Nombre del Alumno: Francisco de la Cruz Hernández

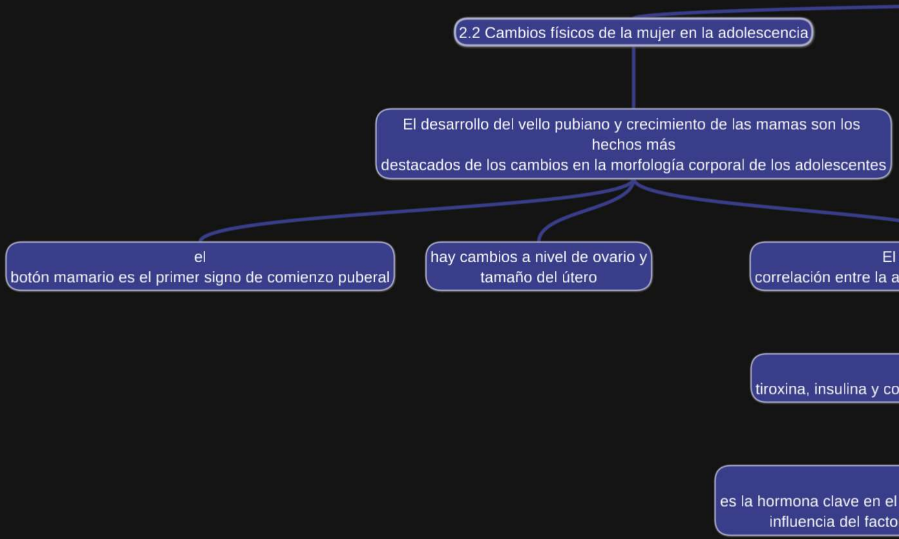
Parcial 2

Nombre de la Materia : Enfermería en el cuidado de la mujer

Nombre del profesor: Juana Inés Hernández

Nombre de la Licenciatura : enfermería

Cuatrimestre: 4



2.2 Cambios físicos de la mujer en la adolescencia

El desarrollo del vello pubiano y crecimiento de las mamas son los hechos más
destacados de los cambios en la morfología corporal de los adolescentes

el
botón mamario es el primer signo de comienzo puberal

hay cambios a nivel de ovario y tamaño del útero

El
correlación entre la a

tiroxina, insulina y co

es la hormona clave en el
influencia del facto

crecimiento implica una
ctividad endocrinológica y el sistema óseo

La GH,
rticoides influyen en el aumento de la talla

La GH
crecimiento longitudinal; está secretada bajo la
r de liberación GHRH y la somatostatina

La lucha dependenciaindependencia

- en la primera adolescencia (12 a 14 años)
- la relación con los padres se hace más difícil, ex
  confrontación; el humor es variable y existe un

2.3 Cambios emocionales en la mujer en la adolescencia

Las trasformaciones físicas tienen un correlato en la esfera psicosocial

La importancia de la imagen corporal

iste mayor recelo y
“vacío” emocional

los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes

Las relaciones son fuertemente
emocionales y aparecen las relaciones con el sexo

generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo

Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia

La relación con sus pares

opuesto.

En la adolescencia media, estas relaciones son intensas

luego (18 a 21 años) la relación con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones más o menos estables de pareja

el desarrollo de la propia identidad

en la primera adolescencia hay una visión
Desarrollo psicosocial (12 a 14 años)

UNIDAD II
CUIDADOS DE LA MUJER DURANTE LA ADOLESCENCIA

CAMBIOS CARDIOVASCULARES

el volumen sanguíneo se incrementa significativamente

Este aumento inicia alrededor de la semana 6 de gestación
y alcanza un volumen que va desde aproximadamente 4,700 ml a 5,200 ml
para la semana 32 de gestación

CAMBIOS PULMONAR

esde la 4ta semana de gestación
capilares de la mucosa na

Al inicio de

el volumen de reserva inspiratoria
(volumen adicional que se puede inspirar por encima del volumen corriente =
3000 mL) se reduce

