. En el plano de la SSR se ha evidenciado que existen diferencias de género en la atención y calidad de los servicios médicos, lo cual cambia de acuerdo con la pertenencia socioeconómica. Los determinantes

sociales de la salud (DSS) suministran un marco explicativo para analizar las relaciones entre la forma cómo se organiza y se desarrolla una sociedad y la influencia sobre la situación de salud de la población. Los DSS son definidos como “las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, que tienen influencias sobre el proceso salud/enfermedad o las características sociales dentro de las cuales la vida transcurre” (Tarlov, 1996:72). En principio, los determinantes de la salud eran asociados principalmente con factores meramente de carácter individual, en donde se profundizaba en interpretaciones bio-naturalistas de la enfermedad (Garduño et al., 2009). No obstante, la visión biológica de la salud-enfermedad es insuficiente para explicar el complejo entramado que se vincula con la salud colectiva, ya que encubre las características de organización y distribución social que conducen a estados diferenciales e inequitativos de bienestar. Los DSS aparecen como una alternativa teórica que relaciona un complejo modelo en el que el individuo se ve influenciado por su medio social. El estatus de lo biológico no puede ni debe ser considerado aislado de las inercias sociales, ni mucho menos, la explicación de la biología puede ser extrapolada a las relaciones humanas (Garduño et al., 2009). La formulación explicativa del perfil de salud de la población abarca una forma más amplia y comprensiva que articula diversos ejes sociales que interactúan con lo biológico. La salud o enfermedad guarda estrechos vínculos con las circunstancias que prevalecen en el mundo en el que transcurre la existencia de las poblaciones, las características del entorno ambiental, los estilos de vida y los riesgos de sus integrantes (Martínez, 2009). Con base en esto puede afirmarse que las diferencias en las condiciones en salud derivadas de las desigualdades sociales son evitables, ya que no son diferencias producidas por los individuos (Whitehead, 1992). En el modelo de Dahlgren y Whitehead (1992), las inequidades en salud son explicadas por las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, que van desde el individuo hasta la comunidad.

El diagrama de los DSS está representado a modo de anillos concéntricos donde las personas se

sitúa
n en
la

Figura 1. Determinantes sociales de la salud



base. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud; dichos factores son los más difíciles de intervenir, dado que sus cambios obedecen a procesos biológicos que en ciertos casos no son modificables, como el envejecimiento. El modelo también considera las condiciones de vida y trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales y, por último, las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y ambientales que abarcan todos los anillos y se convierten en los elementos estructurantes de las condiciones de vida y salud de los sujetos. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005) considera que los DSS son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas” (OMS 2005:1). Uno de los grandes aportes de este enfoque es la preponderancia que da a los servicios de salud como punto crucial para el logro de la equidad en salud. También se rescata la ampliación de temas como el socioeconómico y de género, los cuales resultan de particular interés en este estudio, ya que ambas variables se conjugan para incidir en la salud de las mujeres.

UNIDAD II

PARTICIPACION EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA MUJER EN EL PERIODO PRENATAL CON BASE EN LA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE LOS FACTORES DE RIESGO.

Objetivo: Proporcionar al alumno habilidades y destrezas en la aplicación de técnicas y procedimientos del método clínico en la atención de calidad a la mujer durante la etapa preconcepcional, el embarazo, parto y puerperio.

2.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

GENITALES EXTERNOS: La vulva está constituida por aquellas partes del aparato genital femenino que son visibles en la región perineal. El monte de Venus es una prominencia adiposa que está situada por encima de la sínfisis del pubis a partir de la cual se originan dos pliegues longitudinales de piel constituyendo los labios mayores, que rodean a su vez a los labios menores, formados por unos pliegues cutáneos delgados y pigmentados, con abundantes glándulas sebáceas y sudoríparas, que carecen de folículos pilosos. Los labios menores se unen por delante formando el prepucio del clítoris mientras que por la parte posterior se fusionan formando parte de la horquilla perineal. El clítoris es un órgano eréctil de pequeño tamaño situado en el borde inferior de la sínfisis del pubis, formado por los cuerpos cavernosos y sus envolturas.

La separación de los labios permite observar el vestíbulo y el meato uretral, a unos 2 cm por debajo del clítoris. En el vestíbulo vaginal se halla el himen, los conductos de Skene y de Bartholino. El himen es una membrana cutáneo mucosa, delgada y vascularizada, que separa la vagina del vestíbulo, presentando una gran variabilidad respecto a su grosor, forma y tamaño. Los conductos de las glándulas de Skene desembocan a ambos lados del meato uretral (figura 2). Los conductos de las glándulas de Bartholino se hallan a ambos lados del vestíbulo, a nivel del tercio medio del orificio vaginal, en la hendidura que separa el himen de los labios menores.

GENITALES INTERNOS: Están constituidos por el útero, la vagina, los ovarios y las trompas de Falopio, todos ellos relacionados con el resto de las vísceras de la pelvis menor: el colon, la vejiga urinaria y la uretra.

ÚTERO: Órgano muscular hueco que se compone de cuerpo y cuello uterino, separados entre sí por un ligero estrechamiento que constituye el istmo uterino. El cérvix o cuello uterino presenta una porción supra vaginal (2/3) y una porción intravaginal (1/3) denominada hocico de tenca, que muestra en su superficie el orificio cervical externo con un labio anterior y otro posterior. Este orificio constituye un extremo del conducto del cuello uterino, abierto por el otro lado en la cavidad uterina. El cuerpo uterino tiene forma aplanada y triangular y en sus dos extremos laterales superiores se abren las trompas de Falopio. Está formado por tres capas: el endometrio, que es la capa mucosa interna, el

miometrio, que es la capa de músculo liso y el perimetrio o cubierta peritoneal que se refleja a nivel del istmo para cubrir la cara superior de la vejiga, formando el espacio útero vesical y por la pared posterior recubre el cuerpo uterino y la porción superior del cérvix extendiéndose hasta el recto, formando el espacio recto uterino o fondo de saco de Douglas.

TROMPAS UTERINAS O DE FALOPIO Las trompas de Falopio, de unos 12 cm de longitud, comunican las cavidades uterina y peritoneal. Están situadas en el borde superior libre del ligamento ancho (mesosálpinx), entre los ligamentos redondo y útero ovárico. Podemos dividir las trompas en tres zonas: la porción intersticial de ≈ 1 cm, que es la que se introduce en los cuernos uterinos y se abre en la cavidad, la porción ístmica, de 2- 4 cm y la porción ampular, que es la zona más gruesa que termina en forma de embudo en las fimbrias denominándose pabellón y constituyendo la zona de contacto entre trompa y ovario.

OVARIO Órgano bilateral situado cada uno en la fosa ovárica, en el ángulo formado por la bifurcación de la arteria iliaca primitiva. Por la base de la fosa discurre el nervio y los vasos obturadores, mientras que por su borde posterior desciende el uréter y los vasos hipogástricos. El polo superior del ovario está en contacto con la trompa mientras que el polo inferior está orientado hacia el útero y fijado a él por el ligamento útero ovárico. Por su borde anterior se encuentra unido a la hoja posterosuperior del ligamento ancho por el meso del ovario que es por donde llega la inervación y vascularización ovárica (figura 6).

VAGINA Conducto músculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12cm. Atraviesa el suelo pélvico y acaba abriéndose en el vestíbulo entre los labios menores. Alrededor de la porción intravaginal del cuello uterino se forman los fondos de saco de la vagina constituidos por un fondo de saco posterior, más profundo, otro anterior, y dos laterales. La pared posterior de la vagina es más larga, unos 11 cm, mientras que la anterior mide unos 8 cm.

PERINÉ El periné se halla limitado hacia delante por el arco púbico, lateralmente por las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacro ciáticos mayor y menor. Todo ello hace que tenga una forma romboidal. La línea transversa que une las tuberosidades isquiáticas divide el periné en un triángulo anterior urogenital,

donde se encuentra el diafragma urogenital, y un triángulo posterior o anorrectal donde están las fosas isquiorrectales. El periné anterior está formado por tres planos musculoponeuróticos: un plano profundo, un plano medio y un plano superficial. El plano profundo o diafragma pélvico está constituido por una formación músculo tendinosa con forma de embudo que sirve de sujeción a las vísceras pélvicas y abdominales. Incluye el músculo elevador del ano y el músculo coccígeo, recubiertos por una capa superior y otra inferior de fascia. Los órganos pélvicos se hallan inervados por el sistema autónomo. A nivel de la bifurcación aórtica se encuentra el plexo hipogástrico superior o nervio presacro. Existe un plexo hipogástrico medio, situado por debajo del promontorio sacro, que no es constante. El plexo hipogástrico inferior o nervios hipogástricos proceden del plexo hipogástrico medio. Estos nervios se sitúan a nivel de los ligamentos útero sacros, para dirigirse hacia delante hasta la porción superior de la vagina. En las cercanías de la vagina reciben el nombre de plexos pélvicos. El plexo pélvico se divide en plexos secundarios: el plexo rectal, que inerva el recto, el plexo útero vaginal, que inerva la cara interna de las trompas de Falopio, el útero, la vagina y el tejido eréctil del bulbo vestibular, y el plexo vesical, que inerva la vejiga. Los plexos ováricos proceden de los plexos aórtico y renal, que acompañan a los vasos ováricos para inervar los ovarios, la cara externa de la trompa de Falopio y los ligamentos anchos.

Inervación de los genitales externos y el periné Los músculos y tejidos del periné se hallan inervados principalmente por el nervio pudendo. El nervio pudendo procede de las ramas anteriores de los nervios sacros II, III y IV, y se divide en tres ramas: El nervio hemorroidal inferior, que inerva el esfínter anal externo y la piel del periné, el nervio perineal, con una rama profunda y otra superficial. La rama profunda inerva el esfínter anal externo, el músculo elevador del ano, los músculos perineales superficial y profundo, los isquiocavernosos y bulbocavernosos, y el esfínter de la uretra membranosa. La rama superficial se divide en los nervios labiales posterior, medio y lateral. La tercera rama del nervio pudendo es el nervio dorsal del clítoris, para inervar el glande del clítoris.

2.2.- EMBARAZO.

Es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

SIGNOS DEL EMBARAZO

A lo largo del embarazo se producirá un gran número de cambios fisiológicos en el organismo. Estos pueden clasificarse como signos supuestos, signos probables y signos positivos de embarazo.

Signos Supuestos

Los signos supuestos son aquellos cambios subjetivos que la madre percibe en el transcurso de la gestación. Pueden ser indicativos de otros procesos diferentes del embarazo, por lo que carecen de carácter diagnóstico. Entre ellos figuran la amenorrea, las náuseas y los vómitos, las alteraciones de las mamas, la polaquiuria, la fatiga, la hipertrofia abdominal y el comienzo de la percepción de los movimientos fetales.

Amenorrea o ausencia de menstruación, suele ser el primer signo que percibe la mujer y le hace sospechar que se encuentra embarazada. A pesar de que el embarazo constituye la causa más frecuente de la amenorrea, podría obedecer también a desequilibrios endocrinos, el estrés, la menopausia o la presencia de tumores.

Náuseas y vómitos

Las náuseas y los vómitos suelen producirse por la mañana, aunque pueden tener lugar en cualquier momento de la jornada. También reciben el nombre de náuseas matutinas y son típicos de la etapa inicial de la gestación. No obstante, estos síntomas pueden asociarse a muchos otros trastornos.

Alteraciones de las mamas

Los cambios que sufren las mamas, como el dolor con la palpación, la sensación de hormigueo y la hipertrofia, comienzan a manifestarse en la etapa inicial del embarazo. De igual modo, estas alteraciones se relacionan con el período menstrual en muchas mujeres.

Polaquiuria

La polaquiuria se debe a la presión que ejerce el útero hipertrofiado sobre la vejiga, de tal modo que la mujer siente la necesidad de orinar más a menudo. Esta sensación puede deberse también a otros trastornos, como las infecciones del tracto urinario y los tumores abdominales.

Fatiga

La fatiga es más evidente a lo largo de los primeros meses de la gestación, aunque puede ser consecuencia de otras entidades.

Hipertrofia abdominal

La hipertrofia abdominal se percibe hacia la semana 12 del embarazo, aunque puede observarse en una etapa anterior en las mujeres delgadas o bien más adelante en las mujeres gruesas.

Los tumores abdominales también provocan hipertrofia abdominal.

Percepción de los movimientos fetales

La (sensación de aleteo producida por el feto al moverse) comienza entre las semanas 16 y 20 y se torna más intensa y frecuente de manera paulatina.

Esta sensación puede deberse a otras causas, como calambres musculares o flato intestinal. Se considera un signo supuesto al tratarse de una sensación subjetiva de la madre. Normalmente, el diagnóstico de embarazo se formula antes de que la madre haya percibido todos estos signos. El rechazo al embarazo puede hacer que la madre no perciba estos cambios. Un embarazo falso, también llamado **seudoembarazo**, se produce cuando una mujer siente un deseo tan intenso de concebir que comienza a sentir algunos signos supuestos. El tratamiento del seudoembarazo es de tipo psiquiátrico.

SIGNOS PROBABLES

El profesional sanitario puede identificar signos objetivos indicativos de un embarazo. Estos signos no se consideran diagnósticos debido a que pueden reflejar otros trastornos. Los signos probables abarcan la obtención de resultados positivos en la prueba del embarazo, la prueba de balanceo y cambios uterinos.

Obtención de resultados positivos en la prueba del embarazo

Las pruebas del embarazo detectan la presencia de GCh en el útero o la sangre. La mayoría de las pruebas que se realizan en el propio domicilio se basan en la concentración urinaria de esta hormona. Se pueden obtener resultados positivos entre 8 y 14 días después de la concepción. La exactitud de la prueba puede verse afectada por algunos fármacos, el momento y la técnica de recogida de la muestra, y la presencia de tumores capaces de sintetizar hormonas.

SIGNOS POSITIVOS

Los signos positivos tienen carácter diagnóstico de un embarazo, ya que no pueden deberse a ningún otro proceso. Entre los signos positivos se hallan la detección de ruidos cardíacos fetales, la visualización del feto y la detección de movimientos fetales por parte del profesional sanitario encargado de la exploración.

Cambios uterinos

Los cambios uterinos son un conjunto de signos físicos que indican la probabilidad de un embarazo -A lo largo de las primeras semanas del embarazo pueden observarse el **signo de Hegar** (reblandecimiento del segmento uterino inferior), el **signo de Goodell** (ablandamiento del cuello uterino) y el **signo de Chadwick** (coloración azul-violácea del cuello uterino y la vagina). Se puede detectar el fondo uterino inmediatamente por encima del pubis en la semana 12. Los tumores también pueden producir hipertrofia uterina. La combinación de signos probables y signos supuestos se considera muy indicativa de un embarazo.

Detección de ruidos cardíacos fetales

Se pueden escuchar los **ruidos cardíacos fetales** (RCF) o el latido cardíaco fetal por medio de un ecógrafo entre las semanas 10 y 12. La frecuencia cardíaca fetal normal oscila entre 120 y 150 lpm. Se debe diferenciar la FCF de la frecuencia cardíaca materna. Durante la auscultación abdominal se puede percibir un leve sonido de soplo. El sonido que presenta la misma frecuencia que el pulso materno recibe el nombre de **soplo uterino** y obedece al aumento de la irrigación uterina en la madre. El sonido que se produce con la misma

frecuencia que la FCF se conoce como **soplo umbilical** y se debe a la irrigación fetal a través del cordón umbilical.

Visualización del feto

Se puede detectar el embarazo mediante una ecografía abdominal a partir de la semana 6 de la gestación. La ecografía transvaginal se utiliza para detectar la presencia del trofoblasto a partir del décimo día posterior a la concepción. Rara vez se realiza una exploración radiológica de la pelvis debido a los riesgos que entraña la radiación para el feto y los órganos del aparato reproductor femenino.

Percepción de movimientos fetales por el explorador

La intensidad de los movimientos fetales no suele ser suficiente para que un observador la detecte hasta la semana 20. En el capítulo 9 se enumeran las pruebas diagnósticas de evaluación del estado fetal.

2.3.- PRINCIPALES CAMBIOS FISICOS, HEMOCIONALES Y PSICOLOGICOS DURANTE EL EMBARAZO

CAMBIOS EN EL ORGANISMO MATERNO DURANTE EL EMBARAZO

CAMBIOS FISICOS.

El embarazo suele dividirse en bloques de 3 meses denominados **trimestres**, lo que puede generar cierta confusión debido a la descripción del desarrollo fetal en términos de semanas. Un embarazo normal dura 9 meses del calendario o bien 40 semanas equivalentes a 10 meses lunares. El embarazo produce numerosos cambios en el organismo de la mujer y exige un esfuerzo adicional a todos los sistemas orgánicos que incrementa la demanda de oxígeno. El organismo de una mujer sana tolera este esfuerzo adicional. Sin embargo, este esfuerzo puede resultar nocivo o poner en peligro la vida de la madre afectada por alguna enfermedad.

APARATO REPRODUCTOR

Los cambios más evidentes tienen lugar en el aparato reproductor. Antes de la concepción, el útero es un pequeño órgano de paredes gruesas y forma de pera con un peso de unos 60

g y un volumen de 10 ml. Al final del embarazo, el útero se ha transformado en un órgano grande de paredes gruesas que pesa casi 1 kg y tiene un volumen de 5 l. La estructura de las tres capas musculares del útero hace posible su distensión uniforme en cualquier dirección. A lo largo de la gestación se producen contracciones indoloras, conocidas como **contracciones de Braxton-Hicks**, que se tornan más perceptibles a partir de la semana 20 y durante los períodos de desarrollo fetal rápido. El fondo uterino crece a una velocidad de 1 cm por semana.

Síndrome de hipotensión arterial en decúbito supino

El útero hipertrofiado ejerce una presión sobre las venas profundas de la pelvis que produce estasis venosa en las extremidades inferiores. La estasis venosa da lugar a un edema dependiente y venas varicosas en las extremidades inferiores, la vulva y el recto. El **síndrome de hipotensión arterial en decúbito supino** debuta a partir de la semana 20 del embarazo cuando la madre se coloca en decúbito supino. El pesado útero comprime la vena cava inferior, lo que reduce el flujo sanguíneo dirigido a la aurícula derecha. La embarazada presenta presión arterial baja, mareos y palidez. Se le debe recomendar que duerma en decúbito lateral con el fin de evitar la hipotensión. El decúbito lateral izquierdo favorece el flujo de retorno en mayor medida que el derecho.

APARATO RESPIRATORIO

El útero en crecimiento ejerce una presión ascendente contra el diafragma. Las costillas se abren hacia fuera y aumenta el diámetro torácico. La acción de la progesterona relaja la musculatura lisa para reducir la resistencia de las vías respiratorias y permitir la entrada de una cantidad mayor de oxígeno en los pulmones.

SISTEMA RENAL

La polaquiuria que aparece durante el primer trimestre se debe a la presión que ejerce el útero en crecimiento sobre la vejiga. La elevación del útero por encima de la pelvis que tiene lugar a lo largo del segundo trimestre comporta una disminución de esta presión. En el tercer trimestre, el feto desciende hacia la pelvis y comprime nuevamente la vejiga.

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

El aumento del tamaño y el peso del útero alteran el centro de gravedad de la embarazada, en la que aumenta la curvatura lumbar (*lordosis*) y se ensancha la postura para compensar dicho cambio. Las articulaciones de la pelvis se relajan de cara al parto. Todo ello produce lumbalgia y un modo de caminar similar al de un pato. Los calambres musculares, en especial en las extremidades inferiores, se deben a la estasis venosa y los posibles desequilibrios electrolíticos. Por lo general, son consecuencia de la presencia de concentraciones bajas de calcio y fósforo. Se debe recomendar a la mujer que ingiera una cantidad adecuada de lácteos para evitar estos calambres.

APARATO GASTROINTESTINAL

Las llamadas «náuseas matutinas», que suelen debutar hacia la semana 6 y concluir hacia la semana 12, se deben al aumento de las concentraciones de progesterona. Las náuseas y los vómitos, que no siempre aparecen por la mañana, pueden ser leves a intensos. Los vómitos prolongados, o **hiperémesis gestacional**, provocan deshidratación y desequilibrios electrolíticos, por lo que se debe informar al médico. La relajación del esfínter esofágico inferior puede originar reflujo gástrico. Se puede instaurar un tratamiento farmacológico para aliviar estos síntomas. El útero hipertrofiado ejerce presión sobre el estómago y ambos intestinos. La progesterona relaja la musculatura lisa de los intestinos, lo que da lugar a una disminución del peristaltismo. La combinación de ambos fenómenos potencia el riesgo de estreñimiento.

SISTEMA TEGUMENTARIO

La modificación del color de la piel obedece al aumento de las concentraciones de ciertas hormonas en la embarazada. Se oscurecen las areolas, los pezones y la vulva. En el abdomen aparece la llamada **línea negra** desde el ombligo hasta el pubis. El **cloasma**, o «máscara del embarazo», se define como el oscurecimiento de la frente, las mejillas y el área peri orbitaria. Ambos signos son más notables en la etapa final de la gestación. Las **estrías gestacionales**, o «marcas de distensión», se forman cuando el tejido conjuntivo subyacente se separa durante los períodos de crecimiento rápido. Estas líneas de color rojo oscuro se desvanecen gradualmente durante el puerperio, aunque no terminan de desaparecer.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

El embarazo representa un cambio en la vida de la mujer y de su pareja, y además se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico, porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer, su identidad y la relación con su madre; así mismo, representa una oportunidad de crecimiento psicológico para ella. En este sentido, la salud emocional de la mujer embarazada podrá evaluarse principalmente a partir de su capacidad o no para enfrentar este evento y de su posibilidad o no de adaptarse a los cambios que éste conlleve. Es decir, no sólo se ponen a prueba dichas capacidades, sino que habrá de establecerse cómo se estructuraron desde la infancia. Una evaluación más precisa del estado emocional de la mujer durante el embarazo permite establecer el tipo de intervención psicológica más conveniente. En el caso del embarazo, dadas sus características propias, podría considerarse que produce una alteración psicológica transitoria en la mujer, ya que requiere de adaptarse a la nueva situación y esto puede provocar alguna manifestación aguda, con disminución de las funciones físicas, con restricción temporal de la conciencia, reactiva y funcional, que actúe sobre el yo y sea egodistónica, sin impacto en la estructura de personalidad, por lo que se considera entonces una inhibición o malestar psicológico. Éste último se entiende como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede agruparse en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos, donde se experimenta incomodidad subjetiva. Sin embargo, cuando el embarazo es el que reactiva conflictos anteriores no resueltos, los cuales se han cronificado, causan angustia, son persistentes y recurrentes, y otorgan ganancias secundarias, entonces se habla de síntomas. Dada la trascendencia que tiene la maternidad para la mujer, su respuesta afectiva es más contundente y, por tanto, requiere de un proceso de adaptación frente al mismo, ya que se modifican en ella su estructura y su proyecto de vida a partir del evento. Durante el embarazo entran en juego aspectos internos y externos a la mujer, por lo que es posible que los conflictos psicológicos que se presentan en esta etapa pueden ser la combinación de ambos o el predominio de uno sobre otro. Para la mujer, la maternidad representa uno de los eventos más importantes en su vida. Dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que se espera de ella en esta etapa, cómo debe ser y comportarse para ser una “buena madre”,

además de que se le considera una función exclusiva de ella. Por otra parte, influyen aspectos sociales como la presión que ejerce el que su embarazo no se dé en circunstancias socialmente deseables, es decir, con una pareja estable y en una situación económica apropiada, lo cual se agrava cuando no cuenta con apoyo familiar por la misma situación. Esto no favorece la adaptación de la mujer a su nuevo estado y le causa un conflicto por no cumplir con las exigencias del exterior, lo que a su vez impacta en su estado emocional, generando por lo regular manifestaciones ansiosas o depresivas. Sin embargo, estudios anteriores han podido establecer que existen manifestaciones emocionales propias de la mujer embarazada, las cuales ayudan al especialista a comprender mejor su expresión como parte del evento reproductivo, y a distinguir aquellos casos que no corresponden a esto y que podrían considerarse manifestaciones patológicas. Entre estas manifestaciones emocionales se encuentran las de tipo depresivo como reacciones de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por su salud, traducido en varias quejas somáticas. Así mismo, existen sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, así como un resentimiento por la pérdida de independencia y atractivo. Paradójicamente, también tiende a elevarse la autoestima de la mujer que vive el embarazo como un logro. Además, puede presentarse ansiedad transitoria como adaptación a su estado, la cual puede incrementarse más en casos de presión social que por el propio embarazo, así como por temor a la pérdida y miedo a lo desconocido, y al propio papel de madre y a la situación económica. De igual modo, pueden surgir sentimientos de inseguridad, dependencia e introversión. Respecto al deseo sexual, éste puede ser variable.

Como se observa, estas características son de tipo transitorio y están supeditadas al desarrollo y resolución del embarazo, de ahí su carácter inhibitorio o malestar psicológico; sin embargo, en ocasiones se requiere la intervención terapéutica de apoyo para su mejor resolución, dado que su manifestación dificulta la adaptación de la mujer frente al evento y le origina conflictos internos, externos o ambos.

El diagnóstico de embarazo desata un gran número de sentimientos. La mujer puede sentirse muy contenta y emocionada si el embarazo es deseado. De lo contrario, puede mostrarse

entristecida y enojada. Puede presentar sentimientos contradictorios respecto a la gestación. Algunas se sienten deprimidas y apáticas. El aumento de la ansiedad y la aprehensión son frecuentes incluso en los embarazos deseados. Los sentimientos suelen cambiar conforme avanza la gestación, lo que provoca un cambio de comportamiento que resulta difícil de comprender para los compañeros de las embarazadas. Incluso durante las etapas iniciales de la gestación, la mujer puede sentirse superada en cierta medida por la ráfaga de emociones que siente. Muchas mujeres se sienten inseguras de su capacidad maternal incluso aunque el embarazo sea deseado. Pueden estar inquietas acerca del estado de salud del feto, los cambios físicos que sufrirá su organismo y el esfuerzo económico que supone la adaptación de su guardarropa y la adquisición de los productos necesarios para el bebé. Por lo general, la mujer trata de identificar signos, como el aumento de tamaño del abdomen, que confirmen que el embarazo sigue su curso.

SISTEMA ENDOCRINO

La prolactina, sintetizada por la hipófisis anterior, estimula la producción de leche por las glándulas mamarias. La **oxitocina**, producida por la hipófisis posterior, estimula las contracciones uterinas y el «reflejo de bajada», o liberación de leche después del parto. Las hormonas placentarias actúan como antagonistas de la insulina, es decir, contrarrestan su acción. Como consecuencia de ello, el páncreas se ve obligado a sintetizar cantidades mayores de insulina para satisfacer las necesidades de la madre. De no lograr satisfacer esta demanda, la embarazada presentará diabetes gestacional.

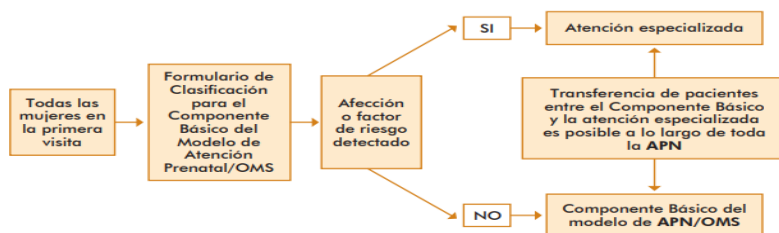
2.4.- PROMOCIÓN A LA SALUD DURANTE EL CONTROL PRENATAL CON ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EMBARAZADA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

El modelo de atención prenatal de la OMS clasifica a las mujeres embarazadas en dos grupos:

- Aquellas elegibles para recibir la Atención Prenatal (APN) de rutina, llamado componente básico.
- Aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. La inserción de las mujeres en el Componente Básico se determina a través de criterios preestablecidos. Las seleccionadas para este son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. Las no elegibles para el Componente Básico serán remitidas para la atención especializada. Éstas representarán aproximadamente el 25% de todas las mujeres que inician la atención prenatal.

Figura 1. El modelo de Atención Prenatal de la OMS



Con la atención prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal

- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo
- La preparación psicofísica para el nacimiento
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y el recién nacido
- La Información a las mujeres embarazadas sobre los signos de alarma durante el embarazo y conducta a seguir

La APN debe ser eficiente y cumplir con cuatro requisitos: precoz, periódica, completa y de amplia cobertura. Las actuaciones de la Red de Atención Primaria de la Salud y de la Red de Atención Especializada ambulatoria y hospitalaria son las siguientes:

Atención Primaria

- Captación de la mujer embarazada
- Atención del embarazo normal
- Detección del riesgo gestacional y derivación a Atención Especializada, si procede
- Educación sanitaria y maternal
- Asistencia al puerperio extrahospitalario

Atención Especializada

- Valoración y seguimiento del embarazo de riesgo
- Hospitalización del embarazo de riesgo
- Interconsultas ante situaciones de duda diagnóstica o evolutiva
- Controles ecográficos
- Técnicas de diagnóstico prenatal invasivas
- Control del embarazo que supere las 40 semanas

- Asistencia al parto y puerperio inmediato

Esquema de visitas de Atención Prenatal.

Se propone un esquema de entre cuatro y seis visitas atendiendo a las normativas nacionales e internacionales. La primera consulta prenatal debe realizarse lo más precozmente posible y preferiblemente de forma conjunta por el médico/a y la obstetra del ESF. Existe evidencia científica de que una primera visita antes de las 12 semanas de gestación se acompaña de mejores resultados perinatales. Posteriormente, dos visitas en el segundo trimestre y tres en el tercero. Si la gestante no tuvo el parto a las 40 semanas, será derivada al hospital-maternidad. La duración aproximada de las visitas será entre 30 a 40 minutos para la primera y 20 minutos para las siguientes, garantizando que sean realizadas todas las actividades propuestas y se cumplimenten debidamente la Historia Clínica Perinatal y el Carnet Perinatal.

Actividades del personal de enfermería

Identificar a la embarazada de riesgo, registrarla e informar al ESF

- Educar a la embarazada, familia y comunidad de la importancia del control prenatal, orientación sobre el parto, puerperio, promoción de la lactancia materna, planificación familiar y cuidados del recién nacido, generando club de madres
- Realizar el control completo de la embarazada en cada consulta en búsqueda de patologías o factores de riesgo, registrarlo e informar al ESF
- Disponer el registro de las embarazadas de la comunidad. Identificar y buscar embarazadas y puérperas que no den a la consulta. Evaluar las de mayor riesgo e iniciar con el ESF visitas domiciliarias para propiciar la consulta según nivel de riesgo, urgencia y necesidad
- Acompañamiento del prenatal de bajo riesgo junto con el médico/a

- Controlar que el 100% de las embarazadas de la comunidad se realicen los estudios de detección de VIH y sífilis, previa consejería. Animar a acudir a la consulta a la pareja sexual de la embarazada
- Disponer del registro de las embarazadas con sífilis, VIH, HTA, diabetes gestacional, bajo peso, etc., así como de la fecha de nuevo control, y en caso de que no acudan, programar con el ESF una visita domiciliaria
- Revisar sus antecedentes de vacunación (carnet / libreta de salud) y completar si es necesario esquema según normas del PAI, garantizando esquema al día con Td y Anti-Influenza
- Orientar a la embarazada para que se realice su control odontológico
- Dispensar en cada visita prenatal el suministro adecuado de medicamentos hasta la próxima consulta • Revisar carnet de vacunación y administrar las vacunas pertinentes según normas
- Informar sobre el lugar al que acudir para el parto y/o situaciones de urgencia
- Construcción de estrategias para la captación y seguimiento de todas las embarazadas del territorio
- Realizar actividades educativas individuales y colectivas durante el prenatal sobre la gestación, parto, puerperio, planificación familiar, promoción de la lactancia materna y cuidados del recién nacido, incluyendo a la pareja de la gestante

Se ha demostrado que la asistencia prenatal, prestada tan pronto como sea posible, ejerce una influencia muy notable en el desenlace del embarazo. Los objetivos de la asistencia prenatal son:

- Una embarazada sana y preparada que solamente presente molestias leves a lo largo de la gestación.
- El nacimiento seguro de un feto sano.

ACCESO A LA ASISTENCIA PRENATAL Y UTILIZACIÓN DE LA MISMA.

A pesar de que la asistencia prenatal representa la mejor vía para el nacimiento de un feto sano, no se presta de manera universal.

VISITA INICIAL

La visita inicial a la consulta de tocología puede tener un carácter alegre o triste en función de los sentimientos de la madre hacia el embarazo. La creación de un ambiente agradable, la comunicación fluida y la actitud del profesional de enfermería harán que la embarazada se sienta más cómoda. Algunas veces se acompaña del padre o de su compañero, de modo que el profesional de enfermería puede valorar el grado de apoyo que recibe la mujer. La duración de la visita inicial suele ser mayor que la de las de seguimiento.

ANTECEDENTES MÉDICOS

Los antecedentes médicos deben obtenerse durante la visita inicial a no ser que se hayan elaborado con anterioridad al embarazo. Los antecedentes engloban la identificación de cualquier problema médico previo que pudiera influir en la gestación. Se determinan también los antecedentes menstruales, que han de incluir cualquier embarazo anterior.

Disponer del registro de todas las embarazadas de la comunidad. Verificar si acuden a la consulta, el cumplimiento terapéutico y los factores de riesgo. Planificar con el ESF las acciones a seguir:

- Clasificación de riesgo gestacional según el formulario del componente básico
- Educar a la embarazada, familia y comunidad sobre la importancia de la atención prenatal y orientar sobre el embarazo, parto, puerperio, promoción de la lactancia materna, planificación familiar y cuidados del recién nacido
- Realizar las actividades correspondientes a cada visita de APN
- Revisar sus antecedentes de vacunación (carnet / libreta de salud) y completar si es necesario esquema según normas del PAI, garantizando esquema al día con Td y Anti-Influenza
- Orientar a la embarazada para que se realice su control odontológico
- Identificar factores de riesgo y signos de alarma para la derivación oportuna

- Derivar a atención especializada los casos de VIH para valoración inmunoviroológica e inicio del seguimiento especializado
- Identificar el riesgo de adquirir ITS para realizar consejería y educación
- Identificar las patologías que requieren tratamiento como sífilis, VIH, HTA, infecciones urinarias, diabetes gestacional, etc., e iniciar el tratamiento. Evaluar necesidad de derivación en cada consulta, programar las próximas e informar al ESF. Búsqueda activa con el ESF de las que no acuden a las consultas programadas
- En caso de ITS o enfermedades de notificación obligatoria, completar los formularios correspondientes y notificar a la Unidad Epidemiológica Regional
- En caso de embarazadas de alto riesgo, mantener contacto con el nivel pertinente para el seguimiento y/o control de las consultas con el especialista, registrarlo e informar al ESF
- Entregar a la embarazada los medicamentos adecuados según la patología en cada visita

VALORACIÓN FÍSICA

En la valoración física, de la que se ocupará el médico, se incluirá una descripción detallada de los órganos del aparato reproductor. Se llevará a cabo una ecografía para diagnosticar el embarazo. Se tomarán muestras de sangre con el fin de determinar los valores iniciales que servirán de referencia en visitas posteriores.

ESQUEMA DE MANEJO DE LAS VISITAS OBSTÉTRICAS.

Primera visita Subjetivo.

Completar el Formulario de Clasificación para el Componente Básico de la OMS y clasificar a la gestante Llenar los apartados de datos personales y antecedentes de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB)

- Investigar la presencia de antecedentes o patología previa que pudiera ser causa de derivación (ver Tabla 1)

- Preguntar sobre hábitos alimentarios - Preguntar sobre síntomas de infección urinaria - Evaluar riesgo social, malos tratos, bajo nivel socioeconómico, analfabetismo, poco apoyo familiar

Objetivo

Examen Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Llenar la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) y el Carnet Perinatal • Examinar si presenta signos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de la lengua, falta de aire • Registrar peso (en kilos) y altura (en centímetros) para evaluar el estado nutricional de la madre (IMC) • Medir la presión sanguínea en los cuatro miembros • Auscultar tórax y corazón • No olvidar examen buco-dental • Medir altura uterina (en centímetros) y graficar en la tabla correspondiente del carnet perinatal • Realizar el examen genital (utilizando un espéculo), especialmente si existe alguna patología o trastorno y toma de muestra para examen de PAP si no lo tuviera según normas • Realizar examen de mama
----------------------	---

Apreciación diagnóstica

Evaluar diagnósticos probables como:

- Anemia - Desnutrición, sobrepeso u obesidad
- RCIU (Restricción del crecimiento intrauterino) por altura uterina a partir de la semana 12
- Enfermedades endémicas o endemoepidémicas (de acuerdo a información disponible para cada territorio social)
- Hipertensión crónica o inducida por el embarazo
- Infección de vías urinarias
- Cardiopatías - Definir si es elegible para el componente básico del nuevo modelo de atención de la OMS o si necesita atención especializada.

	Prueba de tiras reactivas múltiples para bacteriuria y proteinuria. Orina simple y/o urocultivo según proceda Hemograma Tipificación de grupo sanguíneo (ABO y
--	--

<p>Exámenes complementarios</p>	<p>Rhesus) Glicemia en ayunas Solicitar TTOG según algoritmo Estudio para sífilis (prueba rápida). Si no se dispone, solicitar VDRL Test rápido para determinación del VIH 1,2. (ver “Manual de consejería en ITS/VIH/SIDA – Test rápido para la determinación del VIH 1,2 Manual Operativo”) Solicitar estudio ecográfico para datar edad del embarazo, de preferencia entre las 11 y 14semanas</p>
<p>Intervenciones</p>	<p>Suplemento de hierro, ácido fólico y calcio: un comprimido de 60 mg de hierro elemental y 250 microgramos de ácido fólico una o dos veces por día, calcio 1.200 mg/día en dos dosis Suplemento multivitamínico a criterio del médico tratante Si la prueba rápida de sífilis es positiva iniciar tratamiento. Si se realizó VDRL y su resultado es positivo realizar búsqueda de la paciente para tratamiento Administración de vacuna Td y anti-Influenza según esquema de vacunación del PAI En áreas endémicas de paludismo y/o enfermedad de Chagas, consulte la norma técnica nacional Consejería sobre hábitos de vida saludables adaptados a las necesidades de la mujer dependiendo de las semanas de gestación, de los datos obtenidos de la anamnesis y de su situación personal</p>

<p>Preguntas, respuestas y consejería</p>	<p>Preguntas y respuestas, momento de comunicación libre Aconsejar a la mujer que invite a su pareja o a miembro de la familia o amiga a las siguientes visitas de APN para que puedan involucrarse en las actividades y aprendan cómo apoyar a la mujer a lo largo de su embarazo Invitar a la mujer a participar del club de madres de la USF, si lo hubiera Dar consejos sobre a quién llamar o dónde concurrir en caso de sangrado, dolor abdominal o cualquier otra emergencia o cuando se necesite consejo Entregar el Carnet Perinatal y el formulario Preparando mi Parto e instruir para su correcto llenado</p>
<p>Derivación</p>	<p>Si necesita atención especializada según Formulario de Clasificación para Componente Básico/OMS y según tabla</p>
<p>Próxima consulta</p>	<p>Citar a control con resultados de exámenes complementarios solicitados lo antes posible Agendar segunda visita y registrar en la HCPB, en el carnet perinatal y en la agenda de consultas programadas de USF</p>

REGLA DE NAEGELE

Se determinará la duración del embarazo en caso de formularse este diagnóstico. Se aplican los siguientes términos para referirse a la fecha prevista de parto:

- fecha prevista de parto (FPP)
- fecha prevista de nacimiento (FPN)
- fecha prevista de alumbramiento (FPA)

Se puede calcular la FPN a través de varios métodos, el más utilizado de los cuales es la **regla de Naegele**. Se toma el primer día de la FUPM, se restan 3 meses y se añaden 7 días.

FÁRMACOS QUE SE UTILIZAN DURANTE EL EMBARAZO

La utilización de cualquier fármaco –con prescripción, sin prescripción o hierba medicinal– durante la gestación entraña riesgos para el feto. Un *teratógeno* es cualquier compuesto capaz de alterar el desarrollo fetal. Los fármacos pueden ejercer una acción teratogénica.

si la FUPM fue el 18 de enero, la FPN sería el 25 de octubre. Cuando la FUPM coincida con el final de un mes, como el 29 de julio, será necesario modificar este cálculo, ya que al restar 3 meses se pasaría al mes de abril y la fecha calculada al añadir 7 días sería el 36 de abril. Ese mes solamente tiene 30 días, por lo que la FPN se desplazaría al 6 de mayo. Se puede emplear una rueda o un gráfico gestacional para efectuar este cálculo con mayor rapidez.

Visitas de seguimiento La embarazada deberá acudir de nuevo a la consulta de tocología para someterse a revisiones de seguimiento espaciadas del modo siguiente:

- Cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas
- Cada 2 semanas entre las semanas 29 y 36
- Cada semana a partir de la semana 36 hasta el parto

FÁRMACOS QUE SE UTILIZAN DURANTE EL EMBARAZO

La utilización de cualquier fármaco –con prescripción, sin prescripción o hierba medicinal– durante la gestación entraña riesgos para el feto. Un *teratógeno* es cualquier compuesto capaz de alterar el desarrollo fetal.

NUTRICIÓN

La nutrición constituye un componente clave de la asistencia prenatal. La alimentación adecuada aporta nutrientes esenciales al feto en desarrollo, además de la energía necesaria para satisfacer la demanda adicional que experimenta el organismo.

MOLESTIAS TÍPICAS DEL EMBARAZO Y SUS PRINCIPALES INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Molestia	Causa	Intervención
Náuseas y/o vómitos	Aumento de concentraciones de hormonas Presión de útero hipertrofiado sobre el estómago	Restringir la ingesta de líquido al levantarse. Ingerir tostadas o galletas saladas. Consumir con frecuencia pequeñas cantidades de alimentos. Abstenerse de tomar alimentos fritos o picantes.
Pirosis	Reflujo gástrico por relajación del esfínter esofágico inferior debido a acción de progesterona y presión del útero hipertrofiado	Abstenerse de tomar alimentos fritos o picantes. Consumir pequeñas cantidades; evitar cantidades excesivas. Evitar recostarse hasta después de 30 minutos tras la comida. Consumir antiácidos sólo con autorización médica.
Estreñimiento	Ralentización de motilidad GI debida a acción	Aumentar cantidad de fibra procedente de frutas y

	<p>de progesterona y presión del útero hipertrofiado</p> <p>Disminución de la actividad física</p> <p>Ingesta insuficiente de fibra y agua en la dieta</p> <p>Complementos enriquecidos en hierro</p>	<p>verduras (pasas, ciruelas, manzanas).</p> <p>Practicar ejercicio a diario (marcha).</p> <p>Aumentar la ingesta de líquido.</p>
Hemorroides	<p>Esfuerzo para defecar</p> <p>Presión del útero hipertrofiado en venas rectales</p>	<p>Evitar el estreñimiento.</p> <p>Utilizar compresas frías.</p> <p>Tomar baños de asiento.</p> <p>Aplicar pomada analgésica tópica.</p>
Venas varicosas	<p>Presión del útero hipertrofiado en venas pélvicas profundas</p> <p>Relajación de paredes de vasos debido a acción de progesterona</p> <p>Inactividad, períodos prolongados de sedestación o bipedestación</p>	<p>Reposar con las piernas elevadas.</p> <p>Evitar prendas ajustadas, piernas cruzadas.</p> <p>Utilizar medias de compresión.</p> <p>Practicar ejercicio a diario (marcha).</p>
Lumbalgia	<p>Relajación de articulaciones pélvicas</p> <p>Lordosis exagerada debida a cambio del centro de gravedad</p> <p>Fatiga</p>	<p>Reposar en decúbito lateral.</p> <p>Utilizar zapato plano.</p> <p>Mejorar la mecánica corporal.</p>

	Mecánica corporal deficiente	
Polaquiuria	Presión del útero hipertrofiado sobre la vejiga Infección del tracto urinario	Orinar con frecuencia. NO restringir la ingesta de líquidos. Informar al médico si aparece algún otro signo de infección urinaria.
Disnea	Disminución de capacidad pulmonar debida a presión del útero hipertrofiado sobre el diafragma	Descansar en decúbito lateral o posición semi-Fowler.
Cambios de humor	Cambios endocrinos Fatiga Dieta inadecuada	Expresar temores e inquietudes. Ingerir una dieta y un volumen de líquidos apropiados. Incluir un número adecuado de períodos de reposo en la rutina diaria.

2.5.- PROMOCIÓN A LA SALUD DURANTE EL CONTROL PRENATAL CON ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EMBARAZADA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

TABAQUISMO Y EMBARAZO

Los efectos del consumo de cigarrillos durante la gestación no se limitan a la madre. El tabaquismo se vincula con bajo peso al nacer. Muchas mujeres que temen un parto difícil piensan en ellas en lugar de hacerlo en el feto. El bajo peso al nacer puede dar lugar a complicaciones potencialmente mortales, como hipotermia, hipoglucemia y muerte neonatal. El tabaquismo durante el embarazo se asocia a otras complicaciones además del bajo peso al nacer. La nicotina produce vasoconstricción, la cual reduce la irrigación sanguínea del útero y la placenta. La mayor tasa de abortos espontáneos en mujeres fumadoras.

PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

La necesidad y el deseo de limitar la fertilidad ha sido un hecho reconocido desde el principio de la historia, basándose en las necesidades individuales y colectivas, han llevado al concepto de planificación familiar como el derecho de los individuos y las parejas a regular su fertilidad, fundamentándose en los derechos humanos, salud y aspectos demográficos.

La planificación familiar tiene una relación directa en la salud de las mujeres y los niños, así como beneficios a la pareja, la familia y la comunidad. Brinda además a hombres y mujeres la posibilidad de elegir libremente y con responsabilidad, el número y el espaciamiento de sus hijos. Las parejas que optan por una familia menos numerosa salen beneficiadas en los aspectos económicos, emocionales y físicos que conlleva el cuidado de los hijos. A su vez, las familias reducidas benefician a la comunidad y contribuyen a disminuir la demanda de servicios sanitarios, educativos y sociales.

El enfoque de los programas de planificación familiar ha cambiado de limitar el número de hijos a optimizar el intervalo entre cada uno de ellos. La recomendación actual es de 3 años entre nacimientos. Este intervalo permite una mayor recuperación de salud de la madre y facilita una mejor atención al niño, permitiendo reducir las tasas de morbilidad materna, neonatal e infantil.

El profesional de enfermería debe interrogar a la paciente acerca del consumo de cigarrillos y la exposición pasiva al humo en el domicilio. Cuando identifique este hábito, deberá informar a la pareja de los riesgos que entraña el consumo de cigarrillos tanto para ellos mismos como para el feto y los demás niños que vivan en la casa. El profesional de enfermería juega un papel

importante para facilitar la información y apoyo para que las mujeres espacien sus embarazos. Es necesario que se socialice esta nueva recomendación, así como aconsejar y apoyar a las mujeres con sus familias para que tomen decisiones más apropiadas para su caso.

PRUEBA INDIRECTA DE COOMBS

La **prueba indirecta de Coombs** se realiza en la semana 28 en mujeres con un Rh negativo. El cambio del valor negativo normal a un valor positivo en este estudio indica la sensibilización de la sangre materna por la sangre fetal con un Rh positivo. En estas pacientes se debe administrar un tratamiento profiláctico con RhIgG con el fin de evitar la destrucción de la sangre fetal por parte de la sangre materna con Rh negativo. Este trastorno, una de las enfermedades hemolíticas que aparecen durante la gestación.