Los cambi
experimentan van desde camb

ES Y RESPIRATORIOS

se observa una dilatación de los
sal, orofaríngea y laríngea

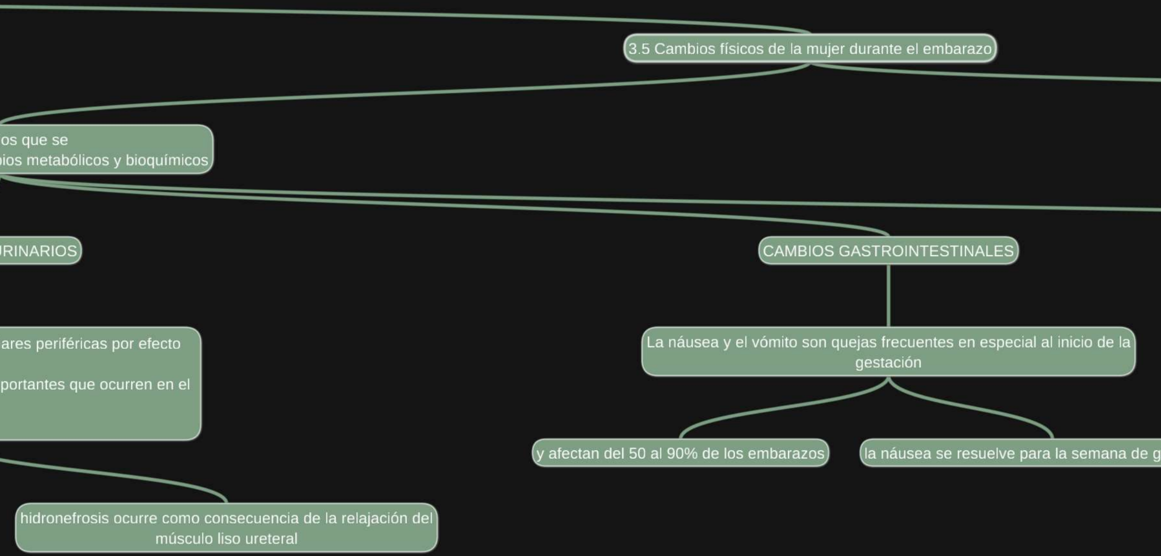
l embarazo

pero en el
tercer trimestre este volumen de reserva aumenta, como resultado de la
disminución de la capacidad residual funcional

CAMBIOS RENALES Y U

La disminución de las resistencias vascul
hormonal
es uno de los cambios adaptativos más im
cuerpo
de la mujer

,los
riñones incrementan su tamaño alrededor de un 30% y pueden alargarse
entre
1 y 1.5 cm por el aumento del volumen vascular e intersticial



3.5 Cambios físicos de la mujer durante el embarazo

os que se
bios metabólicos y bioquímicos

URINARIOS

ares periféricas por efecto

portantes que ocurren en el

hidronefrosis ocurre como consecuencia de la relajación del músculo liso ureteral

CAMBIOS GASTROINTESTINALES

La náusea y el vómito son quejas frecuentes en especial al inicio de la gestación

y afectan del 50 al 90% de los embarazos

la náusea se resuelve para la semana de g

CAMBIOS HEMATOLÓGICOS

- Debido a la ausencia de la menstruación, los requerimientos de hierro disminuyen durante el primer trimestre del embarazo
- producción elevada de eritrocitos maternos y la aceleración del crecimiento tanto placentario como fetal

estación 20

- hasta cambios anatómicos macroscópicos evidentes, e incluso cambios conductuales y emocionales
  - Los cambios que se presentan en el organismo materno comprenden:
    - aumento de
      peso, aumento de volumen abdominal, aumento del tamaño de las mamas,
      poliaquiuria, estreñimiento, pirosis, hiperpigmentacion de la piel en algunas
      zonas, etc.
  - Cambios que solo son evidentes durante la exploración física
    - reducción de la tensión arterial, aumento de la
      frecuencia cardiaca, presencia de S3 en los ruidos cardiacos, etc

Cambios solo detectados mediante estudios paraclínicos

cambios en la biometría hemática, examen general de orina, etc. (descritos en
detalle más adelante).