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS

En el embarazo, la hemorragia constituye una complicación potencialmente mortal tanto para la madre como para el feto que debe ser valorada por el médico. Aunque puede producirse en cualquier momento de la gestación, es más frecuente a lo largo del primer y segundo trimestres.

EMBARAZO ECTÓPICO

El **embarazo ectópico** se produce como consecuencia de la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina. La localización más frecuente de un embarazo ectópico es la trompa de Falopio (**embarazo tubárico**). Las trompas de Falopio no se encuentran unidas a los ovarios, por lo que el blastocisto puede unirse al ovario o a cualquier otra estructura intraabdominal. Asimismo, puede desplazarse en el interior del útero e implantarse en el cuello uterino.

2.6.- PROMOCIÓN A LA SALUD DURANTE EL CONTROL PRENATAL CON ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EMBARAZADA EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

Es recomendable que el control prenatal considere:

- Promoción de la salud y prevención de enfermedades

- Seguimiento y tratamiento de enfermedades existentes.
- Detección y tratamiento oportuno de patologías
- Preparación al parto y los preparativos en caso de posibles complicaciones

Se recomiendan dosis altas de ácido fólico (5 mg/día) en casos de:

- Embarazo previo con feto y defecto de tubo neural
- Miembros de la familia con defecto de tubo neural

Es recomendable proporcionar información a la mujer con embarazo y su pareja sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma y, en caso de presentarlos, debe acudir inmediatamente a un hospital o centro de salud más cercano, como son los siguientes:

- Fuerte dolor de cabeza
- Zumbido en el oído
- Visión borrosa con puntos de lucecitas
- Náuseas y vómitos frecuentes
- Disminución o ausencia de movimientos fetales por más de 2 horas, después de la semana 28
- Disminución o ausencia de movimientos fetales por más de dos horas en embarazo mayor de 28 semanas
- Palidez marcada
- Edema de pies, manos o cara
- Pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales aumentar más de dos kilos por semana,
- Fiebre
- Contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas.
- Dolor abdominal persistente (en el bajo vientre) de cualquier intensidad
- Dificultad para respirar
- Aumento en el número de micciones y molestia al orinar
- Convulsiones

2.7.- SIGNOS DE ALARMA OBSTÉTRICA

La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles del desarrollo de una nación, dado los niveles elevados en éste, evidencian inequidad, falta de acceso y deficiente calidad de la atención obstétrica. En nuestro país persiste como un grave problema sanitario y constituye un reto enorme para el Sistema de Salud Pública.¹⁻⁴ Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015, murieron alrededor de 303 mil mujeres en el mundo por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. La mayor parte de estas muertes, se presentó en países con bajos ingresos económicos y la mayoría de estas defunciones pudieron haberse evitado.

TRIAJE OBSTETRICO

Propósitos del Triage

- Identifica rápidamente a las usuarias en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación.
- Asegura la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica de la usuaria.
- Asegura la reevaluación periódica de las usuarias que no presentan condiciones de riesgo vital.
- Determina el área más adecuada para tratar una paciente que se presenta en el servicio de urgencias.
- Disminuye la saturación del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio. Proporciona información que ayuda a definir la complejidad del servicio

Clasificación: La clasificación se basa en un sistema de puntuación, que consiste en métodos sencillos y prácticos de la utilización de mediciones fisiológicas de rutina para identificar a las usuarias en riesgo. ³⁶ este sistema facilita la asistencia oportuna a todas las usuarias, una vez identificadas, por aquellas/os que poseen habilidades apropiadas, conocimientos y experiencia.³⁷

Elementos para la evaluación:

- I) Observación de la usuaria.

2) Interrogatorio.

3) Signos vitales

1.- CODIGO ROJO o (emergencia)

Observación La paciente se encuentra somnolienta, estuporosa o con pérdida de la consciencia, con datos visibles de hemorragia, con crisis convulsivas en el momento de la llegada, respiración alterada o cianosis.

Interrogatorio Antecedente reciente de convulsiones, pérdida de la visión, sangrado transvaginal abundante, cefalea pulsátil, amaurosis, epigastralgia, acúfenos, fosfenos.

Signos vitales Con cambios graves en sus cifras: P En caso de hipertensión la tensión arterial igual o mayor a 160/110 mm Hg, en caso de hipotensión la tensión arterial igual o menor a 89/50 mm Hg, correlacionar con la frecuencia cardiaca. P Índice de choque > 0.8. Frecuencia cardiaca entre la tensión arterial sistólica. P Frecuencia cardiaca, menor de 45 o mayor de 125 latidos por minuto (lpm), siempre correlacionar con cifras de tensión arterial. P Temperatura mayor a 39°C, o menor a 35°C. P La frecuencia respiratoria se encuentra por debajo de 16 o por arriba de 20 respiraciones por minuto.

2.-CÓDIGO AMARILLO (URGENCIA CALIFICADA)

Observación: La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada, no existen alteraciones en la ventilación, existe palidez, puede estar ansiosa por su condición clínica.

Interrogatorio: Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina regular, expulsión de líquido transvaginal, puede referir hipomotilidad fetal, responde positivamente a uno o varios datos de alarma de los siguientes: sangrado transvaginal escaso/moderado, cefalea no pulsátil, fiebre no cuantificada.

Signos vitales: Cambios leves en sus cifras: P Tensión arterial está entre 159/109 mm Hg y 140/90 mm Hg, en caso de hipotensión, la tensión arterial está entre 90/51 y 99/59 mm Hg, correlacionar con frecuencia cardiaca. P Frecuencia cardiaca, con mínima entre 50-60 y máxima entre 80-100 latidos por minuto, siempre correlacionar con cifras de tensión arterial.

P Índice de Choque (0.7 a 0.8). Frecuencia cardíaca entre la tensión arterial sistólica. P Temperatura de 37.5 o C a 38.9o C.

3. CÓDIGO VERDE (URGENCIA NO CALIFICADA)

Elementos Criterios de valoración

Observación La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada. No existen alteraciones en la ventilación. No existe coloración cianótica de la piel. No existen datos visibles de alarma obstétrica grave.

Interrogatorio

Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina irregular, expulsión de moco, con producto con edad gestacional referida de término o cercana al término, motilidad fetal normal. Responde negativamente interrogatorio a datos de alarma obstétrica. Signos vitales Se encuentran dentro de la normalidad, no existen datos de hipertensión, hipotensión, taquicardia, fiebre.

Referencia bibliográfica: TriageObstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica Lineamiento Técnico 2016 Secretaría de Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Homero Núm. 213, 7o piso Col. Chapultepec Morales Delegación Miguel Hidalgo C. P. 11570, Ciudad de México.

2.8 PRINCIPALES PATOLOGÍAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

Complicaciones Hemorrágicas

En el embarazo, la hemorragia constituye una complicación potencialmente mortal tanto para la madre como para el feto que debe ser valorada por el médico. Aunque puede producirse en cualquier momento de la gestación, es más frecuente a lo largo del primer y segundo trimestres.

Menstruación

La menstruación puede haber tenido lugar con anterioridad a la concepción. Tras la implantación del blastocisto, es posible que la concentración de GCh no sea aún suficiente para impedir la degradación del cuerpo lúteo. La disminución de las concentraciones de progesterona o la ausencia de su aumento puede dar lugar a una hemorragia menstrual, lo que provocaría el desprendimiento del blastocisto y la finalización de la gestación antes de que la paciente supiera que se encontraba embarazada. No obstante, el blastocito podría mantenerse unido al endometrio y el embarazo proseguiría su curso.

Aborto espontáneo

para identificar la interrupción natural de la gestación. En algunos grupos culturales se usa el término aborto para señalar ambas modalidades. El profesional de enfermería debe interrogar a la paciente sin enjuiciarla con el fin de determinar la causa del aborto. La incidencia del aborto espontáneo es mayor durante el primer trimestre y se clasifica del siguiente modo:

- *Amenaza de aborto.* Hemorragia y calambres con un cuello uterino cerrado y membranas intactas.
- *Inevitable.* Hemorragia y calambres con un cuello uterino que comienza a dilatarse. Puede acompañarse, o no, de rotura de membranas.

endometrio y el embarazo proseguiría su curso.

EMBARAZO ECTÓPICO

El **embarazo ectópico** se produce como consecuencia de la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina. La localización más frecuente de un embarazo ectópico es la trompa de Falopio (**embarazo tubárico**). Las trompas de Falopio no se encuentran unidas a los ovarios, por lo que el blastocisto puede unirse al ovario o a cualquier otra estructura intraabdominal. Asimismo, puede desplazarse en el interior del útero e implantarse en el cuello uterino. El embrión ocasiona daños al órgano conforme progresa su desarrollo.

Manifestaciones.

El embarazo ectópico puede acompañarse de los síntomas habituales de las etapas iniciales de la gestación normal. Puede producirse ligero aumento de tamaño del útero, Por lo general, se observa *dolor con la palpación de los anejos* (sensibilidad en la región circundante al lugar de implantación) y puede palparse una masa. La sintomatología puede ser inespecífica, como náuseas, vómitos, diarrea y sensación abdominal de saciedad. Las mujeres con una hemorragia interna presentan dolor difuso o unilateral en la región inferior del abdomen, desmayos o mareos. La acumulación de sangre bajo el diafragma puede originar dolor irradiado al hombro. La paciente puede presentar rigidez abdominal que provocaría un dolor muy intenso en el transcurso de la exploración abdominal. Las hemorragias muy profusas pueden provocar síntomas característicos del choque hipovolémico, como hipotensión y piel pálida, fría y pegajosa.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en los antecedentes menstruales y unos resultados analíticos de concentraciones bajas de GCh, hemoglobina y hematocrito y un aumento de la fórmula leucocítica. Se realiza una exploración minuciosa para detectar la presencia de masas pélvicas y dolor. La visualización de un embarazo intrauterino en el estudio ecográfico elimina casi por completo la posibilidad de un embarazo ectópico. Se puede utilizar la laparoscopia cuando resulte imposible identificar el embarazo ectópico en las restantes pruebas.

Tratamiento

El embarazo tubárico puede provocar la rotura de la trompa de Falopio con hemorragia abdominal, una hemorragia vaginal leve y choque. Se debe realizar una intervención quirúrgica de inmediato para detener la hemorragia y salvar la vida de la paciente. El embrión no suele sobrevivir en la mayoría de los embarazos ectópicos. En ocasiones, el diagnóstico del embarazo ectópico se formula con anterioridad a la rotura de la trompa de Falopio u otras estructuras por el embrión en desarrollo. En este caso, el tratamiento consiste en la administración de metotrexato. Este fármaco interfiere en la síntesis y el metabolismo del ADN, de modo que se interrumpe el crecimiento embrionario. Normalmente, el embrión se desprende de manera espontánea de los tejidos maternos y se expulsa, aunque en algunos casos es preciso llevar a cabo una resección quirúrgica del tejido embrionario.

MOLA HIDATÍDICA

La **mola hidatídica** (también conocida como *enfermedad trofoblástica gestacional* o *embarazo molar*) es una entidad infrecuente caracterizada por el crecimiento anómalo del tejido coriónico para crear sacos (*vesículas*) que remedan gotas de agua. Este trastorno es más frecuente hacia el final de la vida reproductiva de la mujer. En las mujeres mayores no tratadas, presenta una asociación significativa con el cáncer (coriocarcinoma). El tejido de la mola hidatídica prolifera en el interior del útero. Puede hacerlo en ausencia de feto alguno (*mola completa*) o bien acompañada de un feto portador de anomalías cromosómicas (*mola parcial*).

Manifestaciones

Puede cursar con hemorragia vaginal (de color amarronado o rojo brillante). Se pueden expulsar algunas vesículas. A menudo, la velocidad de crecimiento del útero es mayor de lo normal y las concentraciones de GCh superan los valores normales. La embarazada puede presentar hiperémesis.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico se confirma mediante ecografía. El tratamiento se basa en la evacuación al vacío y el legrado del útero. Se recomienda la histerectomía en las mujeres que no deseen tener más hijos. Se debe efectuar un seguimiento a 1 año para descartar el desarrollo de coriocarcinoma o metástasis. Los embarazos posteriores.

2.9.- PRINCIPALES PATOLOGÍAS EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

PLACENTA PREVIA

Se debe a la implantación del blastocisto en la porción inferior del útero, de modo que la placenta recubre total o parcialmente el orificio interno del cuello

uterino. Se conocen tres modalidades de placenta previa

- *Marginal o inferior.* La placenta se encuentra en las proximidades del orificio interno del cuello uterino sin llegar a recubrirlo.
- *Parcial.* La placenta recubre parcialmente el orificio interno del cuello uterino.
- *Total o completa.* La placenta recubre totalmente el orificio interno del cuello uterino.

Desprendimiento de Placenta

Es la separación prematura de la placenta, puede tener lugar en la fase final del embarazo o bien en el transcurso del parto. No se conoce cuál es su etiología, si bien se han identificado algunos factores, como la hipertensión materna, el embarazo múltiple, el tabaquismo, el consumo de alcohol y otras sustancias, el traumatismo uterino y el embarazo postérmino.

Trastornos de hipertensión

A lo largo del embarazo pueden aparecer diversos trastornos de hipertensión su clasificación:

- Hipertensión crónica
- Hipertensión gestacional (conocida anteriormente como hipertensión inducida por el embarazo o HIE)
- Preeclampsia
- Eclampsia
- Preeclampsia superimpuesta a hipertensión crónica

Hipertensión gestacional Es un trastorno transitorio que se distingue por el aumento de la presión arterial $\geq 140/90$. La hipertensión debuta por primera vez a lo largo de la gestación. No se acompaña de proteinuria. La presión arterial ha retomado sus valores normales en la semana 12 del puerperio.

Preeclampsia y eclampsia Conocida anteriormente como *toxemia*, es un trastorno complejo y frecuente que aparece a partir de la semana 20 del embarazo. Su prevalencia es mayor en primigrávidas menores de 20 años o mayores de 35 con una nutrición adecuada. El riesgo de preeclampsia se incrementa en presencia de hipertensión crónica, diabetes y embarazo múltiple (más de un feto). El único tratamiento curativo consiste en el nacimiento

del feto. Esta complicación del embarazo abarca desde la preeclampsia leve a la preeclampsia y la eclampsia graves en función de la gravedad de los síntomas. Se desconoce su etiología, aunque se ha determinado que proviene de la placenta.

UNIDAD III CONTRIBUYE EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA EMBARAZADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES.

Objetivo: El alumno aprenderá a valorar, proporcionar atención continua y establecer prioridades en un plan de manejo para evitar complicaciones a la madre y al futuro recién nacido.

3.1.- PARTO

En una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas **que** gradualmente hacen descender al feto por el cérvix (cuello del útero) y la vagina (canal del **parto**) hacia el exterior.

Las contracciones comienzan a lo largo de las 24 horas siguientes a la rotura espontánea de membranas previa al parto en la mayoría de las pacientes. Se puede realizar una inducción del parto con el fin de evitar infecciones en cualquiera de los siguientes casos:

- Si el parto no comenzara a lo largo de las 24 horas siguientes a la rotura de membranas.
- El embarazo se encontrará cerca de su término.

INTERVENCIONES

Preparar a la paciente para una exploración vaginal *estéril* con espéculo y explicar el procedimiento

Preparar a la paciente para una ecografía uterina.

Signos vitales maternos

- Pruebas de glucosuria y proteinuria con tira reactiva
- Frecuencia cardíaca fetal

- Contracción (frecuencia, duración e intensidad)
- Exploración vaginal encaminada a determinar el grado de borramiento y la dilatación del cuello del útero, así como la presentación, la posición y la estación del feto (generalmente, este procedimiento corre a cargo del profesional de enfermería o el médico).

Mecánica del parto

El trabajo de parto y parto no son procesos pasivos, en los que las contracciones uterinas empujan un objeto rígido, a través de una apertura fija. tres variables:

I. Fuerzas

Hacen referencia a las fuerzas generadas por la musculatura uterina durante la contracción. Las características que describen la contracción son: frecuencia, intensidad y duración.

La actividad uterina puede determinarse por observación de la madre y palpación del fondo uterino en abdomen o mediante toco dinamometría externa o medición directa de la presión intrauterina (manometría interna o transductores de presión).

A pesar de los avances tecnológicos, no están claros los criterios para considerar adecuada una determinada actividad uterina durante el parto. Clásicamente se ha considerado una dinámica adecuada la presencia de entre 3 y 5 contracciones en 10 minutos, que se produce en el 95 % de los partos espontáneos a término.

2. Pasajero

El pasajero es el feto. Las variables que pueden influir en el curso del parto y el expulsivo, son:

A. Tamaño fetal.

B. Situación: eje longitudinal del feto en relación con el eje longitudinal del útero. La situación puede ser; longitudinal, transversa u oblicua.

En la gestación única, el parto vaginal sólo debe considerarse en las situaciones longitudinales.

C. Presentación: parte del feto que contacta con el estrecho superior de la pelvis. En un feto en situación longitudinal la presentación puede ser; cefálica, de nalgas o de hombro.

D. Actitud: posición de la cabeza con respecto a la columna fetal (grado de flexión o extensión de la cabeza). Cuando la barbilla fetal está bien flexionada sobre el tórax, el diámetro suboccipitobregmático (9,5 cm) es el que se presenta en la entrada de la pelvis, es el más pequeño posible en la presentación cefálica.

Variables que influyen en el parto

A pesar de ser muy numerosas, las variables que influyen en el parto pueden agruparse para facilitar su descripción. Estas variables, que reciben el nombre de «**las 5 pes que influyen en el parto**», engloban diversas características tanto de la madre como del feto. Las cinco pes son: paso, pasajero, potencias, posición y psique.

PASO

La primera P, el **paso**, comprende las estructuras maternas que ha de atravesar el feto. El tamaño y la morfología pélvicos muestran una amplia variabilidad en distintas mujeres, no obstante, la estructura de la pelvis ha de permitir la salida del feto.

Hacia el final de la gestación, el médico mide las dimensiones de la pelvis con el fin de determinar su adecuación, se ilustran las referencias anatómicas de la pelvis materna.) En la **desproporción cefalopélvica (DCP)**, el tamaño de la pelvis materna es menor que el de la cabeza fetal. En estas pacientes no puede tener lugar un parto por vía vaginal, de modo que se realizará por medio de una cesárea. En el capítulo 15 se comenta con mayor detalle la DCP y el parto por cesárea.

El médico comenzará a monitorizar al feto conforme se aproxime la fecha prevista de parto. El término **estación** se refiere a la relación existente entre el feto y las espinas ciáticas maternas. Cuando el feto alcanza la estación 0, se considera que el encajamiento de su cabeza es completo.

Las contracciones uterinas empujan al feto contra el cuello uterino, de manera que el orificio interno del cuello uterino ha de ensancharse para permitir el paso del feto en la vagina. En la etapa final del embarazo, las arrugas (o pliegues) de la vagina se han ablandado por acción del

estrógeno, de tal modo que puede distenderse para acomodar al feto conforme atraviesa esta cavidad.

Relación existente las partes del cuerpo del feto la pelvis y el útero maternos

Es preciso explicar tres conceptos clave para comprender la relación existente entre las partes del cuerpo del feto y el útero y la pelvis maternos, a saber, la actitud fetal, la situación fetal y la presentación fetal.

ACTITUD FETAL. La **actitud fetal** es la relación mutua entre las distintas partes del organismo fetal. En teoría, el feto adopta un estado flexionado en el que la cabeza se flexiona hacia el tórax, los brazos se flexionan sobre este y las piernas lo hacen sobre el abdomen. El parto resultará más laborioso si cualquier parte del feto se encontrara extendida y en algunos casos el parto vaginal podría resultar imposible.

SITUACIÓN FETAL. La **situación fetal** es la relación existente entre el eje longitudinal (eje cabeza-pie o eje *cefalocaudal*) del feto y el eje longitudinal de la madre. Cuando el eje longitudinal del feto es paralelo al de la madre, se dice que el feto se encuentra en *situación longitudinal*. Si el eje longitudinal del feto se encuentra en un ángulo recto respecto al eje longitudinal de la madre, se

considera que se encuentra en **situación transversal**. No cabe duda que el parto de un feto en situación transversal entrañará una mayor dificultad que aquel en el que se encuentre alineado con la madre. El parto vaginal resultaría imposible si el feto no adoptara de nuevo una situación longitudinal.

PRESENTACIÓN FETAL. La **presentación fetal**, la parte del feto más cercana al cuello uterino, depende de la situación fetal. Al término de la gestación, el feto suele adoptar una situación longitudinal con una **presentación cefálica** (posición cabeza abajo). Esta posición es más frecuente debido al peso de la cabeza, que se desplaza hacia la pelvis por acción de la fuerza de la gravedad. Cuando su cabeza se encuentra en la pelvis, el feto dispone de más espacio en el útero para mover sus extremidades. Las presentaciones cefálicas se dividen en las siguientes con arreglo a la actitud fetal:

Presentación en vértice, en la que el **occipucio** (corona de la cabeza) se presenta en primer lugar. La cabeza fetal se encuentra en flexión completa.

Presentación de nalgas completa. Las caderas y las rodillas están flexionadas sobre el abdomen. Las nalgas están más cerca del canal del parto.

Presentación de nalgas franca. Las caderas están flexionadas y las rodillas están extendidas, quedando los pies próximos a la cabeza. Las nalgas se presentan en primer lugar.

POSICIÓN FETAL. La **posición fetal** se refiere a la relación de la parte que se presenta respecto a los cuatro cuadrantes de la pelvis materna. Se identifican los puntos anatómicos fetales de referencia en los cuadrantes izquierdo o derecho, anterior o posterior de la pelvis de la madre. Se suelen utilizar abreviaturas para indicar la posición fetal. La primera letra se refiere a la derecha o la izquierda de la madre. La segunda letra refleja el punto anatómico fetal de referencia. La tercera letra indica el cuadrante anterior o posterior de la madre.

Las posiciones ideales para un parto por vía vaginal son la occipitoanterior derecha (OAD) y la occipitoanterior izquierda (OAI), se describen y representan las presentaciones fetales más frecuentes.

Tamaño fetal

La cabeza constituye la parte más grande del feto. Los huesos que integran el cráneo fetal no están fusionados, sino que se unen por medio de un tejido conjuntivo fibroso denominado **suturas**. Unos espacios amplios, conocidos como **fontanelas**, evitan cualquier presión excesiva para el cerebro. Se representa la posición de las fontanelas y las suturas con relación a la posición del feto en el canal del parto. En la presentación cefálica, los huesos craneales se solapan entre sí para reducir el diámetro cefálico conforme la cabeza fetal va atravesando la pelvis materna. Esta adaptación de la morfología de la cabeza fetal para adaptarse a la de la pelvis materna recibe el nombre de **moldeado**. En la presentación de nalgas, la cabeza fetal ha de introducirse en primer lugar en el cuello de la pelvis. Esta dirección de movimiento evita la presión sobre la porción superior de la cabeza fetal, por lo que no ocurre el moldeado. El tamaño de la cabeza fetal podría impedir su paso a través de la pelvis materna, en cuyo caso el pronóstico sería desfavorable.

Estadios del parto

El parto es un proceso continuo, pero para facilitar su estudio y organizar su manejo clínico, se ha dividido en tres estadios.

I. Primer estadio. Dilatación

Intervalo entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa. Subdividido por Friedman en tres fases:

A. Fase latente: se caracteriza por el borramiento del cuello uterino. Finaliza cuando la dilatación es de 2 cm. Tiene una duración de unas 8 horas en primíparas y 5 horas en multíparas.

B. Fase activa: empieza a los 2-3 cm de dilatación, con dinámica regular y acaba, al llegar a dilatación completa. La velocidad de dilatación es de 1 cm/hora en primíparas y 1,2 cm/hora en las multíparas. Fase de máxima pendiente de 4-9 cm, velocidad de 3 cm/hora en primíparas y 5-6 cm en multíparas.