miMind

- mujer-Embarazo
  - 3.7 Valoración del feto durante el embarazo
    - permite identificar a los fetos que pueden estar en riesgo a través de una serie de pruebas que evalúan el crecimiento y vitalidad del feto durante el embarazo y el trabajo del parto, y así poder diagnosticar precozmente el sufrimiento fetal y poder prevenir un daño irreversible o la muerte
      - estudia el bienestar fetal
        - examinando diferentes variables para comprobar cuales favorecen un parto eutócico, cuales un parto instrumental o una cesárea. permite identificar a los fetos que pueden estar en riesgo a través de una serie de técnicas y procedimientos que evalúan el crecimiento y vitalidad del feto durante el embarazo y el trabajo del parto, y así poder tomar medidas apropiadas para diagnosticar precozmente el sufrimiento fetal y poder prevenir un daño irreversible o la muerte
  - 3.10 Detección de malformaciones fetales durante el embarazo
    - Qué tipo de malformaciones diagnosticamos?
      - La ecografía permite detectar anomalías morfológicas o estructurales fetales, pero no la función de los órganos; así, es posible diagnosticar una anencefalia (ausencia de cráneo) pero no una sordera congénita
    - ¿Cuándo diagnosticamos las malformaciones?
      - Ecografía de 12 semanas. Es la más precoz y permite la evaluación de algunas malformaciones muy graves. Además con la medida de la translucencia nucal (acúmulo de líquido en la parte posterior del cuello) ofrecemos el mejor test para la detección de riesgo de Síndrome de Down
      - Ecografía de 20 semanas. Es una ecografía muy importante, en ella se realiza un repaso sistemático a toda la anatomía fetal de la cabeza a los pies. Su objetivo es descartar malformaciones o alteraciones fetales y comprobar el bienestar del bebé dentro del útero.
      - En el tercer trimestre de la gestación (32-34 semanas) podemos diagnosticar malformaciones que se manifiestan más tarde, pero a veces la posición fetal y la falta de espacio dentro del útero en esta edad gestacional hacen difícil la visualización de todas las estructuras
    - ¿Cuáles son las malformaciones más comunes?
      - Las más frecuentes son las renales y las cardíacas. Su detección nos permitirá planificar mejor el control de la gestación y establecer un pronóstico neonatal comunicando a los pediatras dichas malformaciones.
  - 3.12 Valoración de la madurez fetal
    - es una prueba que mide la cantidad de fosfolípidos en el líquido amniótico y a través de ella se puede determinar el grado de maduración pulmonar fetal, lo cual es particularmente útil para adelantarnos a lo que podría ser la respuesta pulmonar del neonato.
      - Prueba de Clements
        - Para realizarla se hacen diluciones sucesivas de LA en etanol al 95% que se mezclan en diferentes proporciones, se agitan y se dejan en reposo, pasado el tiempo de reposo se observa la formación de burbujas estables en la interfase líquido-aire
        - Una segunda prueba es la arborización o cristalización en helecho: una muestra de fluido tomada del fondo vaginal posterior de la vagina se extiende en un porta de cristal y se deja secar unos 10 minutos. Al mirar al microscopio, el líquido amniótico muestra un patrón de arborización característico en forma de helecho
    - El sistema pulmonar fetal es uno de los últimos en madurar, tanto funcional como estructuralmente. Un sistema pulmonar inmaduro no puede oxigenar adecuadamente al recién nacido, pudiendo ocasionar morbilidad neonatal significativa o la muerte.
      - La prematuridad es la principal causa de esta disfunción y esto no solo aplica a la prematuridad extrema. Estudios recientes han demostrado tasas de morbilidad respiratoria más altas entre los recién nacidos prematuros tardíos

4.7 Asistencia y cuidados de enfermería en el puerperio fisiológico

En el puerperio inmediato las principales complicaciones son la hemorragia y el shock hipovolémico, por lo tanto los cuidados de enfermería irán encaminados a vigilar para prevenirlos:

Toma de constantes:

-Vigilar la administración de fármacos oxitócicos.

-Palpar el fondo uterino para comprobar la contracción de éste.

-Control urinario para controlar si es espontáneo o si necesita un sondaje vesical.

-Valorar la episiotomía.

-Valorar el descanso, favorecer la lactancia, y vigilar el estado de las mamas.

-Vigilar la aparición de los loquios, la cantidad, color y los coágulos si aparecen.

En el puerperio intermedio o mediato: se tendrá en cuenta el estado general de la mujer, controlar las constantes vitales para descartar posibles hemorragias o alertarnos de signos de infección. Se debe valorar la involución uterina y los loquios con el fin de valorar la máxima involución uterina

En el puerperio tardío: el trabajo de enfermería es indirecto, tratará de

educación previa al alta o post parto en la que se capacita a la madre para reconocer signos en su domicilio.

4.8 Asistencia y cuidados de enfermería en el puerperio patológico

En este tiempo se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos en la mujer con la finalidad de retornar gradualmente al estado pregravídico y establecer la lactancia. Las posibles patologías acontecidas en este periodo son un motivo frecuente de consulta en urgencias, siendo además estos procesos la causa más frecuente de mortalidad materna, incluso en nuestro medio.

Patología de la lactancia: El fallo de lactancia es la ausencia de producción de leche o la producción en

cantidad insuficiente para el crecimiento del bebé. Hay que realizar primero una exploración para descartar causas anatómicas, como pezones planos, mamas tubulares o cirugías mamarias previas**.** Las grietas en el pezón se manifiestan como dolor durante las tomas y pueden ser la puerta de entrada de las mastitis. Lo más importante es su prevención, realizando higiene del pezón antes y después de la toma. Se debe iniciar la toma por la mama menos afectada. Se pueden aplicar pomadas con analgésicos locales o corticoides de baja potencia si no se resuelve con estas medida

Infección puerperal: La importancia de este tipo de infecciones requiere un diagnóstico seguro, rápido y eficaz, así como un tratamiento antibiótico y ocasionalmente quirúrgico. A menudo las pacientes presentan síntomas

iniciales de infección puerperal tras el alta, demandando la asistencia en el servicio de urgencias.

La endometritis es la causa más frecuente de fiebre puerperal. En la mayoría De los casos se produce por vía ascendente tras la colonización microbiana Cérvico-vaginal. Los factores de riesgo son el parto por cesárea, el número de Exploraciones previas, tiempo de bolsa rota mayor de 6 horas, duración del Parto de más de 8 horas, presencia de meconio, alumbramiento manual, Diabetes, corioamnionitis, heridas y desgarro del canal de parto. La mayoría se Corresponden con infecciones polimicrobianas. El diagnóstico se realiza por la Presencia de fiebre, dolor uterino a la exploración, loquios malolientes y Leucocitosis. Se requiere por tanto exploración, analítica y ecografía para Descartar la presencia de restos y realizar el diagnóstico diferencial con las Otras causas de fiebre puerperal. Está recomendada profilaxis antibiótica en Los casos de parto por cesárea con una cefalosporina de 1ª generación. Se recomienda tratamiento intravenoso hasta que la Paciente permanezca afebril durante 48 horas. Los tratamientos orales no se Recomiendan tras el tratamiento intravenoso salvo en presencia de Estafilococos4. Pautas habituales son: clindamicina 900 mg/8 h + gentamicina 240 mg/24 h; amoxicilina-clavulánico 1g/8 h; ampicilina-sulbactam 3g/6 h; Ticarcilina-clavulánico 3g/4 h, cefoxitina 2g/6 h. En caso de restos puerperales Habría que realizar un legrado uterino bajo anestesia.

Patología vascular del puerperio: Durante el embarazo se producen una serie de cambios anatómicos y Fisiológicos que van a favorecer y complicar el diagnóstico y manejo de los Fenómenos tromboembólicos. Por su gravedad van a constituir una de las Principales complicaciones en el

embarazo, parto y puerperio, representando Una de las principales causas de mortalidad materna. Debido a la escasez de Estudios clínicos prospectivos, randomizados, no existe una clara evidencia Clínica que soporte la eficacia y seguridad de las diferentes pautas de Tratamiento en esta patología.La verdadera incidencia de trombosis venosa Profunda (TVP) y de tromboembolismo pulmonar (TEP) es de entre un 0,26-0,7%. Los factores asociados a un mayor riesgo de TVP son la paridad, cesárea, Presencia de varices, edad mayor de 35 años, antecedentes familiares y Personales de enfermedad tromboembólica y trombofilia. En estos casos está Indicada la profilaxis antitrombótica.El tratamiento anticoagulane debe iniciarse Precozmente y prolongarse en el tiempo.