C. Fase de descenso: coincide con el segundo estadio del parto.

Con el tacto vaginal, el tiempo de parto puede ser estimado con más precisión:

Dilatación cervical	Primípara	Secundípara	Multípara
5 cm	4 horas	3 horas	1 hora 30 min
7 cm	2 horas	1 hora	30 min
9 cm	1 hora	30 minutos	Algunos min

a. Borramiento y dilatación del cuello.

Por acción de las contracciones, se reduce la longitud del canal endocervical. Cuando el proceso se ha completado, se dice que el cuello está borrado. En la primigesta, el cuello se borra antes de iniciar la dilatación y en la multípara son procesos simultáneos.

El cuello contiene pocas fibras musculares, su dilatación es la resultante de dos fuerzas; la primera, ejercida por el acortamiento de la fibra muscular del cuerpo uterino, que se apoya para contraerse en las fibras musculares del segmento inferior y en el tejido conjuntivo que forma el cuello, y la segunda, por la compresión que ejerce la bolsa de las aguas o la presentación fetal sobre el orificio cervical.

b. Formación del segmento inferior.

El útero gestante a término, presenta dos partes: la superior, de paredes gruesas, musculosas, son el motor del parto y la inferior, delgada, que sirve de canal por donde desciende el feto.

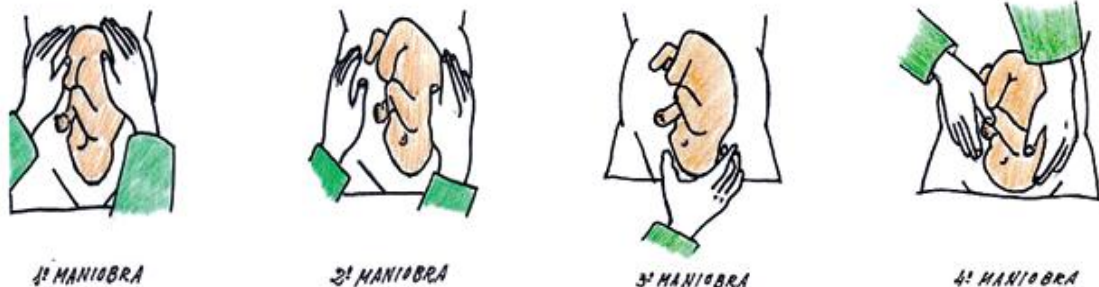
El segmento inferior corresponde a la porción ístmica del útero no gestante, unión entre el cuerpo y cuello, formando un relieve fácilmente palpable: anillo de Bandl. Durante las contracciones se va ampliando y completa su formación durante el período de dilatación. Su formación es consecuencia de la mayor potencia contráctil de las fibras musculares del cuerpo uterino, al relajarse después de cada contracción lo hacen acortando su longitud a expensas de las fibras del istmo que se alargan.

c. Diagnóstico de parto.

Se considera que el parto se ha iniciado cuando:

- El cérvix está centrado en la pelvis, está borrado más del 50 % y tiene más de 2 cm de dilatación.
- La actividad uterina es regular, se producen al menos 2 contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos.

Se realizan las Maniobras de Leopold.



Objetivos de las Maniobras de Leopold:

- Identificar la posición del feto en la cavidad uterina.
- Conocer la variedad de presentación y altitud uterina.
- Conocer el grado de encajamiento.

Las maniobras de Leopold determinan:

- Situación (relación entre el eje longitudinal del feto respecto al de la madre): longitudinal, trasversal y oblicua.
- Posición (relación del dorso fetal con respecto a la pared uterina): dorso derecho, izquierdo, anterior o posterior.
- Presentación: cefálica o podálica.
- Actitud: la flexión es la actitud normal.

3.2.- CUIDADOS DURANTE EL PARTO

El profesional de enfermería ayuda a la parturienta a adoptar una posición en decúbito lateral para favorecer la eficacia de las contracciones y minimizar las molestias. Aplicar medidas encaminadas a potenciar la comodidad, como la aplicación de un masaje en la región sacra de la parturienta. El método de relajación y respiración más profundo y sacar lentamente con los labios fruncidos el cual reduce de manera eficaz el temor y el dolor. Al principio de cada contracción, la mujer efectúa una inhalación profunda a través de la nariz y

exhala a través de la boca. Ha de controlar su respiración por medio de alguno de los siguientes patrones de respiración rítmica.

Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal y valoración de la dinámica uterina, con un registro externo. Registro cardiotocográfico, si el patrón es reactivo será suficiente con un registro de 30 minutos aproximadamente.

- Verificar las analíticas previas y realizar, si fuera necesario, las pruebas que correspondan (grupo y Rh, coagulación, serología, etc.).

Mediante la exploración vaginal y la valoración de la dinámica uterina, se determinará en qué fase del parto se encuentra la gestante:

Signos y síntomas	Periodo del parto	fase
<i>Cuello uterino no dilatado</i>	<i>Falso trabajo de parto</i>	<i>Pródromos</i>
<i>Cuello uterino dilatado < 4 cm</i>	<i>Primer período</i>	<i>Latente</i>
<i>Cuello uterino dilatado 4-9 cm Tasa de dilatación característica 1 cm / hora Comienzo del descenso fetal</i>	<i>Primer período</i>	<i>Activa</i>
<i>Cuello uterino dilatado totalmente (10 cm) Continúa el descenso fetal No hay deseos de empujar</i>	<i>Segundo período</i>	<i>Temprana (No expulsiva)</i>
<i>Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm) La parte fetal que presenta llega al piso de la pelvis La mujer tiene deseos de empujar</i>	<i>Segundo período</i>	<i>Avanzada (Expulsiva)</i>

Asistencia en la Fase de Pródromos.

- Se informará a la gestante y familia de las características de la fase del parto en la que se encuentra, para que esté lo más tranquila y relajada posible. La información debe ser clara, concisa y suficiente. Ser respetuosos, con actitud empática y tranquilizadora.
- Motivaremos a la gestante para que deambule, que realice movimientos pélvicos de rotación y balanceo y que si lo desea descanse.
- Facilitar un ambiente tranquilo, con luz tenue, música relajante, sin mucha gente alrededor.
 - Se aconsejarán duchas de agua caliente o baños, como alivio del dolor.

Se recomendará a la mujer que utilice las técnicas de respiración y relajación, aprendidas en la educación maternal. En caso de no haber acudido a estas sesiones, se le aconsejará respirar de forma profunda y tranquila (respiraciones abdominales con una inspiración profunda y una espiración lenta) y mantener posturas relajadas y cómodas entre las contracciones.

Se enseñará a su pareja o familia a masajear la espalda, especialmente la zona lumbar, utilizando paños calientes y aceites.

3.3.- DILATACIÓN PRIMERA ETAPA DEL PARTO

La **fase latente** del primer estadio del parto comprende desde el inicio de las contracciones hasta una dilatación del cuello del útero de 4 cm Las contracciones se producen cada 10 a 15 minutos y su frecuencia aumenta de manera paulatina hasta situarse en una contracción cada 5 minutos. (Puede revisar el patrón de las contracciones durante el parto en la figura 14-13.) La duración de cada contracción abarca de 30 a 40 segundos y su intensidad oscila de leve a moderada. En la fase latente, la paciente percibe las contracciones, pero se siente más o menos cómoda. Se muestra ilusionada ante el comienzo del parto y, a menudo, siente cierta ansiedad ante lo que se le avecina. Si no se hubiera producido aún la rotura de membranas, se le recomendará que camine tratando de evitar cansarse. en lo relativo a las técnicas de relajación. Generalmente, la fase de latencia tiene una duración de 8 a 10 horas en el primer embarazo, mientras que en los siguientes suele durar alrededor de 5 horas.

3.4.- SEGUNDA ETAPA DEL PARTO

Fase activa

La **fase activa** del primer estadio del parto comienza cuando la dilatación del cuello del útero alcanza 4 cm y concluye con una dilatación de 8 cm. Las contracciones se suceden cada 3 a 5 minutos, tienen una duración de 60 a 90 segundos y una intensidad moderada a fuerte. La paciente percibe un aumento de las molestias conforme va descendiendo el feto en la pelvis debido a la distensión de diversos músculos y ligamentos. A lo largo de esta fase, la mujer trata de adoptar una postura que le ayude a aliviar las molestias. Algunas pacientes necesitan ayuda para hacerlo. La parturienta se centra en las técnicas de relajación y respiración. La duración media de la fase activa del parto es de 4 a 6 horas en las primigrávidas y de 3 a 4 horas en las multíparas. Una vez se confirme que la gestante está en fase activa del parto: dinámica uterina regular (> de 2 contracciones en 10 minutos), borramiento cervical >50 % y una dilatación cervical de 3-4 cm.

Explicar los diferentes tipos de parto (parto de baja intervención o parto dirigido con/sin anestesia epidural).

Tomada la decisión de optar por un parto de baja intervención, la matrona comentará con la mujer y su pareja su plan de parto, intentando respetar, siempre que sea posible, los deseos de la mujer.

- La paciente podrá estar acompañada en todo momento por la persona que ella elija.
- Se debe facilitar a la parturienta adoptar la posición que le reporte un mayor confort (sentada, acostada, deambulando, etc). Si la mujer está en posición vertical padece menos dolor y se acorta el tiempo de la fase de dilatación.
- No se administrará enema de limpieza de forma rutinaria, a no ser que sea deseo expreso de la mujer.

No restringir la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto (agua, té, zumos...). Se deben evitar los lácteos y los alimentos sólidos, permitiendo ingerir comidas ligeras si le apetece.

Favorecer la micción espontánea ya que una vejiga llena es incómoda, aumenta el dolor, puede disminuir la efectividad uterina e impedir el descenso de la cabeza. El sondaje vesical sólo se practicará si fuera necesario.

- Se mantendrá un estado satisfactorio de higiene y confort de la mujer mediante una posición cómoda, lavados perineales, cambio de sábanas, empapadores, etc. Se animará a tomar un baño o ducha si le apetece.
- Valorar la canalización de una vía intravenosa: la prudencia aconseja tener una vía canalizada y salinizada, sin embargo, en las gestantes que desean un parto no intervenido, podría obviarse la canalización de una vía venosa. Informar a la mujer que en determinadas circunstancias y en caso de necesidad será necesario administrar algunos medicamentos o realizar profilaxis antibiótica, pero siempre se informará previamente.
- Toma de constantes cada 2 horas (TA, pulso y temperatura).
- Control fetal: con monitorización cardiotocográfica (continua o intermitente) o con auscultación fetal intermitente cada 15 minutos, durante 60 segundos después de una contracción (la FCF se tomará durante un minuto completo). Se debe realizar monitorización continua en aquellos casos en los que aparezcan datos de alarma (líquido teñido, fiebre intraparto, alteración de la FCF, etc) o la situación clínica así lo aconseje (analgesia epidural, estimulación con oxitocina, etc.).

En los partos intervenidos, monitorización fetal continua. Ante variaciones de la FCF que supongan una situación de riesgo del bienestar fetal, si las condiciones lo permiten, se recomienda la realización de otros estudios que nos aporten más información sobre el estado fetal.

- Tactos vaginales: Si el parto evoluciona normal, se practica un tacto vaginal c/2-4 horas en la fase activa. Se valora: posición, consistencia, longitud y dilatación cervical, el estado de la bolsa de las aguas y la presentación, posición, actitud y plano de Hodge. Las exploraciones vaginales han de ser las mínimas para evitar las infecciones intraamnióticas. El lavado del perineo con una solución antiséptica y el uso de lubricantes estériles pueden disminuir la contaminación.

Se practicará un tacto vaginal tras la amniorrexis (rotura espontánea de la bolsa de las aguas), antes de la administración de la analgesia epidural, tras la aparición de un registro patológico sin causa aparente o cuando la paciente exprese deseo de realizar pujos.

Previa a la exploración vaginal, se le explicará a la mujer el procedimiento solicitando su permiso.

- Dinámica uterina: se considera eficaz la que permite la progresión del parto sin efectos adversos para la madre o el feto. Podrá ser manual y/o mediante registro externo.

El uso de oxitocina se limitará a los casos de necesidad. Si se utiliza, la monitorización del parto debe ser continua. Se utilizará en bomba de perfusión.

- No se debe realizar amniotomía (romper la bolsa de las aguas) de rutina.

3.5.- TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO

Fase de transición

La fase de transición del primer estadio del parto se define como el período durante el cual la dilatación del cuello del útero pasa de 8 a 10 cm. Las contracciones son intensas, aparecen cada 3 a 5 minutos y duran alrededor de 90 segundos. (Puede revisar el patrón de las contracciones durante el parto, la mujer percibe un deseo muy intenso de empujar a medida que el feto se encaja en la pelvis y se desencadena el reflejo de Ferguson. Es posible que sea preciso recordarle que debe aplicar técnicas de relajación y respiración. Como se ha mencionado anteriormente, la paciente no debe empujar de forma activa hasta que haya finalizado la dilatación del cuello uterino, ya que podría sufrir algún desgarro si lo hiciera en una fase temprana. La fase de transición se caracteriza por algunas conductas. La parturienta suele mostrarse inquieta, irritable y, a veces, enojada. Puede expresarse con frases similares a «¡No lo soporto!» o «¡No me toques!». El profesional de enfermería debe explicar al acompañante que esta conducta forma parte del proceso del parto. La duración media de la fase de transición del primer estadio del parto es de 1 a 2 horas.

La amniotomía se define como la rotura artificial de las membranas. Este procedimiento puede aplicarse cuando la dilatación del cuello del útero ha alcanzado 2 cm para permitir la inserción del gancho amniótico a través del orificio del cuello uterino. La necesidad de efectuar una amniotomía puede deberse a alguno de los siguientes motivos: Estimulación del comienzo del parto.

- Acortamiento de la duración del parto.
- Acceso al feto para aplicar un electrodo de monitorización

cardíaca interna. Este procedimiento se asocia a algunos inconvenientes. En primer lugar, puede producirse una infección a raíz de la exposición fetal a microorganismos vaginales y uterinos. En segundo lugar, incrementa el riesgo de prociencia del cordón umbilical. Por último, puede potenciar el moldeado debido a la menor protección de la cabeza fetal frente a las contracciones debido a la ausencia del líquido amniótico.

Apoyo durante el parto: el temor a lo desconocido potencia el dolor. Una mujer que no teme y tiene confianza en el personal por lo general requiere menores cantidades de analgesia. El dolor puede aminorarse enseñando a la embarazada respiración relajada, y a sus acompañantes técnicas de apoyo psicológico. El apoyo continuo de la parturienta debe ser considerado como efectivo en el alivio del dolor, sobre todo si el acompañante no es personal del hospital.

3.6.- RECIÉN NACIDO.

Segundo estadio del parto nacimiento:

El **segundo estadio del parto** se inicia al completarse la dilatación del cuello del útero y concluye con el nacimiento del lactante. Las contracciones se producen cada 2 a 3 minutos y duran entre 60 y 90 segundos. La mujer debe utilizar su musculatura abdominal para empujar en sentido descendente y de manera activa durante cada contracción. Esta etapa puede prolongarse durante 1 a 3 horas en las mujeres primigrávidas, mientras que en las multíparas suele requerir entre 15 y 30 minutos. El tejido perineal se adelgaza y distiende a medida que la cabeza fetal ejerce una presión contra el perineo y la madre empuja. Los labios se abren.

Se puede visualizar la cabeza fetal entre dos contracciones consecutivas. De manera gradual se logra visualizar una porción más extensa de la cabeza fetal. Se dice que ha tenido lugar el **coronamiento** cuando la parte más grande de la cabeza fetal ha atravesado la vulva y puede visualizarse entre dos contracciones sucesivas. El feto habrá nacido después de unos cuantos empujones más.

Conducta Obstétrica.

La asistencia al expulsivo debe ser realizada con las máximas condiciones de asepsia y antisepsia.

- El periné debe desinfectarse con un antiséptico tópico.
- Se ha de crear un campo estéril mediante la colocación de tallas estériles.
- Dar la opción que adopte la posición que desee durante el expulsivo, siempre que se respeten los principios de calidad asistencial y control del estado fetal. Las diferentes posturas son: de pie, cuclillas, silla de parto, cuatro apoyos (cuadrupedia), decúbito lateral, semisentada y litotomía.
- No se realizará el rasurado del periné de forma rutinaria.
- La práctica de la episiotomía ha de ser restrictiva.
- No se debe restringir la ingesta de líquidos.
- Informar a la mujer sobre la evolución del parto.
- Favorecer la micción espontánea, si no orina o no lo hace en cantidad adecuada, se practicará un sondaje vesical evacuador.

Expulsión fetal. Se debe dejar salir la cabeza lentamente para evitar una descompresión brusca y protegiendo el periné o la episiotomía de un posterior desgarro.

La deflexión de la cabeza se consigue con la maniobra de Ritgen: una mano sobre el vértice de la cabeza para controlar el movimiento hacia adelante (mano izquierda) y la otra sobre el periné posterior buscando el mentón del feto, utilizando una compresa estéril. Mediante una presión sobre el mentón, a la vez que dejamos deslizar el periné, hacemos salir la cabeza lentamente.

Evitar que en el momento de la salida de la cabeza o los hombros la paciente realice un pujo fuerte, en su lugar se le pedirá que respire profundamente o que sople, para evitar el pujo.

Una vez que ha salido la cabeza, se limpian las secreciones de nariz y boca con una compresa estéril y se palpa alrededor del cuello, en busca de circulares del cordón, se desenrolla sobre la cabeza o si no es reducible, se pinza doblemente y se secciona.



Figura. Limpieza de secreciones de boca y nariz

Salida de los hombros. Se gira la cabeza hacia la derecha (mirando el muslo derecho de la madre) en el caso de una posición izquierda y hacia la izquierda (mirando el muslo izquierdo de la madre) en el caso de una posición derecha. Si se indica a la madre que empuje despacio, la cabeza gira sola hacia el lado correspondiente, pasa a una posición occipito lateral al rotar con los hombros a medida que éstos descienden en la pelvis. Se coloca una mano en cada eminencia parietal y se lleva hacia abajo hasta que sale el hombro anterior bajo la sínfisis púbica y, a continuación, sale el hombro posterior mediante tracción hacia arriba, hasta que salga fuera del periné (se protege el periné con una compresa estéril).

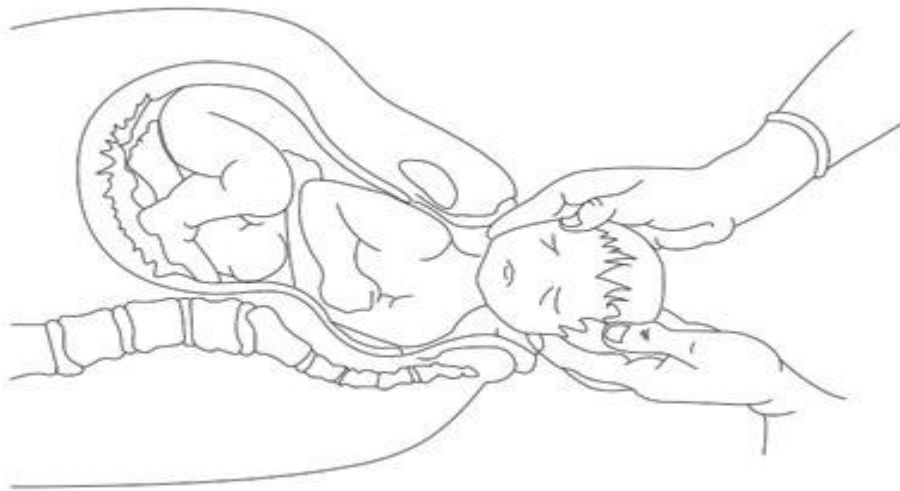


Figura. Extracción fetal

Para la salida del tronco, se tira con fuerza, pero lentamente, siguiendo el eje longitudinal de la pelvis. Salida de las caderas, se deja salir primero la cadera anterior por debajo de sínfisis, bajando el tronco y la posterior sale levantando el tronco.

Una vez que se ha producido el nacimiento, si el niño tiene un llanto vigoroso, buen tono, procede de una gestación a término y el líquido amniótico es claro, podemos favorecer el contacto inmediato madre-hijo y así evitamos la pérdida de calor, colocando al recién nacido en contacto piel con piel con su madre, en ésta posición se seca suavemente con toallas precalentadas que serán sustituidas por otras secas, cubriendo la mayor parte de la superficie corporal incluido el cuero cabelludo, si tenemos mantas térmicas será envuelto en ella por su lado plateado y luego sobre una manta. En la mayor parte de los niños, la estimulación que se realiza al secarles es suficiente para inducir la respiración, no obstante, hay métodos adicionales como frotar la espalda del niño con una compresa templada en sentido caudo-craneal o dar palmadas suaves en las plantas de los pies, que pueden ser efectivos. Tras el parto existe una transferencia neta de sangre de la placenta al feto, pues el espasmo de la arteria umbilical se produce aproximadamente al minuto de vida, mientras que las venas umbilicales permiten el paso de sangre hasta los 3 minutos

posteriores al nacimiento. El retraso en el pinzamiento del cordón (pinzamiento tardío), permitirá incrementar el volumen de transfusión. Tras la primera valoración y si resulta favorable, se procede a la sección del cordón umbilical cuando deja de latir (se comprueba palpando en la base del cordón). Para la sección del cordón que une al bebé con la placenta, se sitúan 2 pinzas Kocher y se corta en medio.

Episiotomía o sección quirúrgica del tejido perineal, se lleva a cabo en esta etapa en muchos partos. La episiotomía puede facilitar el nacimiento y evitar el desgarro de los tejidos perineales y anales. se representa la localización de las episiotomías de la línea media y lateral.

El uso de este procedimiento actualmente está en discusión. Muchos profesionales en el área de Ginecología y Obstetricia se preguntan si es realmente necesario realizar la episiotomía a todas las mujeres, sobre todo a aquellas que vivirán un parto vaginal por primera vez. Es por esto que se analiza la verdadera utilidad de este procedimiento y si existen criterios para su realización, ya sean estos incluyentes o excluyentes. Puesto que hasta ahora la episiotomía se conoce como un procedimiento que se debe hacer si o si a todas las mujeres.

3.7.- VALORACIÓN DEL R/N CARACTERÍSTICAS FÍSICAS.

INTRODUCCIÓN

La gran mayoría de los recién nacidos de término son vigorosos al nacer y requieren sólo vigilancia durante su transición, que efectuarán sin problema. El recién nacido saludable presenta un buen aspecto al nacer e implica, además, una atención prenatal que haya estudiado al binomio y descartado toda situación que conlleve un riesgo adicional.¹ Los cuidados de un recién nacido saludable, los que se brindarán en el hospital y los que se darán en casa, se agrupan bajo el concepto genérico de "cuidados de rutina". El objetivo de este trabajo es hacer explícitos dichos cuidados.

SALA DE PARTOS

Preparación El personal responsable del proceso de atención se deberá identificar y presentar con la madre y su familia, brindar apoyo emocional y establecer un proceso de comunicación fluido y constante centrado en las necesidades de los mismos.

Se empieza por conocer la historia materna, embarazos anteriores (si los hay) y los detalles del actual hasta el momento del trabajo de parto. Es necesario que el pediatra tenga todo el equipo necesario para brindar una reanimación avanzada, aunque no haya antecedentes maternos o perinatales de riesgo, pues en el último minuto puede surgir una complicación; el Cuadro I enumera dicho equipo. Antes del nacimiento deberá acomodarse todo el material bajo la fuente de calor radiante; es responsabilidad del médico verificar que todo el equipo esté presente y en buenas condiciones. El pediatra deberá vestirse con ropa estéril para acercarse al ambiente donde nacerá el bebé, ya sea parto o cesárea. Existe evidencia de que, en un neonato de término sin complicaciones, el pinzamiento del cordón posterior al minuto de vida puede traer beneficios.

En cada nacimiento de Bajo Riesgo, debe estar presente una persona capacitada para iniciar la reanimación cardiopulmonar neonatal (RCP) y estar disponible inmediatamente otra persona capacitada en realizar la RCP completa, en caso de ser necesaria. Asegurar el cumplimiento de las normas de higiene, limpieza y desinfección en los servicios y equipos de atención a utilizar. Corroborar que la temperatura (T°) ambiental en sala de parto, quirófanos, se encuentre entre $26^{\circ} - 30^{\circ} C$ (no $< 25^{\circ}C$), si existe climatización. Preparar el equipo necesario para realizar la atención neonatal inmediata. Para muchos niños/as la reanimación no puede ser anticipada, por lo tanto, donde se atienden nacimientos debe mantenerse un medio ambiente limpio, cálido, con los medicamentos y equipamiento

completo, a mano y en condiciones óptimas de funcionamiento

Cuadro 1. Material necesario en la atención del recién nacido en la sala de parto

Calor	Fuente de calor radiante Campos o compresas calentadas
Ventilación	Bolsa de ventilación de 500 a 750 mL Máscara neonatal
Aspiración	Perilla de hule Sonda de alimentación Sonda de aspiración de meconio Sistema de succión
Intubación	Mango de laringoscopio Hoja recta del número 1 (0 para prematuros)
Medicamentos	Oxígeno Solución fisiológica Adrenalina
Otros	Estetoscopio Gasas Cinta o pinza de cordón Tubo para grupo y Rh Jeringa Oxímetro de pulso

En una evaluación rápida, el pediatra debe preguntarse si el neonato es de término, está respirando y si tiene buen tono muscular; en caso de responder afirmativamente a las tres interrogantes se requiere sólo la atención de rutina.

UNIDAD IV COLABORAR EN LA ATENCIÓN INMEDIATA, MEDIATA Y TARDÍA, AL RECIÉN NACIDO CON EL FIN DE DISMINUIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL.

Objetivo: El alumno comprenderá la importancia que tiene, proporcionar los cuidados inmediatos y mediatos al niño durante la transición.

4.1.- RECIÉN NACIDO.

Anticipación. Factores de riesgo

Aunque no siempre es posible predecir si un recién nacido va o no a necesitar reanimación, la recogida de información sobre los factores de riesgo durante el embarazo o en el curso del parto, va a permitir desde un punto de vista organizativo anticiparse a los problemas.

Los factores de riesgo que nos alertan de aquellas situaciones en las cuales el niño puede necesitar reanimación son:

Factores de riesgo prenatales	Factores de riesgo intraparto
<ul style="list-style-type: none"> Diabetes materna. Hipertensión arterial, gestacional o crónica. Enfermedad materna crónica: cardiovascular, renal, etc. Anemia o Isoinmunización. Muertes neonatales o fetales previas. Hemorragia en el II o III trimestre. Infección materna. Oligoamnios o Polihidramnios. 	<ul style="list-style-type: none"> Cesárea urgente. Parto instrumental. Presentación anómala. Parto prematuro (<35 semanas). Parto precipitado. Corioamnionitis materna. Rotura prolongada de membranas (>18 horas previas al parto). Parto prolongado (>24 horas o expulsivo >2

<ul style="list-style-type: none"> · <i>Gestación postérmino (>42 semanas).</i> · <i>Rotura prematura de membranas.</i> · <i>Gestación múltiple.</i> · <i>Discrepancia entre el tamaño del feto y edad de gestación.</i> · <i>Tratamiento con fármacos: litio, magnesio, etc.</i> · <i>Malformación fetal.</i> · <i>Actividad fetal disminuida.</i> · <i>Embarazo no controlado.</i> · <i>Edad materna <16 años ó >35 años.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> · <i>horas.</i> · <i>Bradycardia fetal o patrones de frecuencia cardiaca fetal anómalos.</i> · <i>Administración de narcóticos a la madre 4 horas antes del parto.</i> · <i>Líquido amniótico teñido de meconio.</i> · <i>Prolapso de cordón.</i> · <i>Desprendimiento de placenta o placenta previa.</i>
---	--

Preparación. Material y personal

Una parte importante del éxito de la reanimación depende de la adecuada preparación antes de que se produzca el parto.

Es importante conocer los factores de riesgo durante la gestación y en la evolución del parto, aunque hay veces que puede presentarse un factor de riesgo de forma imprevista. El material que puede necesitarse durante la reanimación debe de ser revisado, comprobando que funcione correctamente.

Personal

El personal debe estar entrenado al menos en maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar neonatal.

En aquellos casos en los que van a intervenir varias personas en la reanimación, es importante previamente establecer el papel de cada una de ellas. El equipo debe tener un responsable que coordine a todos los miembros del grupo, el cual debe ser la persona más experta en reanimación y encargarse de la vía aérea. Otra persona, monitoriza la frecuencia

cardiaca y si fuera necesario realiza masaje cardiaco. Si es preciso medicación, sería recomendable una tercera persona encargada de la preparación y administración.

<i>Tabla. Personal recomendado</i>	
<i>En todo parto</i>	<i>Una persona entrenada en RCP inicial</i>
<i>Parto de riesgo</i>	<i>Una persona entrenada en RCP completa</i>
<i>Situación de compromiso fetal grave</i>	<i>Al menos 2 personas entrenadas en RCP completa (3 si se utiliza medicación)</i>
<i>Parto múltiple</i>	<i>Un equipo por cada niño</i>

Material

Antes de producirse el parto se debe comprobar el correcto funcionamiento de todo el material y debe ser repuesto y revisado después de cada reanimación. Debe estar fácilmente accesible.

En el paritorio la temperatura adecuada es de 25°, con puertas y ventanas cerradas. La fuente de calor debe ser encendida previamente y se deben calentar las toallas que se van a utilizar.

En partos múltiples, para cada recién nacido debe haber un puesto dotado de material necesario y un equipo de reanimación.

Material para reanimación neonatal

A. Cuna de calor radiante u otra fuente de calor.

a. Fuente de luz.

- b. Fuente de Oxígeno (con medidor de flujo).
- c. Aspirador con manómetro de presión.
- d. Fuente de aire medicinal (FiO₂ 0,21) con medidor de flujo.
- e. Reloj.



Figura. Cuna térmica

- B. Equipo de succión y ventilación.
 - a. Sondas de aspiración (5,6,8,10,12 y 14 Fr).
 - b. Bolsas autoinflables (250-500 ml).
 - c. Mascarillas faciales (diferentes tamaños).

- d. Laringoscopio con pala recta (0,1).
- e. Tubos endotraqueales (2,5-3-3,5 y 4 mm de diámetro interno).
- f. Tubos con conexión para aspiración de meconio (opcional).
- g. Cánulas orofaríngeas (tamaño 0 y 00).
- h. Opcional: guía para intubación, ventilador manual o automático, mascarilla laríngea.



Figura. Tubos endotraqueales, laringoscopio, palas y bolsa autoinflable

- C. Equipo para canalización de vasos umbilicales.
 - a. Catéteres umbilicales 3,5 y 5 Fr.
 - b. Bisturí, pinzas, jeringas (1,2,5,10,20 y 50 ml) y llaves de 3 pasos.
- D. Medicación.

- a. Adrenalina (diluir al 1:10.000 con suero salino fisiológico).
- b. Bicarbonato IM (diluir al 50 % con agua destilada).
- c. Naloxona.
- d. Expansores de volumen (suero fisiológico, ringer lactato).
- e. Glucosa al 5 y 10 %.

E. Varios.

- a. Guantes y material de protección necesario (mascarillas).
- b. Tijeras, esparadrapo, gasas estériles.
- c. Sondas gástricas (5 y 8 Fr).
- d. Fonendoscopio.
- e. Bombillas y pilas de repuesto para el laringoscopio.
- f. Agujas de diferentes tamaños.
- g. Pulsioxímetro, monitor de ECG y capnógrafo (opcionales).

Valoración inicial del recién nacido

Una vez que se ha producido el nacimiento, si el niño tiene un llanto vigoroso, buen tono, procede de una gestación a término y el líquido amniótico es claro, podemos favorecer el contacto inmediato madre-hijo y así evitamos la pérdida de calor, colocando al recién nacido en contacto piel con piel con su madre, en ésta posición se seca suavemente con toallas precalentadas que serán sustituidas por otras secas, cubriendo la mayor parte de la superficie corporal incluido el cuero cabelludo, si tenemos mantas térmicas será envuelto en ella por su lado plateado y luego sobre una manta.

En la mayor parte de los niños la estimulación que se realiza al secarles, es suficiente para inducir la respiración, no obstante, hay métodos adicionales como frotar la espalda del niño con una compresa templada en sentido caudo-craneal o dar palmadas suaves en las plantas de

los pies, que pueden ser efectivos. No se deben utilizar métodos más agresivos de estimulación. No hay que perder tiempo con la estimulación táctil si ésta no es efectiva tras 15 segundos.

La peor experiencia de un recién nacido en el medio extrahospitalario, es la pérdida de temperatura a la que se le puede someter y entran con facilidad en hipotermia, el lugar por donde pierden temperatura más rápidamente es por la cabeza (mayor superficie corporal expuesta). Se limpian las secreciones de boca y nariz con una gasa (si es necesario) y se vigila la evolución del color.

Tras la primera valoración y si resulta favorable, se procede a la sección del cordón umbilical cuando deja de latir (se comprueba palpando en la base del cordón). Para la sección del cordón que une al bebé con la placenta, se sitúan 2 pinzas Kocher y se corta en medio. No es conveniente pinzar el cordón con la pinza definitiva inmediatamente después de nacer, conviene estar seguro de que no se necesitarán los vasos umbilicales para cateterismos de urgencia, en tal caso el pinzado se hará dejando suficiente cordón para que las posteriores manipulaciones no sean difíciles.

La evaluación se realiza en los primeros 30 segundos, nunca debemos esperar al resultado del test de Apgar al minuto de vida, para iniciar la reanimación. Los parámetros que se evalúan al mismo tiempo son:

Respiración

El llanto es la confirmación de una adecuada ventilación. Si no existe, hay que observar la frecuencia, profundidad y simetría de los movimientos respiratorios o la existencia de patrones anómalos como la respiración en boqueadas (gasping) o quejido.

Frecuencia cardiaca

Evaluada auscultando con fonendoscopio o tomando el pulso en la base del cordón umbilical.

Color

Se observará si tiene un color sonrosado, está cianótico o pálido. La cianosis periférica es habitual y no significa en sí misma hipoxemia.

Recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Recién nacido vivo: Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

Mortinato o nacido muerto: Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios. De acuerdo con la edad de gestación, el recién nacido se clasifica en:

Recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

Recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.

Recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.

Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.

Recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.

Recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento

menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación. Y de acuerdo con el peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se **clasifican como**: De bajo peso (hipotrófico): Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación. De peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación. De peso alto (hipertrofico): Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación. Sin embargo, esta terminología ha sido recientemente actualizada por la Academia Americana de Pediatría.

Particularidades físicas. Las características físicas del neonato van de acuerdo con su edad de gestación y juegan un papel importante para conocer su condición de salud al nacer; es conveniente que los lectores conozcan las definiciones y normas mencionadas (que no difieren de las que describen los textos de pediatría) ya que conciernen a la exploración clínica de los neonatos respecto a:

El color y textura de la piel Orejas Vértex Glándulas mamarias Lanugo Genitales Pelo Crestas plantares Cráneo Descamación de la piel Ojos.

4.2.- CUIDADOS INMEDIATOS, MEDIATOS Y TARDÍOS DEL RECIÉN NACIDO.

CUIDADOS INMEDIATOS

El neonato puede colocarse boca abajo en el abdomen, en el pecho de la madre, o debajo de una fuente de calor (cuna térmica) para evitar pérdida de calor, allí aspirarse si fuera necesario, secarse, retirar el campo húmedo y cubrirse la parte posterior que no queda en contacto directo con la madre. El contacto de la madre con la piel del neonato en forma temprana se ha relacionado con una serie de beneficios como una mayor duración de lactancia materna, disminución en el llanto del niño, mejor estabilidad cardio-respiratoria⁵ e incremento en la temperatura corporal.⁶ Allí se pueden realizar las evaluaciones necesarias, identificación y posteriormente quedar en alojamiento conjunto con la madre.

Al minuto y a los cinco minutos de vida se realiza la valoración de Apgar y se considera normal un puntaje de 7 o más. A los 10 minutos se realiza la valoración de Silverman-Andersen⁸ modificada; se espera obtener hasta dos puntos durante el periodo de transición. Posteriormente debe realizarse una exploración física minuciosa con el objetivo de identificar malformaciones; en particular deben revisarse permeabilidad de coanas, esófago y ano. Además, se realiza la somatometría (peso, talla y perímetro cefálico como mínimo). Siempre se identificará al bebé antes de salir de la sala de nacimiento, preferentemente con dos pulseras, anotando los datos de la madre, del bebé y los del nacimiento.

Valoración de Apgar

La puntuación de Apgar, la primera prueba para evaluar a un recién nacido, se lleva a cabo en la sala de alumbramiento inmediatamente después del nacimiento del bebé. Esta prueba fue desarrollada por la anestesista Virginia Apgar en 1952 para saber lo más rápidamente posible el estado físico de un recién nacido y para determinar cualquier necesidad inmediata de cuidados médicos adicionales o tratamientos de emergencia.

Por lo general, la prueba se le administra al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento y la segunda vez, cinco minutos después del nacimiento. A veces, si el estado físico del bebé resulta preocupante o si el resultado de la segunda prueba es bajo, se puede evaluar al bebé por tercera vez 10 minutos después del nacimiento.

Se utilizan cinco factores para evaluar el estado físico del bebé y cada factor se evalúa siguiendo una escala del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible. Los factores son los siguientes:

1. Aspecto (color de la piel)
2. Pulso (frecuencia cardíaca)
3. Irritabilidad (respuesta refleja)
4. Actividad y tono muscular
5. Respiración (ritmo y esfuerzo respiratorio)

Los médicos, comadronas (parteras) y personal de enfermería suman las puntuaciones de estos cinco factores para calcular la puntuación de Apgar. La puntuación que puede obtener un bebé oscila entre el 0 y el 10, siendo 10 la máxima puntuación posible.



PUNTUACIÓN DE APGAR			
FACTOR DE APGAR	2	1	0
FRECUENCIA CARDIACA (PULSO)	Normal (superior a 100 latidos por minuto)	Inferior a 100 latidos por minuto	Ausente (sin pulso)
RESPIRATORIO (RITMO Y ESFUERZO)	Ritmo y esfuerzo normales, llanto adecuado.	Respiración lenta o irregular, llanto débil.	Ausente (sin respiración)

IRRITABILIDAD (RESPUESTA REFLEJA)	Se retira estornuda, tose o llora ante la estimulación.	Leve gesto facial o muecas discretas ante la estimulación.	Ausente (sin respuesta a la estimulación)
ACTIVIDAD (Tono muscular)	Activo, movimientos espontáneos.	Brazos y piernas flexionadas con poco movimiento	Sin movimiento, tono laxo
ASPECTO (Color de la piel)	Color normal por todo el cuerpo (manos y pies rosados)	Color normal (pero manos y pies azulados)	Coloración azul-grisácea o palidez por todo el cuerpo ⁹

La irritabilidad se evalúa colocado un catéter en la nariz de bebé y observando cómo reacciona.

¿Qué significa la puntuación de Apgar?

Un bebé que obtiene una puntuación de 8 o superior en la prueba de Apgar se suele considerar

que tiene un buen estado de salud. De todos modos, el hecho de obtener una puntuación inferior no significa que el bebé esté enfermo o presente anomalías. Lo único que significa es que el bebé necesita algún tratamiento inmediato especial, como succionarle las vías respiratorias o administrarle oxígeno, para ayudarlo a respirar, después del cual mejorará.

Cinco minutos después del nacimiento, se vuelve a realizar la prueba de Apgar. Si la puntuación del bebé era baja en la primera evaluación y se constata que no ha mejorado o al personal médico le preocupa el estado del bebé por otros motivos, el personal médico y de enfermería seguirá aplicando al bebé el tratamiento necesario y lo controlará atentamente. Algunos bebés nacen con afecciones que requieren cuidados médicos especiales y hay otros a quienes les cuesta más tiempo del habitual adaptarse a la vida extrauterina. La mayoría de los

bebés que obtienen puntuaciones de Apgar un poco bajas en la primera evaluación se acaban adaptando bien al cabo de poco tiempo.

VALORACIÓN DE SILVERMAN

Los cinco parámetros clínicos determinan la presencia o ausencia de dificultad respiratoria (DR). Para la obtención del puntaje total, se le asigna a cada parámetro un valor de 0, 1, o 2 luego se suman los puntajes parciales obtenidos de la evaluación de cada parámetro para así obtener el puntaje total que determinara el grado de dificultad respiratoria.

El puntaje ideal es de cero 0 (Ausencia de DR) mientras que el peor es de 10 (DR grave). Una calificación de S-A de 3 indicara la presencia de DR Leve, entre 4 y 6 indicara DR Grave. Es recomendable que la primera valoración se realice dentro de los 10 a 20 minutos de vida extrauterina sobre todo en aquel RN con riesgo de DR (prematuros, meconio, en líquido amniótico, entre otros), la frecuencia de las valoraciones posteriores estará dictada por la condición del paciente. Si el RN PRESENTA UN S-A mayor o igual a 4 dentro de la primera hora de vida, es muy probable que requiera de asistencia respiratoria por lo que, se recomienda referirlo al nivel de atención que cuente con los recursos necesarios para brindarle este tipo de apoyo.

La sumatoria de los puntos obtenidos durante la evaluación se puede interpretar de la siguiente manera: Recién nacido con 0 puntos, sin dificultad respiratoria. Recién nacido con 1 a 3 puntos con dificultad respiratoria leve. Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria leve. Recién nacido con 4 a 6 puntos con dificultad respiratoria moderada. Recién nacido con 7 a 10 puntos, con dificultad respiratoria severa.

CUIDADOS MEDIATOS DEL RECIÉN NACIDO

El cordón umbilical debe ser ligado a dos centímetros de la piel, en condiciones de esterilidad, ya sea con cinta o pinza.

Somatometría

Aplicación de vitamina K 1mg. IM.

Valoración de la edad gestacional (se emplea el método de Capurro o el de Ballard Modificado)

Exploración Física general, Aspecto general, estado de alerta, de nutrición, actividad, llanto, coloración, edema, dificultad para respirar, postura, reflejos presentes, lesiones dérmicas, presencia de tumores, erupciones, presencia de vérnix, si este teñido de meconio, uñas, cabeza, cara, ojos, oídos, boca, nariz, cuello, tórax, abdomen, genitales, ano permeable, extremidades superiores e inferiores, y otros elementos que puedan considerar sano o no al Recién Nacido.

Signos vitales la temperatura debe ser vía rectal para valorar ano permeable.

Correcta identificación

CUIDADOS TARDÍOS DEL RECIÉN NACIDO

Manejo en la sala de cunas

Lo recibe la enfermera, revisa expediente clínico, identificaciones, sexo, cordón umbilical, Revisa rápidamente el niño para evaluar sus condiciones y definir si requiere manejo normal o procedimiento especial.

Se coloca en una cuna abierta o alojamiento conjunto con su madre.

Se vigila que este comiendo seno materno de preferencia.

Se vigila que mantenga una temperatura adecuada, que esta alerta, reactivo

Se vigila funcionamiento en cuanto a micciones y evacuaciones.

Posterior a 24 horas de vida se puede bañar.

- Colocar al Recién nacido en una posición lateral
- Inmunizaciones. La Cartilla Nacional de Vacunación incluye la BCG y la vacuna contra hepatitis B al nacimiento.
- Tamiz auditivo. Actualmente es una necesidad verificar la audición del neonato antes del egreso.
- Tamiz de cardiopatía crítica. Permitirá detectar algunas de las malformaciones cardiacas ocultas más frecuentes.

4.3.- ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO, IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida;
- Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua;
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche;
- No utilizar biberones, tetinas o chupetes.

4.4.- BAÑO DEL RECIÉN NACIDO.

La conservación, cuidado y protección de la piel de los recién nacidos (RN) es un aspecto importante en la atención de la salud, por la trascendencia de este órgano como barrera frente a infecciones, protección de órganos internos, regulador de temperatura y como conexión entre el recién nacido, el medio ambiente y sus padres. La piel del RN tiene un pH neutro y está cubierto de vérnix caseosa con propiedades aislantes, hidratantes, antioxidantes y antimicrobianas. El baño por inmersión no tiene ningún sentido como medida de higiene en las primeras horas de vida.

no se realizará el baño por inmersión a recién nacidos con temperatura axilar inferior a 36,5°C. y el baño según norma oficial tiene que ser después de las primeras 24 horas de vida del niño.

Objetivos

- Realizar la mejor higiene del RN sano según la evidencia científica disponible.
- Evitar procedimientos inadecuados.
- Proporcionar confort y bienestar al RN.
- Mantener la integridad cutánea del RN.

Recursos materiales

Agua. Jabón neutro. Toalla. Esponja desechable. Bañera para recién nacidos. Termómetro.

PREPARACIÓN DEL PERSONAL - Comprobar la identificación del recién nacido. - Comprobar la disponibilidad del material. - Realizar Higiene de manos.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE - Identificar paciente. - Comprobar las condiciones ambientales: temperatura 22-25°C y sin corrientes de aire. - Crear un ambiente agradable, tranquilo y seguro. - Fomentar la colaboración de los padres. - Informar del procedimiento a realizar a los padres del recién nacido adaptándose a las necesidades específicas.

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

Higiene de manos. colocarse guantes, Colocar al RN sobre una superficie plana y segura. preparar el agua a una temperatura entre 35-37°C., abrir la esponja a utilizar, se procederá a la limpieza de la piel sin frotar enérgicamente.

limpieza de la piel, se limpiarán los restos de sangre, fundamentalmente de la cabeza, si es necesario y no de forma rutinaria, se utilizará una esponja desechable sin jabón o con una mínima cantidad de jabón neutro (1 ml o similar al tamaño de una avellana) humedecida en agua, para secar se envolverá la zona humedecida con una toalla suave y se darán toques sin frotar.

NO debe retirarse el vérnix ni limpiar zonas de la piel que no lo precisen. Sólo se limpiarán los restos de sangre o meconio. desechar guantes, gasas, esponjas, etc.

4.5.-TAMIZ AUDITIVO DEL RECIÉN NACIDO.

¿Cómo saber si un bebé tiene hipoacusia o sordera? Actualmente es posible saber si un recién nacido tiene hipoacusia o sordera mediante la prueba de **TAMIZ**

AUDITIVO NEONATAL, la cual se realiza en los hospitales donde se atienden partos.

¿Qué es el Tamiz Auditivo Neonatal? El Tamiz Auditivo Neonatal es una prueba gratuita, sencilla y rápida, que permite detectar presencia de hipoacusia o sordera en recién nacidos, sin causar dolor o molestia alguna. Consiste en colocar un pequeño “audífono” en el oído del Bebé durante unos segundos, el cual registra si existe disminución auditiva. Lo puede realizar personal médico o de enfermería. Todo recién nacido tiene derecho a esta prueba.



¿Qué se debe hacer si un bebé presenta hipoacusia o sordera? Se debe empezar un tratamiento antes de los seis meses de edad para evitar trastornos en el lenguaje y favorecer un desarrollo adecuado. Los bebés con mayores posibilidades de tener hipoacusia o sordera son quienes presentan alguno de los siguientes factores:

Tienen antecedentes de sordera entre sus familiares. La madre presentó una enfermedad infecciosa durante el embarazo, como rubéola. Presentaron dificultad severa para respirar al nacimiento. Presentaron ictericia (coloración amarilla de la piel), que ameritó cambio de sangre, en las primeras horas de vida. Tienen malformación en cabeza, cara u oídos.