Patología psiquiátrica del puerperio: Uno de los trastornos mentales más frecuente en el puerperio es la tristeza o «blues». Lo presentan el 40-80% de las puérperas, con síntomas depresivos que desaparecen en 7-10 días. No se considera una patología y no requiere tratamiento farmacológico, sólo tranquilizar y apoyar a la paciente y realizar un seguimiento para evitar que progrese

4.9 Principales causas de muerte de la mujer en el Puerperio

Las principales causas de defunción son: Hemorragia Obstétrica (20.4%), Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el Embarazo, el parto y el puerperio (20.2%), y Aborto (8.7%). • Las entidades Con más defunciones maternas son: Estado de México (67), Chiapas (46), Veracruz (45), Jalisco (43), y Guerrero (40) . En conjunto suman el 38.9% de Las defunciones registradas.Causas de mortalidad

materna las hemorragias graves (en su mayoría tras el Parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión Gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto; los Abortos peligrosos.

Asistencia y cuidados de enfermería durante el embarazo

-**“Enfermería en Maternidad”** requiere establecer con las gestantes y sus familias una relación de confianza y entendimiento, reconocer las necesidades y los problemas y actuar en base a conocimientos, juicio, medios disponibles y recursos para crear de esta manera un clima de armonía y seguridad.

-El fin de la asistencia de Enfermería en Maternidad es ayudar a cada mujer a pasar por el embarazo y el parto con molestias mínimas y salud y bienestar óptimos, así como mantener a su hijo antes y después de nacer en el mejor estado de salud posible.

-la asistencia de la Maternidad empieza con la salud y la educación de los futuros padres

-Proteger y Fomentar la salud y bienestar de la embarazada

- Salvaguardar la salud y Bienestar del hijo por nacer. La asistencia incluye:

a) Valoración del estado de Salud de la embarazada durante la gestación.

B) Atenció

n de cualquier Problema de salud existente.

C) Prevención de otros problemas de salud.

D) Promoción de la salud.

3.14 Cuidados de enfermería en el embarazo complicado

-Control de constantes vitales, Identificación y compensación de necesidades básicas alteradas, canalización De vía venosa periférica en caso necesario, administración del tratamiento Farmacológico y registro de actividades realizadas.

-cuidados más específicos en función de la patología o Complicación que la gestante presente y que ha precipitado su ingreso Hospitalario.

-Así en pacientes con hiperémesis gravídica se deberá mantener Ayunas las primeras 48h, a partir de las cuales se aumentará la ingesta Gradualmente según tolerancia.

-Administración de tratamiento según orden médica, control de Edemas y control diario de la proteinuria mediante tira reactiva.

-Si aparece Eclampsia, se debe realizar acciones para mantener la vía aérea permeable, Como la aspiración de secreciones; y evitar lesiones si la paciente convulsiona. Además se realizarán actividades para el manejo de la hipertermia, como Instauración de medidas físicas.

-Los cuidados enfermeros en la diabetes Gestacional se basan en el control metabólico mediante la dieta, actividad, Control de peso, talla y glucemia.

-En presencia de rotura prematura de Membranas o amenaza de parto prematuro, el profesional de enfermería Comprobará

la edad gestacional y valorará la dinámica uterina y el estado Fetal

-En caso de metrorragia, se Mantendrá a la paciente en ayunas y reposo absoluto.

- El personal de Enfermería disfruta de una posición privilegiada, ya que es el profesional que Tiene mayor contacto con la paciente y puede proporcionar unos cuidados Más amplios y globales.

-Para proporcionar apoyo emocional y psicológico, es

Necesario:

 Proporcionar un ambiente íntimo y apropiado que facilite la Comunicación.

 Asegurar la confidencialidad, y mostrarse tranquilo, Controlando el lenguaje no verbal y demostrando empatía.

 Escuchar Activamente las inquietudes y sentimientos de la gestante y su familia, Respondiendo con claridad a las preguntas que puedan presentarse.

 Cubrir la Necesidad de información, explicando la situación actual y las medidas Terapéuticas que se van a adoptar, disminuye en gran medida la ansiedad ante El desconocimiento.