RECUERDA

La pérdida auditiva **NO** se detecta a simple vista. Todos los niños y niñas tienen derecho a la prueba de Tamiz Auditivo Neonatal.

- El Tamiz Auditivo Neonatal se realiza en los hospitales donde se atienden partos.

- El diagnóstico oportuno y la atención temprana de la hipoacusia asegura que el niño o la niña pueda aprender a hablar y más tarde, a leer y escribir.
- Todo niño o niña con pérdida auditiva debe recibir tratamiento específico hasta asegurar su incorporación a una escuela regular. **NO LO OLVIDES:** El Tamiz Auditivo Neonatal permite detectar con oportunidad la presencia de hipoacusia o sordera en recién nacidos.

UNIDAD V PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO MEDIATO Y TARDIO.

Objetivo: El profesional de enfermería vigila a la mujer en periodo de posparto inmediato y mediato, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: 1. signos vitales maternos, 2. globo de seguridad de Pinard y 3. sangrado genital. A El profesional de enfermería debe permitir y fortalecer el primer contacto madre e hijo durante la primera media hora posparto.

5.1 ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO MECANISMOS DEL PARTO

La posición del feto se va modificando conforme avanza a lo largo del canal pélvico. Estos movimientos reciben el nombre de **mecanismos del parto** o **movimientos cardinales**. Los primeros tres movimientos pueden tener lugar con anterioridad al inicio de las contracciones o bien a lo largo del primer estadio del parto.

- **Encajamiento** (fi g. 14-23B) es el punto en el cual la parte que se presenta (por lo general, la cabeza fetal) entra en la pelvis verdadera. Esta parte se sitúa a la altura de las espinas ciáticas o por debajo de las mismas. El feto no puede balancearse.
- El **descenso** comienza con el encajamiento y continúa hasta que el feto ha atravesado el canal pélvico empujado por las contracciones.
- La **flexión** (v. fi g. 14-23C y D) se refiere a la actitud que

- asume el feto. La flexión ideal es positiva con la cabeza sobre el tórax, los brazos flexionados sobre este y las piernas flexionadas sobre el abdomen.
- La **rotación interna** puede producirse antes del parto,
- aunque suele hacerlo a lo largo del primer o segundo estadio. El feto gira para adoptar una posición anterior (OA). El occipucio fetal se encuentra próximo a la sínfisis púbica materna.
- La **extensión** tiene lugar cuando el feto extiende la cabeza y presiona el occipucio contra la sínfisis púbica materna. Este movimiento provoca la salida de la cabeza fetal a través del orificio vaginal. El tocólogo o la matrona pueden facilitar el nacimiento al presionar la porción inferior del perineo materno y propiciar la extensión del cuello al levantar suavemente el mentón del feto.
 - La **restitución** describe el giro de la cabeza fetal para alinearse con los hombros. A continuación, el feto rota hasta que los hombros se encuentran en posición anterior
 - La **expulsión** consiste en el nacimiento del resto del feto tras la restitución. El tocólogo o la matrona ejerce una presión suave en sentido descendente sobre la cabeza fetal para permitir la expulsión del hombro anterior por debajo de la sínfisis púbica. A continuación, se levanta su cabeza para permitir el paso del hombro posterior. El resto del feto se desliza fuera de la vagina.

Pinzamiento del cordón umbilical

El pinzamiento del cordón umbilical se efectúa con anterioridad al alumbramiento, aunque no existe un acuerdo universal acerca del momento ideal para su realización. La temperatura corporal del neonato puede aumentar y estabilizarse gracias a un volumen de 50 a 100 ml de sangre de la placenta. Asimismo, puede reducir la incidencia de la anemia ferropénica en una fase posterior de la lactancia. No obstante, se ha propuesto que la adición de ese volumen produciría una sobrecarga circulatoria que, a su vez, originaría policitemia e hiperbilirrubinemia. Los padres pueden indicar cuándo desean que tenga lugar la sección del cordón. Asimismo, pueden desear ayudar a cortarlo. se muestra una pinza de Hollister. Tras

la sección del cordón, se examina su extremo para identificar las dos arterias y la vena umbilicales. Se anotan los datos en el registro neonatal. La presencia de una sola arteria se vincula con diversas anomalías.

Tras la sección del cordón, se examina su extremo para identificar las dos arterias y la vena umbilicales. Se anotan los datos en el registro neonatal. La presencia de una sola arteria se vincula con diversas anomalías genitourinarias. Se examinan la vagina y el cuello uterino respecto a la presencia de laceraciones. Se procede a suturar cualquier laceración y la herida de episiotomía. La placenta se inspecciona tras su expulsión para verificar su integridad. Tras la expulsión de la placenta, el médico o la matrona pueden pedir al profesional de enfermería que administre oxitocina por vía intramuscular o intravenosa. *La oxitocina estimula las contracciones uterinas y reduce la hemorragia.* Se procede a colocar una solución con oxitocina. Determine los signos vitales cada 15 minutos durante 1 hora. Así dispondrá de datos para efectuar un seguimiento de la recuperación o reconocer las complicaciones en una etapa temprana. Verifique la posición y la firmeza del fondo uterino y evalúe el volumen y el carácter del flujo vaginal. El fondo uterino de la madre debe ser firme y encontrarse en la línea media por debajo del ombligo. La falta de firmeza del fondo podría deberse a una hemorragia uterina. La localización inusual del fondo puede obedecer a la presencia de coágulos sanguíneos o la repleción vesical. La hemorragia vaginal se valora a través de la saturación de la compresa perineal. Podría ser necesario aplicar un masaje al fondo uterino y extraer los coágulos sanguíneos.

Es el período de las primeras 24 horas después del alumbramiento. Síntomas: Sensación de alivio y bienestar, dolor en la cara anterior e interna de los muslos por la fatiga muscular (generalmente sucede en periodos expulsivos largos), sensación de quemadura a nivel de la vulva, aunque no exista ninguna lesión. El escalofrío es un aspecto que puede producirse, la púrpura es atacada por un temblor generalizado, casi siempre es benigno. Signos: Su rostro se encuentra tranquilo, respira tranquilamente, el pulso es lleno-regular-amplio (60-70 por minuto), la presión arterial es normal y a veces algo baja, Hay pérdida sanguínea con coágulos entre 100 y 400 ml. El globo de seguridad de Pinard es un índice de buena hemostasia y se produce después de la completa evacuación de la placenta, luego la matriz reduce su

actividad disminuyendo primero la frecuencia de las contracciones y más tarde la intensidad de las mismas, a las 12 horas post parto la frecuencia llega a valores de una contracción cada 10 minutos. También hay que valorar su estado de conciencia, mamas, miembros inferiores y diuresis.

5.2.- CABIOS FÍSICOS.

Todos y cada uno de los sistemas orgánicos sufren diversos cambios en el transcurso de la gestación. Estos sistemas habrán de modificarse de nuevo después del nacimiento hasta el restablecimiento del estado previo al embarazo. Algunos de estos cambios son evidentes, mientras que otros son más sutiles.

ÚTERO

El restablecimiento del estado uterino anterior al nacimiento se conoce como **involución**. El espesor de la **decidua** (la capa que tapiza la pared uterina durante el embarazo) es irregular tras la separación de la placenta del útero. La decidua se desprende de la capa más interna del útero (el *endometrio*) a lo largo de las 3 semanas siguientes y se expulsa a través de la vagina. Esta materia formada por sangre, mucosidad y restos tisulares recibe el nombre de **loquios**. El área de unión de la placenta contiene vasos sanguíneos de gran calibre. La pérdida de sangre a través de ellos se controla por medio de la contracción del *miometrio*.

El útero ha de mantenerse contraído para evitar el sangrado de los grandes vasos, como pone de manifiesto la consistencia del fondo uterino. Si la sangre se acumula en el cuerpo uterino se coagulará, lo que originará un aumento de tamaño del útero, la interrupción de las contracciones y la aparición de una hemorragia más profusa. Como consecuencia de la detención de las contracciones, el fondo uterino se reblandece y adopta una textura esponjosa, lo que recibe el nombre de **consistencia blanda**. La detección de un fondo uterino de consistencia blanda situado.

Los factores que propician la involución uterina engloban el parto sin complicaciones, la expulsión completa de la placenta y las membranas, la lactancia natural y la deambulación temprana.

por encima del nivel del ombligo motiva la sospecha de una hemorragia. En este caso, el profesional de enfermería debe aplicar un masaje circular con el fin de estimular las contracciones. Se puede activar la expulsión de los coágulos al ejercer presión en el fondo.

MAMAS

Las mamas comienzan a secretar el **calostro** (un líquido amarillento poco denso con un elevado contenido en proteínas) varias semanas antes del parto o poco después del mismo como preparación para la lactancia natural. Las glándulas mamarias se congestionan e hipertrofian incluso en las mujeres que no escogen esta vía de alimentación. La síntesis de leche se interrumpe en ausencia de una estimulación por succión durante varios días, lo que provoca el reblandecimiento de los tejidos mamarios. Las mamas de las mujeres que amamantan a sus hijos se congestionan a los 2 o 3 días del parto y oscilarán de repletas a vacías a lo largo de toda la lactancia.

OVARIOS

La reaparición de la ovulación y la menstruación es diferente en cada mujer. En la mayoría de ellas, ambos procesos aparecen de nuevo después de 2 a 3 meses, si bien en algunos casos su inicio puede aplazarse hasta el sexto mes. Ambos fenómenos se demoran en las madres lactantes.

VAGINA

La vagina, el cuello uterino y el perineo presentan inflamación y contusiones durante alrededor de 1 semana después del nacimiento. Las musculaturas vaginal y perineal se mantienen laxas durante varios días, si bien comienzan a recuperar su tono de forma gradual. Los ejercicios de Kegel, ayudan a fortalecer estos músculos. Los márgenes de la incisión de episiotomía o de las laceraciones, que se suturan por debajo de la piel, han de estar bien aproximados. En algunas pacientes se forman **hematomas** (acumulaciones de sangre bajo la piel). El hematoma puede adoptar un aspecto similar al de una contusión, identificarse como una masa sólida subyacente o bien presentar un dolor muy intenso a la palpación. Se debe informar al tocólogo acerca de cualquier

cambio del estado de un hematoma o bien de la aparición de signos de infección. El establecimiento del estado previo al embarazo de los tejidos y la cicatrización de las laceraciones se logran alrededor de 3 semanas después del parto.

MUSCULATURA ABDOMINAL

Los músculos del abdomen se encuentran laxos después del parto. El restablecimiento de su tono habitual puede requerir varios meses de ejercicio. La recuperación del tono puede demorarse en aquellas mujeres con escaso tono en la musculatura abdominal antes del embarazo o con distensión excesiva del útero. El abdomen puede mantenerse flácido. Los músculos del abdomen se separan durante el embarazo en algunas pacientes, lo que provoca **diástasis de los músculos rectos del abdomen**. En este caso, sólo la piel, el tejido adiposo y el peritoneo sostienen a los contenidos abdominales, lo que puede originar un abdomen péndulo y lumbalgia.

PELVIS

El cartílago que sustenta a las articulaciones pélvicas se distiende a lo largo de los últimos meses del embarazo para potenciar la flexibilidad durante el parto. Aunque el cartílago recuperará su estado previo al parto, no se restablecerá de nuevo el diámetro de la pelvis previo al primer parto, de modo que la articulación coxofemoral será más amplia.

APARATO GASTROINTESTINAL

Necesidad de reposición de la energía

La mujer puede sentir apetito después del parto. Ha utilizado una gran cantidad de energía en el transcurso del parto y la ingesta de una comida ligera puede ayudarle a reponer las calorías gastadas. Suele ingerir un gran volumen de líquido para restablecer el que ha perdido durante el parto.

SISTEMA RENAL

Diuresis puerperal

Tras el nacimiento se intensifica la diuresis (*diuresis puerperal*), lo que provoca un llenado vesical rápido en la mujer. La vejiga urinaria, que no se encuentra ya sometida a presión, presenta una capacidad mayor de la que tenía a lo largo de los últimos meses de la gestación.

Disuria

La inflamación del perineo, el meato uretral y las estructuras circundantes puede dificultar la micción. Además, los traumatismos y la tumefacción tisulares pueden reducir la sensación de distensión vesical.

APARATO CARDIOVASCULAR

Temperatura

Los cambios que sufre el aparato cardiovascular tras el parto se manifiestan con alteraciones de los signos vitales y los parámetros hemáticos. La temperatura materna puede aumentar hasta 38 °C en el transcurso del parto como consecuencia de la deshidratación y el trabajo físico. La nueva madre suele sentir escalofríos poco después del nacimiento de su hijo. Los *escalofríos puerperales* se deben a que la temperatura corporal es más alta que la del ambiente en el que se encuentra la madre, así como a los cambios neurológicos y vasculares que se suceden a lo largo del parto. Se puede cubrir a la mujer con mantas para reducir los escalofríos y potenciar su comodidad. La temperatura materna normal debería restablecerse después del parto

5.3.- PRIORIDAD EN LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA.

El profesional de enfermería tiene que recordar las áreas, más importantes de la asistencia: **M** – mamas, **U** – útero, **V** – vejiga, **L** – loquios, **E** – episiotomía/incisión. La prioridad de la asistencia de enfermería durante el puerperio se concede a la valoración de complicaciones que pudieran ralentizar o evitar el restablecimiento de la salud de la madre. En ausencia de un tratamiento inmediato, algunas de estas complicaciones pueden poner en peligro la vida de la paciente. La segunda prioridad es la formación de la madre sobre el cuidado propio y de su hijo.

En este periodo es sumamente importante realizar vigilancia estricta de las contracciones uterinas, el sangrado y los signos vitales en las primeras dos horas posteriores al parto en la sala de partos con el propósito de prevenir la hemorragia por desgarros no diagnosticados,

hematomas y atonía o inercia uterina en el post parto, se considera de vital importancia para la identificación temprana de signos de peligro en esta etapa.

El manejo clínico se realiza a través del cumplimiento de las actividades previstas a realizar durante la vigilancia del puerperio inmediato que comprende las primeras 24 horas posteriores al parto previas al alta hospitalaria, y la atención puerperal en consulta externa.

VALORACIÓN

La valoración puerperal comienza al obtener información acerca del embarazo y el parto que ayuda a identificar el riesgo de aparición de complicaciones puerperales. Identifican algunos factores de riesgo frecuentes y aspectos que deben formar parte de la valoración. Cuanto mayor sea el grado de riesgo, más frecuente será la valoración. Muchos componentes de la valoración coinciden con los de la valoración de cualquier otro paciente. Por ejemplo, la determinación de los signos vitales y la vigilancia de un aumento de las secreciones sanguinolentas son idénticas en una mujer puerpera que en otra sometida a una intervención quirúrgica. El profesional de enfermería escuchará los ruidos cardíacos, pulmonares e intestinales de manera similar a cualquier otro paciente. El DUE debe conocer los resultados normales para poder identificar valores anómalos al supervisor de enfermería o el tocólogo.

5.4.- ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO MEDIATO. PUERPERIO MEDIATO

Se le llama al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto. Oriente sobre las señales de peligro y explique que busque ayuda en caso de presentar alguna. Evalúe en la primera semana del puerperio Valorar signos vitales, presencia de sangrado por vía vaginal, estado de alerta de la madre, manejo del dolor, presencia de mareos, edema en los pies, presencia de acufenos, fosfenos, fiebre. Dar una alimentación balanceada para que recupere su fuerza y proporcionar consejería sobre aseo diario y cambio de ropa baño, cuidado especial en la zona de episiotomía si esta estuviera presente, Ambiente de confort para que pueda descansar.

Corresponde al periodo de máxima involución de los órganos genitales, de mayor derrame de loquios y de instalación de la secreción láctea. Síntomas Hay ligero malestar y sed, puede

existir parecía fisiológica y temporal de evacuación intestinal y retención de orina en los 3 primeros días y poliuria posterior, desaparecen a los pocos días. Otras molestias son el dolor de la episiorrafia y la presencia de hemorroides.

En el examen físico general se puede observar que la puérpera tiene un aspecto tranquilo y su estado general es normal. El pulso y la presión arterial son normales. Disminuyen las pigmentaciones de la piel, cara, mamas son turgentes-duras con red venosa visible, las estrías de abdomen pierden su color rojizo y se vuelven nacaradas. La glándula mamaria incrementa su volumen y produce el calostro, la secreción láctea se produce alrededor del 3ro o 4to día. Existe una asociación positiva entre el periodo de la lactancia y la amenorrea corta o larga de acuerdo con la duración de la alimentación al pecho. Se conoce que la mitad de las madres que lactan presentan amenorrea completa, un poco menos del 50% pueden menstruar y 3/5 partes tiene la probabilidad de quedar embarazadas durante la lactancia. Las modificaciones locales se caracterizan por la existencia de una capa de fibrina y de células deciduales que recubren la cavidad uterina y que son eliminadas en forma de loquios los cuales son flujos líquidos, son sanguíneos después del parto, a partir del 3ro-4to día la sangre se mezcla con los exudados y son serosanguinolentos, después del 7mo día se convierten en serosos, su olor es a hipoclorito de sodio y no son fétidos, pueden durar hasta 15 días.

5.5.- CAMBIOS FÍSICOS

agua acumulada en los tejidos durante el embarazo, a través del sudor y la orina.

Pérdida de peso: el parto, la eliminación del exceso de agua, la involución del aparato reproductor y la lactancia hacen por sí solos que la madre llegue a perder hasta un 12,5% del peso que tenía antes del parto. Cambios en el aparato circulatorio: se recupera una frecuencia cardiaca normal y las paredes venosas recuperan su tono habitual, haciéndose más resistentes. Tras la primera semana también se normalizarán los nódulos hemorroidales. Cambios hormonales: al cabo de una semana de producirse el parto, los estrógenos, la progesterona y la gonadotropina coriónica humana recuperan los niveles normales. Sin embargo, aumenta significativamente la secreción de prolactina en tanto se mantiene la

lactancia materna. El resto de las glándulas endocrinas también recuperan su función habitual. Reducción del volumen abdominal: con ello se elimina la presión sobre el diafragma, el estómago, el intestino, la vejiga y los pulmones. Como consecuencia, en poco tiempo se mejora la función respiratoria, la capacidad de la vejiga y se recupera el apetito y la actividad intestinal normal. Alteraciones de la piel: desaparece la pigmentación de la piel adquirida durante la gestación en la cara, la línea alba y la pulpa. Sin embargo, la piel del abdomen queda El útero tiene una ubicación abdominal, alrededor del 6to día está a la mitad de la distancia entre el ombligo y el borde superior del pubis, no es doloroso a la palpación. El cuello uterino recupera su consistencia y es casi normal al 3er día, el orificio interno se cierra alrededor del 12avo día y los genitales externos vuelven a su aspecto normal. La involución uterina se extiende hasta la aparición de la primera menstruación. Los entuertos son contracciones uterinas dolorosas en el puerperio, generalmente se producen en el momento en que el-la niño-a se pega al pecho materno, son intermitentes y seguidos de una pequeña pérdida vaginal, son más frecuentes en las multíparas que en las primíparas, debido a la disminución del tono uterino en las primeras. El ano puede presentar un rodete hemorroidal (sobre todo después de un expulsivo largo).

5.6.- PRIORIDAD EN LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA.

Aportar información escrita acerca de la episiotomía, El perineo de la paciente cicatrizará, comentar cualquier factor especial con relación a la localización de la incisión. Enumerar los factores de riesgo exclusivos de pacientes con antecedentes de *endometriosis*. Enseñar a la paciente a llevar a cabo las tareas habituales de cuidado de la episiotomía: • Aplicación de bolsas de hielo • Uso de baños de asiento templados • Realización de ejercicios de Kegel.

5.7.- ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO TARDÍO

abarca desde el día 11 aproximadamente, hasta el día 45 después del nacimiento del bebé. Esta etapa comprende: Fin de la involución uterina El regreso de la menstruación, en caso de que no haya lactancia. El útero recupera su peso normal. El puerperio es una etapa incómoda dentro de la maternidad, pero sólo necesitas paciencia y contención familiar para lograr una recuperación óptima. Se concluye la involución genital y se alcanza, en términos generales, el

estado pregravídico, si no se ha puesto en práctica la lactancia sobreviene la primera menstruación. El útero desaparece a la palpación abdominal y se encuentra pélvico, a partir del mes de postparto, ya podrás realizar actividades físicas y reanudar tu vida sexual si te sientes en condiciones para ello, previa consulta con tu ginecólogo de cabecera. Retorna la menstruación, pero este signo es impreciso debido a la práctica de la lactancia materna. Por lo tanto, los cuidados del pecho e información sobre lactancia es importante tratando de observar a la mujer en una de las tomas para discutir y modificar posiciones incorrectas

- Consejo sobre alimentación equilibrada y variada que permita la recuperación de la madre – Consejo de actividad física progresiva, con paseos diarios, para promover la recuperación del tono muscular de la mujer y de la actividad de la vida diaria
- Consejo sobre los hábitos de sueño y descanso
- Consejo sobre sexualidad y contracepción
- Establecer un plan de visitas que permita la continuidad en los cuidados

Criterios de alta hospitalaria

- No presencia de hemorragia
- No presencia de infección puerperal
- No fiebre
- Signos vitales dentro de límites normales Recomendaciones a brindar antes del egreso hospitalario:
- Deambulación precoz. Disminuye el riesgo de fenómenos tromboembólicos ya que activa la circulación de retorno, favorece la función intestinal y vesical, restablece la tonicidad de los músculos abdominales, favorece el derrame loquial.
- Alimentación. Balanceada en calorías, proteínas, fibras y líquidos abundantes para favorecer la evacuación intestinal y suplir las necesidades nutricionales tanto de las puérperas que lactan como la de las que no lo hacen.
- Higiene personal. Recomendar baño en ducha (regadera) y no en inmersión, lavado externo con agua y jabón de la región perineo-vulvar una vez al día y de arriba hacia abajo, no realizarse lavados ni duchas vaginales, no colocarse apósitos

de algodón y cambiarlo varias veces al día. La episiorrafia debe mantenerse limpia y seca.

- Lactancia Materna. Educar sobre la importancia de brindar lactancia materna exclusiva y el cuidado de las mamas, éste último se basa en la limpieza de areola y del pezón antes y después de alimentar al niño/a, evita

5.8.- CAMBIOS FÍSICOS.

CAMBIOS EN EL APARATO GENITAL: el tamaño del útero llega a aumentar entre 30-40 veces durante la gestación. En el puerperio se reduce nuevamente, pero de forma progresiva, mediante un mecanismo al que se denomina involución uterina. Los últimos restos del parto (loquios) se eliminan durante los dos o tres primeros días. En lo que respecta al cuello del útero, éste recupera sus dimensiones normales un mes después del parto. La vagina lo hace a los diez días.

REANUDACIÓN DE LA MENSTRUACIÓN: el tiempo que tarda en restablecerse la regla depende de si la madre amamanta a su hijo o no. Si no es así, lo habitual es que reaparezca al cabo de aproximadamente 40 días. De lo contrario, en el 25% de los casos se producirá un retraso que puede extenderse a todo el periodo de lactancia y en ocasiones incluso más.

5.9- PRIORIDAD EN LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA.

Controlar la ingesta líquida y la diuresis de la paciente. Vigilar los signos vitales de la paciente, presión arterial, enseñar signos de alarma, controlar los patrones de eliminación diarios de la paciente, observar las secreciones vaginales de la paciente, vigilar la herida quirúrgica respecto a signos de infección inflamación excesiva, calor o enrojecimiento, induración o secreción purulenta. Cualquier cambio de los patrones de defecación y micción (en especial, estos últimos), el aumento de la frecuencia cardíaca o la temperatura corporal, y la modificación de las características de los loquios pueden reflejar una infección. La ingesta

líquida y la diuresis, los signos vitales, los patrones de eliminación diarios y los loquios continuarán siendo normales. La incisión se mantendrá exenta de signos de infección. Indicar a la paciente que utilice irrigaciones con agua templada (con una botella de chorro «peri») en lugar de papel higiénico para limpiarse después de orinar y defecar, reforzar la recomendación acerca de utilizar un método de planificación familiar para evitar otro embarazo con un periodo intergenésico corto.

UNIDAD VI IDENTIFICA LOS ELEMENTOS QUE COMPONEN LA UNIDAD CLÍNICA PEDIÁTRICA Y SUS RECURSOS FÍSICOS, HUMANOS, ASÍ COMO SUS CARACTERÍSTICAS.

Objetivo: El alumno conocerá el espacio donde se proporcionan una atención óptima a los pacientes ingresados en la misma y satisfacer sus necesidades y expectativas con calidad y calidez. mediante la prestación de unos Cuidados de enfermería especializados, con la máxima calidad y seguridad, aplicando el proceso de atención en enfermería.

6.1.- ESTRUCTURA DE LA PLANTA FÍSICA DEL ÁREA DE URGENCIAS.

- Área de triage pediátrico
- Consulta externa
- Consultorios para revisión de pacientes
- Pasillos para separar áreas.
- Encamados para pacientes hospitalizados.
- Aislados para separar pacientes con patologías especiales.
- Central de enfermería
- Cuarto para guardar ropa

- Cuarto para resguardar mobiliario y equipo
- Área de hidratación, cuando se atiendan urgencias pediátricas
- Área administrativa
- Séptico
- Baño de pacientes
- Baño para el personal
- Área para preparar medicamentos y campana de flujo laminar.
- Área de descanso

La estructura física de la Unidad debe garantizar un ambiente adecuado que responda a las peculiaridades de la edad pediátrica y de las relaciones de los niños con sus padres en el período de hospitalización.

6.2.- RECURSOS HUMANOS.

El personal que deberá formar parte de la unidad docente será como mínimo: 10 Especialistas en Pediatría. Uno de ellos será el responsable de la Unidad. El cuerpo facultativo, debe poseer la titulación como pediatra y podrán colaborar en la docencia personal de otras especialidades. ATS/DUE, Personal Auxiliar y Personal Administrativo necesario para desempeñar las funciones propias de la Unidad. Enfermeros especialistas en pediatría, licenciados en enfermería, con soporte de manejo en RCP, pediátrico, con experiencia en manejo de niños, mínimo 5 personas por turno para cubrir los 5 turnos básicos.

6.3.- RECURSOS MATERIALES.

Equipamiento. La Unidad dispondrá del equipamiento adecuado para el desarrollo de la especialidad y de manera específica: camas/cunas: Recomendable mínimo. Dependiendo la población atender En condiciones especiales este número podrá rebajarse a 30, contemplándose la acreditación cuando se asocien otras circunstancias que así lo aconsejen. Deberá ser posible el aislamiento de: Infecciones de contagio oral-fecal y aéreo. Inmunodeprimidos. Problemas psicosociales. Cuidados Intensivos pediátricos polivalentes y neonatales Patología prenatal. Endocrinología y crecimiento. Metabolismo. Gastroenterología. Neumología. Cardiovascular. Nefrología. Urología. Enfermedades infecciosas. - Accidentes e intoxicaciones. - Inmunidad y alergia. Adolescencia. Pediatría preventiva. Pediatría

social. Psicología y psiquiatría infantil. Pediatría de atención primaria. Patología crítica infantil. Urgencias pediátricas. Cirugía pediátrica, Dermatología. Se recomienda que, al menos, se disponga de revistas de 10 revistas de prestigio en el ámbito pediátrico nacional e internacional. Carros de reanimación cardiopulmonar, equipo de signos vitales, bombas de infusión, monitor, jeringas, guantes, equipo para toma de hemoglucotest, ropa de cama, equipo para toma de muestras, etc.

6.4.- PLAN DE TRABAJO.

El servicio de urgencias al que se refiere esta norma, deberá contar con un médico responsable del servicio. Existencia de Memoria anual de la Unidad con una antigüedad mínima de 2 años. Normas de la organización interna del Servicio que delimiten línea jerárquica, responsabilidades y funciones. Normas de organización interna de la Unidad en estos aspectos: Línea por estamentos: Facultativos.', ATS. Auxiliares de Clínica, Técnicos especializados (ATL, ATR). Personal administrativo. Reparto de cargas de trabajo. Distribución de funciones:

- Asistenciales.
- Docentes.
- Investigación.

Plan de rotaciones del Residente en el año en curso.

6.5.- PROTOCOLO DE INGRESO.

El Sistema Nacional de Salud, tiene como uno de sus objetivos principales, garantizar la prestación de servicios de atención médica a la población que lo demande, situación que adquiere mayor relevancia cuando el requerimiento de atención médica, se debe a una urgencia médica, ya que, en estas circunstancias, el demandante del servicio se encuentra en un estado de gravedad tal, que precisa de atención inmediata, para poder limitar la progresión de la enfermedad o daño físico que pone en riesgo su vida, un órgano o función. Para que la atención médica de urgencias se proporcione con calidad y seguridad, es indispensable que los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, cuenten con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos, así como que dispongan de criterios claros y homogéneos que les permitan, atenuar, detener e incluso revertir la gravedad que presenta el paciente en una condición de urgencia médica o quirúrgica. En esta norma, se describen las características y requerimientos de la

infraestructura física, el equipamiento mínimo, los criterios de atención, organización y funcionamiento del servicio de urgencias en un establecimiento para la atención médica, así como del personal del área de la salud que interviene en la prestación de los servicios, lo que conjuntamente con el cumplimiento de otras disposiciones jurídicas aplicables, permiten brindar a los pacientes la atención médica inmediata, segura y con calidad que requiere para enfrentar el estado de urgencia que lo aqueja.

Servicio de urgencias, al conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica.

Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata. El servicio de urgencias, protocolo de valoración y actuación, reconocimiento primario y resucitación inicial. Protocolos de Urgencias Primera valoración y tratamiento inicial del niño politraumatizado, En el servicio de urgencias se debe contar con un directorio actualizado de establecimientos para la atención médica, con el propósito de que, en su caso, puedan ser referidos aquellos pacientes que requieran de servicios de mayor grado de complejidad y poder de resolución.

- Manual de organización
- Manual de procedimientos del servicio
- Manual de bioseguridad para el personal, respecto del manejo de RPBI y de los casos de enfermedades infecto-contagiosas como Hepatitis B y C o Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- Manual de mecánica corporal para movilización del paciente
- Bitácoras de mantenimiento predictivo, preventivo o correctivo del equipo médico del servicio.
- Guías de práctica clínica para la atención de urgencias, mismas que deberán corresponder con el tipo de morbilidad o patologías que atiendan con mayor frecuencia.

6.7.- PLAN DE TRABAJO.

El trabajo de enfermería se basa en un método científico, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que puede aplicarse en cualquier situación y medio. En este artículo, describimos la elaboración e implementación de un Plan de Cuidados de Enfermería el PAE, se estandarizaron los cuidados a aplicar y se fijan líneas de acción encaminadas a la continuidad de los mismos tras el relevo del personal sanitario.

6.8.- PRINCIPALES NORMAS, UTILIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- **NOM-087-ECOL-SSA1-2002** sobre el manejo de **RPBI**.

UNIDAD VII COLABORA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL USUARIO PEDIÁTRICO CON LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES MEDIANTE EL PLAN DE CUIDADOS.

Objetivo: El alumno comprenderá las patologías más frecuentes que se tratan en el servicio y aprenderá a dar cuidados de enfermería especializados, con la máxima calidad y seguridad, aplicando el proceso de atención en enfermería.

7.1.- INTRODUCCIÓN A LA PEDIATRÍA.

No es sorprendente que la imagen del pediatra sea la de un/a médico al que le gusten los niños. Un encuestado dijo que: “un sentimiento interior hacia los niños es lo que permite comprenderlos y comunicarse con los niños, donde otros sólo encuentran ruido”. Además de proveer de cuidado preventivo, los pediatras tienen que entrenarse para manejar la enfermedad crónica y aguda. Sin embargo, cada vez más y más niños son derivados a médicos de otras especialidades con un campo de acción orientado a la pediatría, lo que será un problema para los pediatras en el futuro.

pediatría significa: Parte de la medicina que se ocupa del estudio del crecimiento y el desarrollo de los niños hasta la adolescencia, así como del tratamiento de sus enfermedades.

Recién nacido: de 0 a 28 días

Lactante de 1 mes hasta 24 meses

Lactante Menor: de 1 mes hasta 1 año de vida

Lactante mayor: de 1 año hasta 2 años

Preescolar: de 2 a 6 años

Escolar: de 7 a 10 años

Adolescencia de 11 a 19 años.

7.2.- GENERALIDADES DE PEDIATRÍA. ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.

Esta especialidad de la enfermería hace su aparición a finales del siglo XIX, para brindar necesarios cuidados de enfermería a bebés, niños y adolescentes

Qué es la enfermería pediátrica

Rama de la enfermería que se consagra a la atención de recién nacidos y niños, por lo general, hasta la adolescencia o pubertad. Tiene gran importancia ya que se dedica a cuidar e inspeccionar las diferentes facetas del desarrollo de un niño desde el nacimiento hasta que llegar a la adolescencia. Esta especialidad es parte de la práctica médica pediátrica. La mayoría de las unidades de pediatría poseen subespecialidades como la medicina para adultos, en ese sentido, ese personal tiene subespecialidades como cirugía, neurología, gastroenterología, oncología, hematología y neonatología, etc. De igual forma, realiza actividades de vigilancia del crecimiento y desarrollo que conforman parte de la consulta de niño sano, a la cual deben ir todos los niños regularmente hasta la adolescencia.

PRINCIPALES TRASTORNOS ATENDIDOS POR LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Aunque de la edad de los niños depende en mucho sus dificultades de salud, un gran porcentaje de los casos son patologías de tipo infeccioso, ocasionadas porque su sistema inmunológico se encuentra aún en proceso de maduración. Otras afecciones abordadas por la enfermería pediátrica son traumatismos, tumores, y los problemas generados por enfermedades genéticas o deformaciones congénitas. En los servicios de pediatría, los profesionales encargados de enfermería están adiestrados para abordar los síntomas que manifiestan estos pacientes especialmente vómitos, fiebre, malnutrición y deshidratación.

Los neonatos, que comprende los bebés desde el instante de su nacimiento hasta los primeros 28 días de vida, son un conjunto especial de pacientes valorados por un tipo de personal especialista en neonatología, subespecialidad de la pediatría.

OBJETIVOS DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

- Lograr el máximo estado de salud posible en cada niño.
- Prevenir y evitar enfermedades y lesiones

- Trabajar con todos los niños, independientemente de su patología

Enfermería pediátrica, funciones

Para el momento no existe un modelo único de enfermera en Atención Primaria, en vista de que los requerimientos de cada centro de salud permiten diferentes modalidades; una de estas es la enfermería pediátrica, especialidad a la que se tiene acceso a través un curso de pediatría superior.

La enfermera pediátrica se orienta profesionalmente a prevención y promoción de la salud en niños y adolescentes, para ello es fundamental el trabajo conjunto con el pediatra, precisando una unidad de criterios, concordar en todos los aspectos, ejerciendo dedicación exclusiva a la población infantil. Adicionalmente, la enfermera pediátrica es parte fundamental dentro del grupo de atención primaria; es un personaje accesible a la población infantil y una referencia vital para los diversos equipos con los que corrientemente se colabora. La función esencial de un equipo de enfermería es restablecer la salud por medio de actividades asistenciales, interviniendo de manera directa en la cobertura de las necesidades físicas y emocionales de los pequeños, incluyendo la alimentación, las necesidades.

Habilidades:

- Capacidad para emplear el proceso de investigación en el reconocimiento de los requerimientos de un Servicio de Pediatría.
- Capacidad para emplear los estándares de calidad en cada participación de enfermería donde toma parte, en la Unidad Pediátrica.
- Capacidad para dirigir el cuidado de enfermería de forma organizada, particularizada y dirigida a los objetivos del cuidado de enfermería.
- Capacidad para efectuar participaciones terapéuticas, considerando los riesgos y reacciones farmacológicas del organismo del paciente infantil.

- Capacidad para efectuar actividades educativas continuas, encaminadas al cuidado y la prevención de la salud, en la comunidad.
- Capacidad para la manipulación de equipo de alta especialidad, dentro del servicio de terapia intensiva.

7.3.- VALORACIÓN, INSPECCIÓN, PALPACIÓN, PERCUSIÓN, AUSCULTACIÓN Y SIGNOS VITALES EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

Antes de iniciar el procedimiento es necesario identificar las edades cronológica y física, además de la apariencia y actitud del niño y la familia, para después confirmar la información obtenida a través del interrogatorio y la exploración por aparatos y sistemas. Para la exploración física es importante informar y preparar al niño acerca del procedimiento, según sea su edad; es preciso respetar la privacidad de los pacientes y cubrir la zona a explorar, lo cual atenúa su estrés. La entrevista y exploración física se complementan de forma recíproca al realizarlas de manera simultánea. La exploración física en pediatría puede considerarse un procedimiento científico; su práctica puede provocar incomodidad y miedo, tanto al niño como a la familia. Se sugiere que la exploración se lleve a cabo con el niño en brazos o en el hombro de la madre, cuando el paciente sea de escasa edad. Primero se debe establecer comunicación con la progenitora, al tiempo que se aparenta manejar al niño; de esta forma, el paciente observará al clínico y establecerá interés por quien lleva a cabo la exploración.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Es el conjunto de procedimientos y tecnologías que hacen posible reunir información del estado de un niño en relación con su salud o enfermedad.

Objetivos de la entrevista y exploración física

Deben considerarse los siguientes:

- Recopilación de información.

- Valoración de necesidades.
- Jerarquización de necesidades.
- Otorgamiento de los cuidados de enfermería con orden y prioridad.
- Aplicación de cuidados de enfermería con conocimiento y fundamento científico.
- Detección de problemas de salud relacionados con el crecimiento y desarrollo del niño.
- Establecer acuerdos con el familiar y el paciente.
- Educar y favorecer la promoción de la salud, así como la prevención de enfermedades.
- Crear una relación satisfactoria con el niño y su familiar.

Las cuatro fases de la exploración física son inspección, auscultación, palpación y percusión.

Inspección

Es la revisión general del paciente. Se lleva a cabo durante la entrevista. Su finalidad consiste en observar en forma ordenada y establecer, desde un punto de vista anatómico, si el cuerpo es simétrico en relación con uno y otro lado para reconocer alguna anomalía; también es necesario identificar las interacciones entre los padres y el hijo. El éxito de la inspección depende de observar y conceder atención al paciente y a todos los movimientos de la zona bajo exploración.

Es una técnica sencilla; es preciso contar con buena iluminación y efectuarla sin prisa.

Es necesario descubrir toda la zona a explorar y observar la superficie con detenimiento.

Auscultación

Para la auscultación se utiliza el estetoscopio con la finalidad de magnificar el sonido y detectar ruidos cardiacos, pulmonares e intestinales. La campana del estetoscopio se usa para distinguir emisiones de tono bajo, como soplos cardiacos; con el diafragma se pueden percibir emisiones de alta frecuencia, como la respiración.

La auscultación se lleva a cabo con detenimiento; es necesario conceder atención a los ruidos generados por el organismo; esta actividad requiere concentración y buena audición. Se efectúa de forma correcta en un ambiente tranquilo y en silencio. Es muy importante emplear de forma correcta el estetoscopio: los auriculares (limpios, sin cerumen) deben colocarse en el conducto auditivo externo, con los extremos hacia la cara; y el tubo del estetoscopio debe colgar con libertad (el tubo debe estar limpio, para

lo cual se emplea agua y jabón, con objeto de prevenir la contaminación).

Palpación

En la palpación se utilizan las manos y se toca la parte del cuerpo a explorar; con el tacto se perciben temperatura y textura y se diferencian variaciones, así como aspereza, movilidad, elasticidad y resistencia. Las maniobras deben ser suaves, pero la palpación puede ser ligera o profunda, según sea la importancia de lo que se explora (nunca debe lesionarse al paciente). Se recomienda tener las manos a temperatura ambiente y uñas cortas, por razones de seguridad. El paciente debe hallarse en posición cómoda y relajada, realizar respiraciones profundas y lentas, y mantener los brazos a los lados del cuerpo; es importante pedirle al individuo que señale la zona sensible o dolorosa.

Percusión

En esta maniobra se utilizan los dedos para percutir sobre el órgano a explorar; de esta manera es posible identificar anomalías de órganos o detectar el desplazamiento de órganos percutidos. Se emplea la yema de los dedos para percutir los tejidos y tratar de reconocer la presencia de aire, líquidos o sólidos; las características de estos signos son identificables por las vibraciones palpables que emiten.

Los siguientes son ruidos que pueden percibirse a la palpación. La percusión produce cinco tipos: timpanismo, resonancia, hiperresonancia, matidez y llanura.

- Los ruidos mate son los de tonos graves y bruscos, producidos al percutir músculos o huesos.
- Los ruidos sordos poseen un tono medio y pueden escucharse sobre hígado y bazo.
- El timpanismo es un ruido alto y agudo que se percibe sobre el estómago lleno de aire.
- La resonancia es un ruido claro y hueco producido por la percusión sobre el pulmón lleno de aire.
- La percusión es quizás la actividad que requiere más habilidad; implica golpear con las puntas de los dedos órganos corporales e identificar sus límites.

Los dos métodos de percusión son el directo y el indirecto. En el método directo se golpea la superficie con uno o dos dedos de manera suave y delicada, sin causar dolor y rechazo. Para el método indirecto se coloca con firmeza el dedo medio de la mano no

Equipo para la exploración física

El equipo incluye lo siguiente:

- Termómetro.
- Lámpara.
- Cinta métrica.
- Guantes.
- Estetoscopio.
- Bata.
- Báscula.
- Abatelenguas.
- Lubricante.
- Torundas.
- Gasas.
- Apósitos.
- Esfigmomanómetro y manguito.
- Diapasón.
- Estuche de diagnóstico.
- Martillo de percusión.
- Tubos de ensayo para muestras de laboratorio.
- Reloj.
- Portaobjetos.

Tecnología de la exploración física

Están indicadas las siguientes medidas:

- Lavarse las manos antes de preparar el material.
- Asearse las manos antes de iniciar la exploración; esta acción es un indicador de calidad y reduce el riesgo de infección o contaminación.
- Impedir las corrientes de aire para evitar incomodidad y enfriamientos, que pueden provocar afectación de las vías respiratorias.

EXPLORACIÓN CEFALOPODAL

Esta valoración se realiza al inicio para obtener datos exactos y resoluciones terapéuticas importantes.

Cabeza y cara: tamaño, contorno, perímetro, integridad, simetría, hundimientos, color, dolor, sensibilidad, lesiones y edemas.

Cuero cabelludo: color, textura, caspa, crecimientos o neoformaciones, lesiones e inflamación. En condiciones normales se observa la simetría de la cabeza y la implantación de la piel cabelluda o descamación, además de hipersensibilidad, deformidades o infestación de piojos o liendres.

Cara: movimientos, expresión, pigmentación, acné, tics, temblores y cicatrices. Es necesario identificar rasgos faciales, movimientos anormales, simetría, movimientos de la cabeza y tono de las fontanelas anterior y posterior.

Ojos, deben verificarse en cada uno de ellos los siguientes aspectos:

- Agudeza: pérdida visual, lentes, prótesis, diplopía, fotofobia, visión del color, dolor, entre otros.
- Párpados: color, edemas, orzuelos o exoftalmos.
- Movimiento extraocular: posición y alineación de los ojos o nistagmo.

SIGNOS VITALES.

Los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma constante, como la temperatura, respiración, pulso y presión arterial o presión sanguínea. El conocimiento de los signos vitales en un individuo permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico. Deben tomarse en conjunto sin importar el orden en que se realice.

PROMEDIO DE MAGNITUDES DE SIGNOS VITALES EN EL NIÑO.

EDAD	F.C	F. R.	P/A	TEMP.
Lactante menor	140 a 150/min	De 40 a 50/ min.	70/46mm/dl	36.6 a 37.4 °C
Lactante Mayor	100/min 25	25 a 30/min	90/60	36.5 a 37.2 °C
De 2 a 4 años	90 a 110/min	23 a 25/min	92/56	36.8 a 37.2 °C
De 6 a 8 años	70 a 90/min	15 a 25/min	100/60	36.5 a 37 °C
Adolescente	70 a 100/min	12 a 20/min	110/70 36.8	36.8 a 37.2 °C

7.4.- PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON QUEMADURAS POR AGENTES FÍSICOS, E INTOXICACIONES.

Las quemaduras son el resultado de un traumatismo físico o químico que induce la desnaturalización de las proteínas tisulares, produciendo desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción total de los tejidos implicados. Desencadena tres efectos determinantes: pérdida de líquidos, pérdida de calor y pérdida de la acción barrera frente a los microorganismos. Constituyen un problema de salud en la población debido a la lesión y secuelas tanto físicas como psicológicas que desencadenan Objetivos:

1) Realizar una valoración integral de enfermería desde una perspectiva holística de un paciente que ha sufrido quemaduras en el 20% de la superficie de su cuerpo.

2) Establecer un plan de cuidados personalizado utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC y evaluar la eficacia de las intervenciones determinadas. Desarrollo: Se realiza un plan de cuidados individualizado empleando las taxonomías NANDA, NOC y NIC para identificar diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones enfermeras, respectivamente. Se aplica el modelo AREA, y se establecen como diagnósticos principales “dolor agudo” y “conocimientos deficientes”. Se realiza un plan de cuidados individualizado y posteriormente se lleva a cabo un seguimiento del paciente durante los días que permanece ingresado para valorar su evolución.

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano. Recubre toda la superficie corporal oscilando entre 1.6 y 1.9 m² y con un peso de hasta 14 kg en un adulto promedio. Estructuralmente, este órgano está dividido en dos capas. La epidermis es la capa más externa de la piel y como tal, primera línea de defensa. Embriológicamente, deriva del ectodermo y constituye la barrera que nos protege de las agresiones externas. Asimismo, mantiene el nivel adecuado de los líquidos internos, permitiendo mediante su permeabilidad, que algunos de ellos puedan salir al exterior.

La dermis está unida a la epidermis mediante la unión dermoepidérmica. Está compuesta por tejido conectivo, que contiene colágeno y fibras elásticas que proporcionan fuerza y elasticidad a la piel. Además, desempeña una función protectora frente a la lesión mecánica y a la compresión

La hipodermis, también llamada capa subcutánea, no forma parte de la piel, pero se encuentra profunda a la dermis y establece la conexión con las estructuras subyacentes del cuerpo. Está constituida principalmente por tejido fibroso y adiposo. Ayuda a conservar la temperatura corporal, proporciona forma al contorno y le da movilidad a la piel.

CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS.

La magnitud de la lesión tisular que se produce va a depender del agente causante de la quemadura, la extensión del área quemada y la profundidad de dicha lesión.

Etiología: Quemaduras térmicas

- Cualquier fuente de calor, llama, líquido o sólido caliente. Quemaduras por radiación
- Exposición prolongada a radiación ultravioleta, ya sea natural o artificial. Quemaduras químicas
- Sustancias líquidas, sólidas o gaseosas de origen ácido o básico

Primer grado o epidérmicas:

- Afectan únicamente a epidermis. Aspecto enrojecido, eritematoso. Son molestas y muy sensibles al tacto. Existe vasodilatación local postliberación de prostaglandinas, produciendo edema local. Curación espontánea en 4 o 5 días mediante reepitelización.

Segundo grado superficial:

- Afecta a epidermis y capa más superficial de la dermis. Presentan flictenas o ampollas. Cuando las ampollas se rompen aparece el fondo de un color rojo muy vivo y muy sensible. Son de tipo exudativo y la zona se presenta hiperémica con blanqueamiento a la presión local. Doloroso al aire ambiental.

Segundo grado profundo:

- Afectan a epidermis y capas más profundas de la dermis. No presentan flictenas ya que se han destruido anteriormente por la continuidad en el tiempo del agente causal. — No blanquean cuando se presiona localmente. Al tirar del pelo, se desprende fácilmente. Relativamente dolorosa, va a depender de la masa de terminaciones nerviosas sensitivas cutáneas quemadas.

Tercer grado

- Afecta a todo el espesor de la piel presentando destrucción del estrato dermo-epidérmico. Puede llegar a quemarse hasta la grasa, la fascia subcutánea, músculos, tendones y/o huesos. Su aspecto oscila entre el carbonáceo y el blanco nacarado. Son indoloras por total destrucción de las terminaciones nerviosas. En estos casos, siempre es necesario desbridamiento quirúrgico y el autoinjerto de piel. Pueden requerir también escarotomías si las quemaduras son circulares y/o comprometen la circulación siendo necesaria en ocasiones la amputación.

7.5. PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES PEDIÁTRICOS EDAS.

Gastroenteritis es el término que se aplica en el grupo de trastornos cuya causa son las infecciones víricas o bacterianas del estómago e intestino. Se entiende por GEA el aumento del número de deposiciones y disminución de la consistencia de las heces. Según la Academia Americana de Pediatría, GEA es todo proceso diarreico de rápida instauración, con o sin síntomas y signos acompañantes tales como fiebre, náusea, vómitos y dolor abdominal. La complicación más común es la deshidratación.

La valoración del grado de deshidratación es fundamental, siendo la rehidratación oral el tratamiento de elección en niños con GEA que presentan deshidratación de leve a moderada.

Objetivo:

- Mantener una adecuada hidratación del niño Educar a la familia / cuidador principal en el manejo del plan de cuidados del niño con gastroenteritis y prevenir complicaciones

Tabla I: Estimación Clínica de la Deshidratación (Fortín y Parent)

	0	1	2
LENGUA	Húmeda	Algo seca	Seca
FONTANELA	Plana	Algo Hundida	Profundamente hundida
OJOS	Normales	Algo Hundidos	Profundamente hundidos
PLIEGUE	Recuperación instantánea	< 2segundos	2 segundos
NEUROLOGICO	Normal	Quejumbroso	Apático
RESPIRACION	Tranquila	Rápida	Profunda
EXTREMIDADES	Calientes	Frías	Frías, azules

Si el niño este semicomatoso o muy irritable añadir 3.

Deshidratación leve 0-3 Deshidratación moderada 4-8 Deshidratación severa 9-17

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA IDENTIFICADOS EN EL NIÑO CON GASTROENTERITIS AGUDA.

Requisitos de autocuidado universal:

Alimentación. Náuseas / Vómitos r/c el proceso de enfermedad.

Déficit de volumen de líquidos r/c el proceso de enfermedad.

Eliminación. Diarrea r/c el proceso de enfermedad.

Descanso. Deterioro del patrón del sueño r/c el dolor, vómitos...

Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada.

Prevención accidentes Riesgo de flebitis r/c accesos vasculares. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c evacuaciones frecuentes. Riesgo de traumatismo r/c edad fisiológica.

Manejo ineficaz del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos de la familia sobre la enfermedad.

Promoción de la normalidad.

Temor de los padres y el niño r/c el entorno sanitario y cambios en la salud. Dolor agudo r/c el proceso de enfermedad. Déficit de actividades recreativas r/c el entorno hospitalario.

UNIDAD VIII REALIZA TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO

Objetivo: El alumno podrá exponer la atención que requiere el niño hospitalizado mediante la revisión de la literatura dada, para poder brindar los cuidados óptimos mediante los procedimientos de enfermería.

8.1- TÉCNICA DE INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA Y SONDA DE FOLEY

A). TÉCNICA DE INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA.

Es el procedimiento donde se introduce una sonda nasogástrica por nariz o boca a la cavidad gástrica

Objetivos:

- Suministrar alimentos a la cavidad gástrica del paciente para nutrirlo.
- Administrar medicamentos a la cavidad gástrica con fines terapéuticos.

Equipo y material: charola con:

- Sonda nasogástrica (Levin) calibre 12 a 18 F, de preferencia desechable.
- Vasija con agua fría o trozos pequeños de hielo.
- Vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble.
- Pinzas hemostáticas.
- Bandeja en forma de riñón para secreciones o vómito.
- Cinta hipoalérgica de 2.5 a 3 cm.
- Hisopos, gasas.
- Toallas o compresas.
- Cojín de hule o plástico.
- Pañuelos desechables.
- Guantes.
- Estetoscopio.

- Abatelenguas.

Procedimiento

1.- lavarse las manos

2.- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clínica, dejando la sonda en un recipiente con hielo

3.- Explicarle el procedimiento al paciente y colocarle en posición sedente o de Fowler o semifowler

4.- Asear narinas o boca con hisopos o gasas con abatelenguas, dependiendo del tipo de intubación

5.- Proteger la parte anterior del tórax con hule y toalla, y colocar debajo del mentón la bandeja-riñón

6.- Intubar de la forma siguiente:

- Calzarse los guantes
- Extraer la sonda del hielo para medir a parte que se va a introducir
- Humedecer la sonda con solución fisiológica

- Introducir con lentitud la sonda a nasofaringe posterior, por la nariz y pedirle que degluta sorbos de agua para facilitar su avance
 - Indicarle que flexione el cuello sobre el tórax y respirar con profundidad una vez pasados de 7 a 8 cm de longitud de la sonda
 - En caso de que no pueda intubarse, retirar la sonda y probar en narina contraria
 - Comprobar que la sonda se encuentre en estómago
- 7.- Fijar la sonda con cinta hipoalergénica
 - 8.- Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deseado
 - 9.- Vigilar el estado del paciente, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo
 - 10.- Logrados los objetivos, se retira la sonda con una pinza o toalla, previa explicación al paciente y retiro de las cintas de la fijación
 - 11.- Desechar la sonda o lavarla con agua corriente para su esterilización, dependiendo del tipo de material usado

B). INSTALACIÓN DE SONDA DE FOLEY

La eliminación urinaria depende de la función de los riñones, uréteres, vejiga y uretra; y es una de las más importantes del organismo, que, sin su correcto funcionamiento, acaban por afectarse todos los sistemas orgánicos. La eliminación normal de los residuos urinarios es básica, misma que la mayoría de las personas dan por hecho, pero cuando cualquiera de los órganos del sistema urinario ya no está intacto, los pacientes también pueden experimentar, aparte del sufrimiento orgánico, sufrimiento emocional, en la instalación de una sonda Foley. Es la inserción de una sonda estéril en la vejiga para drenar la orina.

Objetivos:

- Obtener una muestra de orina exenta de contaminación para investigar la presencia de microorganismos patógenos.
- Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Prepararlo para intervenciones quirúrgicas.

- Evitar micciones involuntarias en pacientes inconscientes o con problemas neurológicos.

Equipo y material:

charola con equipo para aseo de genitales, una sonda Foley o nelatón calibre 8 a 10 Fr para niños y 12 a 16 Fr para adultos, gasas y torundas estériles, solución antiséptica, pinzas hemostáticas, guantes limpios y estériles, jeringa estéril de 5 y 10 mL, ampolletas de agua estéril, bandeja-riñón, cómodo, lámpara de pie o de exploración.

Procedimiento:

- 1.- Trasladar el equipo a la unidad clínica y colocarlo en la mesa de noche. Lavarse las manos
- 2.- Explicar al paciente el procedimiento
- 3.- Aislarlo y colocar en posición de decúbito dorsal con las piernas flexionadas al hombre y en posición ginecológica a la mujer, cubrir con sábana e instalar el cómodo
4. Colocar una lámpara encendida que permita iluminar el campo
- 5.- Realizar el aseo de genitales externos con solución antiséptica y guantes limpios
- 6.- Disponer el equipo que va a utilizarse según el caso. Abrir paquetes con gasas, jeringas, pinzas, sonda vesical, ampolletas, solución antiséptica, recipiente colector, campos
- 7.- Colocarse los guantes estériles
- 8.- Probar la permeabilidad de la sonda
- 9.- Proceder a instalar la sonda **En paciente femenino:** - Con una mano separar y levantar los labios menores para localizar el meato - Sin cerrar los labios menores, tomar la sonda e introducirla de 5 a 7 cm hasta que empiece a fluir la orina.
- 10.- **En paciente masculino:**
 - Con una mano protegida con gasa para tomar el pene y colocarlo en posición erecta - Retraer el prepucio y localizar la uretra - Introducir el catéter de 15 a 20 cm aplicar una presión suave y continua; bajar el pene para que por gravedad fluya la orina hacia el exterior.

8.2- ADMINISTRACIÓN DE OXIGENOTERAPIA POR DIFERENTES DISPOSITIVOS.

La oxigenación es una necesidad básica para realizar los procesos metabólicos. El oxígeno forma parte del gas atmosférico en 21%. El oxígeno comercial para uso clínico debe ser por

lo menos 99% puro; se produce por destilación fraccionada, purificado por compresión, expansión y enfriamiento y por último, en estado líquido o gaseoso se depositan recipientes metálicos en un sistema central o en cilindros de diferentes tamaños.

El CO₂ es un estimulante respiratorio que, en combinación con el oxígeno, favorece la hiperventilación pulmonar en pacientes con depresión respiratoria o accesos frecuentes de hipo. Se aplica una concentración de 3 a 10% durante 10 a 15 min varias veces al día, según el caso. La administración de este gas requiere vigilancia continua para detectar con oportunidad, la aparición de signos de intoxicación (sobre todo náusea, vértigo y desorientación). La administración de oxígeno se utiliza de una manera muy conservadora en los individuos con enfermedades respiratorias agudas o crónicas, ya que los valores altos de este gas pueden alterar el centro del bióxido de carbono y originar un paro cardiorrespiratorio.

Un paciente requiere de este tratamiento cuando aparece hipoxemia por urgencia respiratoria, cardíaca o incremento de las funciones metabólicas. En una **urgencia respiratoria**, la administración de oxígeno permite al paciente reducir sus esfuerzos respiratorios, como en el caso de atelectasia o síndrome de insuficiencia respiratoria, que impiden la difusión de oxígeno a través de los alvéolos. En una insuficiencia cardíaca, la oxigenoterapia ayuda a satisfacer la mayor carga de trabajo del miocardio conforme el corazón intenta compensar la hipoxemia. (En este capítulo se describen las intervenciones de enfermería en la reanimación cardiopulmonar o RCP.) Cuando se trata de **demandas metabólicas** (traumatismo masivo, quemaduras, hipertermia y otros problemas), la administración de oxígeno suministra al cuerpo los elementos indispensables para satisfacer sus necesidades celulares. La necesidad de oxigenoterapia se determina mediante análisis y vigilancia oximétrica, así como mediante examen médico, considerando la enfermedad, condición física y edad del paciente que ayudan a definir el método más apropiado de administración. La presión parcial de oxígeno en la sangre arterial en personas oxígeno-dependientes activas puede lograrse mediante equipos portátiles, durante la realización de actividades cotidianas, casos de urgencia y traslado a sitios diferentes. Estos equipos cuentan con cilindro de aluminio de capacidades diversas (para determinar su

duración, es necesario conocer los litros por minuto prescritos), un regulador desmontable con manómetro e indicador de flujo y carro porta cilindro.

En la oxigenoterapia se utilizan varios dispositivos y accesorios:

(flujómetros, humidificadores, mascarillas, cánulas, inyectoros de succión, sistemas de alarmas digitales o audiovisuales para monitoreo de gases medicinales, nebulizadores para dosificación de medicamentos solubles en agua, compresores y otros). Los métodos más frecuentes para su administración son:

por cánula nasal, mascarilla facial (mascarilla de Venturi, mascarilla simple, mascarilla con Re inhalación parcial, mascarilla sin reinhalación), aerosoles y oxígeno transtraqueal. La administración de oxígeno por cualquier método, requiere mantener las vías respiratorias libres de secreciones; esto se consigue por drenaje postural y percusión torácica, pero en el caso del exceso de secreciones se recurre a su eliminación, por lo que en este capítulo también se integra el procedimiento de aspiración de secreciones.

Concepto: procedimiento para administrar oxígeno en concentraciones terapéuticas al individuo a través de las vías respiratorias cuando aparece hipoxemia respiratoria, cardiaca o incremento de las funciones metabólicas.

Objetivo: incrementar la oxigenación del paciente en caso de hipoxemia.

Equipo y material: el equipo necesario depende del tipo de sistema de administración indicado, pero incluye lo siguiente:

- Fuente de oxígeno, que puede ser parte de un servicio general con distribución a las unidades clínicas, o bien un depósito por lo general de 200 pies
- Sistema apropiado para administrar oxígeno: cánula nasal, mascarilla simple, mascarilla Venturi, mascarilla provista de aerosol, mascarilla con reinhalación parcial, o mascarilla sin reinhalación para concentraciones de oxígeno de bajo flujo o variable, capucha o campana para concentraciones de oxígeno con flujo elevado o específico. cúbicos conteniendo 600 L de oxígeno a 2 000 lb de presión por pulgada cuadrada
- Regulador de oxígeno que disminuya la presión de 2000 lb a 20 (las toleradas por el paciente), y que asegure un flujo suave y suficiente al ritmo deseado.

- Dispositivo humidificante de cristal o plástico estéril conteniendo 2/3 partes de agua destilada. Tubo de derivación, adaptadores de cristal o plástico, cinta adhesiva, gasa o hisopos, bandeja en forma de riñón y pañuelos desechables.

- Letreros con la leyenda “**PRECAUCIÓN, OXÍGENO**” o “**NO FUMAR**”.

Administración de oxígeno por cánula nasal

Concepto: método para administrar oxígeno a través de las fosas nasales

Objetivo: administración de oxígeno de baja o moderada concentración (20 a 40%) de 1 a 2 L/min.

Equipo y material: equipo básico de oxigenoterapia y cánula nasal.

Administración de oxígeno por mascarilla

Concepto: procedimiento a través del cual se administra oxígeno a concentraciones elevadas (60 a 90%) 6 a 10 L/min (cuadro **Objetivos:** administrar oxígeno en alta concentración

(95 a 100%). **Equipo y material:** equipo básico para oxigenoterapia, flujómetro y mascarilla Venturi

ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO CON CÁNULA NASAL

- 1.- Inspeccionar el cuarto del paciente en cuanto a dispositivos eléctricos y colocar un letrero con la leyenda “NO FUMAR” y “PRECAUCIÓN OXÍGENO
- 2.- Evaluar las condiciones del paciente e informarle la razón de administrarle oxígeno.
- 3.- Conectar el medidor al humidificador y éste a la toma de oxígeno y conectar el tubo de derivación a la cánula de plástico
- 4.- Asear las narinas antes del procedimiento y después de acuerdo con las necesidades del paciente.
- 5.- Colocar las puntas de la cánula a una distancia no mayor a 1.25 cm alrededor de en los orificios nasales del paciente.
- 6.- Iniciar con lentitud la corriente de O₂ y ajustar el flujo de 1 a 6 L/min

- 7.- Ajustar el tubo a la cabeza del paciente y fijarlo en la almohada o ropa de cama, si es que éste permanece en reposo
- 8.- Dejar cómodo al paciente y vigilar de manera continua el funcionamiento del equipo, signos vitales y la respuesta de éste a la oxigenoterapia
- 9.- Utilizar oximetría de pulso una vez estabilizado el paciente
- 10.- Proporcionar cuidados a las narinas cada 4 a 6 h
- 11.- Valorar el funcionamiento del equipo y observar con frecuencia al paciente para la detección oportuna de signos y síntomas de alarma.

8.3.- TÉCNICA DE VENOCLISIS Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR IV.

A). TÉCNICA DE VENOCLISIS. ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES POR VÍA ENDOVENOSA

Concepto: es la perfusión de líquidos en grandes volúmenes al torrente sanguíneo en forma continua y por un tiempo determinado o prolongado

Objetivos:

- Aplicar sustancias no absorbibles en depósitos tisulares o en el aparato gastrointestinal o que se puedan destruir antes de la absorción.
- Mantener y restituir el equilibrio hidroelectrolítico.
- Mantener una concentración constante del medicamento por periodos indefinidos.
- Suministrar nutrición parenteral.

Equipo y material: charola con equipo básico y equipo específico: equipo de punción venosa o jeringa

TÉCNICA ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES POR VÍA ENDOVENOSA

- 1.- Preparar el equipo de venoclisis con la solución indicada y medicamentos agregados si están prescritos
- 2.- Seleccionar, preparar e instalar el equipo correspondiente al frasco o bolsa de solución, purgarlo, llenar la mitad de la cámara de goteo y cubrir la aguja con un tubo protector

- 3.- Rotular el recipiente • El rótulo con el nombre del paciente, número de cama, cantidad y tipo de solución, medicamentos agregados, fecha y hora de inicio, goteo por minuto y hora programada para su terminación permiten el control en la atención del paciente
- 4.- Explicar al paciente el procedimiento y colocarlo en posición cómoda; luego colocar en un trípode el recipiente de la Solución
- 5.- Seleccionar zona de canalización y vena de buen calibre y ligar la región, colocando la extremidad sobre un punto de apoyo, previa protección de la ropa de cama.
- 6.- Insertar la aguja o Punzocat, previa asepsia de la región, con el bisel hacia arriba apoyándose sobre un plano resistente y formando un ángulo menor de 30° entre la jeringa o Punzocat y el sitio a puncionar.
- 6.- Insertar la aguja o Punzocat, previa asepsia de la región, con el bisel hacia arriba apoyándose sobre un plano resistente y formando un ángulo menor de 30° entre la jeringa o Punzocat y el sitio a puncionar
- 7.- Soltar la ligadura e introducir el líquido con lentitud, aspirando para confinar la permanencia de la aguja en el vaso sanguíneo.
- 8.- Abrir la llave del equipo sin regular el goteo y fijar el equipo a la aguja hipodérmica o equipo de punción venosa con cinta adhesiva, sin olvidar normas de asepsia. Hacer un arco del tubo de infusión para evitar su desconexión durante la manipulación del paciente. Anotar fecha y hora de inicio
- 9.- Colocar la extremidad respectiva con férula y después regular el goteo de acuerdo con la prescripción médica.
- 10.- Dejar en orden la unidad clínica y vigilar el goteo indicado hasta terminar de pasar la solución prescrita o bien cambiar, si es necesario, otra solución o el equipo de venoclisis
- 11.- Vigilar de forma periódica al paciente para detectar con oportunidad manifestaciones clínicas locales o sistémicas, o problemas mecánicos en el equipo.
- 12.- Cambiar apósito y aplicar drenaje adhesivo o comprensivo en caso de que el equipo permanezca por varios días, o bien, al término del tratamiento pinzar el catéter de infusión para su retiro.

13.- Vigilar la respuesta posterior del paciente a la infusión de líquidos

14.- Registrar fecha y hora de inicio, cambio o término de solución, medicamentos agregados, goteo y reacciones locales y sistémicas en caso de haberse presentado.

B)- Administración de Medicamentos por I.V.

Administración de medicamentos por vía endovenosa

Concepto: es la administración directa de medicamentos al torrente sanguíneo.

Objetivos:

- Lograr el efecto del fármaco en un tiempo mínimo.

Material y equipo.

charola con equipo básico y equipo específico, jeringas adecuadas al volumen del medicamento agujas y jeringas hipodérmicas de calibre 18 a 27 o de acuerdo con la vía de administración, sierra para ampolletas, compresas o protector de hule y torundas alcoholadas.

Procedimiento:

- 1.- Preparar el medicamento y verificar su fecha de caducidad
- 2.- Preparar el medicamento en jeringa hipodérmica
- 3.- Explicar al paciente el procedimiento y colocarlo en posición cómoda.
- 4.- Seleccionar zona de canalización y vena de buen calibre y ligar la región, colocando la extremidad sobre un punto de apoyo, previa protección de la ropa de cama.
- 5.- Insertar el catéter o la aguja previa asepsia de la región con el bisel hacia arriba apoyándose sobre el plano resistente y formando un ángulo menor de 30° entre la jeringa y el sitio a puncionar.
- 6.- Vigilar durante el procedimiento al paciente para detectar con oportunidad manifestaciones clínicas locales o Sistémicas.
- 7.- Al terminar de pasar el medicamento, hacer presión sobre el sitio de punción.
- 8.- Registrar fecha, hora, medicamento y reacciones locales o sistemáticas en caso de haberse presentado.

BIBLIOGRAFIA BASICA Y COMPLEMENTARIA

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida Fecha de publicación: 07 de abril de 2016

Ackley BJ, Ladwig GB: *Manual de Diagnósticos de Enfermería*.

Guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. España: Elsevier Mosby 2007.

Alfaro-LeFevre R: *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. 5ª ed. España: Masson 2005.

Almansa MP: *Metodología de los Cuidados de Enfermería*. España: Editores Diego Marín Librero 1999.

Berman A, Snyder J, Kozier B, Erb G: *Fundamentos de Enfermería*.

Conceptos, procesos y prácticas. Vol I. 8ª ed. España: Pearson Prentice Hall 2008.

Fundamentos de enfermería, ciencia metodología y tecnología de Eva Reyes Gómez

NOM 005, GUIA PRACTICA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR.

Tuirán R, Zúñiga E, Zubieta B, Delgado D, Estrada L, Camarena RM. Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico (serial online) noviembre 2000.

Disponible en: URL: <http://www.conapo.gob.mx>.

Norma Oficial Mexicana. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. México: NOM007-SSA2-1993

Observatorio de la Mortalidad Materna, 2012 “Salud sexual y reproductiva” en Boletín bimensual de salud sexual y reproductiva No. 13.

Organización Internacional del Trabajo (OIT) 2007 “Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica”, Documento de consulta OIT, en http://www.ilo.org/public/spanish/protection/secsoc/downloads/healthpolicy_sp.pdf> acceso agosto de 2012.

González Merlo J. Anatomía e Histología del Aparato Genital femenino. Ed Salvat, 1986.
Guzmán López S, Guzmán López, A. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo I. Ed Panamericana, 2003.

Kässer O, Ikle FA, Hirchs HA. Atlas de operaciones ginecológicas. Ed Marban, 2003.

Lombardía Prieto J, Rodríguez Prieto I, Carreira Gómez MC. La mama paso a paso. Ed Ergon, 2002.

CLAP/SMR Publicación científica N° 1573, Guías para el Continuo de Atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS, 2010 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Paraguay, Norma Nacional De Atención Prenatal, 2006 Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada-Manual Técnico, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno n° 5, Brasília – DF, 2005

Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta ed. Buenos Aires: El Ateneo. 2008.

De Miguel JR, Sánchez M. Episiotomía: Criterio Obstétrico Actual. En: Escudero M. Libro del Año de Obstetricia y Ginecología. Madrid: SANED S.L. 1999.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000600010

Guías de Práctica Clínica (SSA-226-09, Z 370) <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>.

Norma oficial mexicana NOM- 019 SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.

Norma oficial Mexicana NOM 007 – SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. 004- SSA3-2012 Del expediente clínico.

Dyer JA. Newborn skin care. Semin Perinatol. 2013;37(1):3-7. 2. Blume-Peytavi U, Cork MJ, Faergemann J, Szczapa J, Vanaclocha F, Gelmetti C. Bathing and cleansing in newborns <https://maternidadfacil.com/los-cuidados-de-enfermeria-en-el-puerperio-inmediato/>

NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Enfermería pediátrica Irma Valverde 2da edición.

Ramírez Carlos E., Ramírez B. Carlos E., González Luis Felipe, Ramírez Natalia, Vélez Karina. Fisiopatología del paciente quemado. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2010.[acceso marzo 2016 42 55-65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072010000100007&lng=en

Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ed. Mosby-Harcourt. Barcelona

McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª Ed. Mosby-Elsevier. Madrid. 2004.

Libro de fundamentos de enfermería segunda edición, ciencia, metodología y tecnología de Eva Reyes Gómez