



UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

INFORME FINAL DE EXAMEN DE
SUFICIENCIA PROFESIONAL

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UNA
GESTANTE EN EL TERCER TRIMESTRE**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

BACHILLER:

JANETH, FACUNDO MORALES

JURADO:

PRESIDENTA	:Mg. Enf. Gladys Bernardita, LEÓN MONTOYA
SECRETARIA	:Lic. Enf. Sonia Celedonia, HUYHUA GUTIERREZ
VOCAL	:Lic. Enf. María del Pilar, RODRÍGUEZ QUEZADA

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2010



**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**INFORME FINAL DE EXAMEN DE SUFICIENCIA
PROFESIONAL**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA
A UNA GESTANTE EN EL
TERCER TRIMESTRE**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: Janeth, FACUNDO MORALES.

JURADO:

Presidente : Mg. Gladys Bernardita, LEÓN MONTOYA

Secretaria : Lic. Enf. Sonia Celedonia, HUYHUA GUTIERREZ

Vocal : Lic. Enf. María del Pilar, RODRÍGUEZ QUEZADA

Chachapoyas – Amazonas
2010

DEDICATORIA

A Mis Padres:

Porque son ellos la fuerza para seguir construyéndome el futuro ideal, por saber darme la educación de una gran persona y hacer de mi lo que ahora soy. Demetrio y Celia.

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque me ofrece cada día el placer de vivir, por mostrarme las cosas lindas de la vida, por haber crecido y vivido en el lugar mas hermoso de esta tierra “San Ignacio”, porque me ha dado la mejor de las familias y porque gracias a ellos puedo lograr las metas que en la vida me he propuesto.

Agradezco a mi Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, porque ha formado en mí una profesional de enfermería capaz de enfrentar los retos que en la vida profesional vendrán, por hacer de nuestra formación única y característica, un profesional competente, humanista, eficiente y eficaz.

Bachiller en Enfermería Janeth Facundo Morales

AUTORIDADES

RECTOR

Dr. Vicente Marino Castañeda Chávez.

VICERECTOR ACADÉMICO

M. Sc. Miguel Ángel Barrena Gurbillón.

VICERECTOR ADMINISTRATIVO (e)

M. Sc. Miguel Ángel Barrena Gurbillón.

DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA (e)

Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán

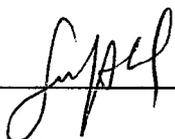
PÁGINA DEL JURADO DE EXAMEN DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

El jurado del examen de suficiencia profesional, ha sido designado según Art. 91 del REGLAMENTO PARA EL OTORGAMIENTO DEL GRADO DE BACHILLER Y DEL TÍTULO DE LICENCIADO (R.C.G.N°022-UNAT-A-CG) el mismo que está formado por:



Mg. Gladys Bernardita, LEÓN MONTOYA

PRESIDENTA



Lic. Enf. Sonia Celedonia, HUYHUA GUTIERREZ

SECRETARIA



Lic. Enf. María del Pilar, RODRÍGUEZ QUEZADA

VOCAL

PRESENTACIÓN

El presente informe, editado con la finalidad de obtener el *Título Profesional de Licenciado en Enfermería*, está basado en la aplicación de las etapas del proceso de atención de enfermería a una gestante en el tercer trimestre. El proceso de atención de enfermería constituye la herramienta base que evidencia el quehacer diario del profesional enfermero, su capacidad de análisis y de síntesis, en la que ofrece al cliente/ paciente la asistencia directa para la formación, prevención y recuperación de la salud de la persona sana y enferma, considerado como un ente biopsicosocial, la familia y comunidad.

En la atención de enfermería a la mujer gestante se pretende conducir acciones de salud integral promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, de tal manera que sus necesidades y requerimientos de salud logren satisfacerse, mediante los cuidados de enfermería aplicados con calidez, eficiencia y equidad, con la única finalidad de que el producto final sea el logro del nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre.

El presente informe constituye una síntesis de los cuidados de enfermería que se brindan a una gestante en el tercer trimestre, constituido por el marco teórico y el proceso de atención de enfermería propiamente dicho.

Bachiller en Enfermería Janeth Facundo Morales

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES	iii
PRESENTACIÓN	v
ÍNDICE	vi

CONENIDO

I. INTRODUCCIÓN	8
II. OBJETIVOS	9
III. MARCO TEÓRICO	10
3.1 Embarazo	10
3.1.1 Factores de riesgo	11
3.1.2 Signos de alarma	12
3.2 Atención prenatal	12
3.2.1 Características del control prenatal	12
3.2.2 Actividades que se realizan	13
3.2.3 Manejo de molestias propias de la gestación	22
3.2.4 Esquema de vacunación contra el toxoide tetánico	23
3.2.5 Anemia según los valores de hemoglobina y hematocrito	24
3.2.6 Suplemento vitamínico	24
3.2.7 Principios básicos en relación con el uso de medicación durante la gestación.	25
3.2.8 Preparación psicoprofiláctica de la gestante	25

IV. PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	28
4.1 Valoración	28
4.1.1 Situación problema	28
4.1.2 Datos de identificación	29
4.1.3 Examen físico	29
4.1.4 Datos prioritarios	36
a. Datos objetivos	36
b. Datos subjetivos	36
4.2 Diagnóstico	37
4.2.1 Análisis e interpretación	37
4.2.2 Diagnósticos de enfermería	43
4.3 Planificación	44
4.4 Ejecución	50
4.5 Evaluación	53
4.5.1 Estructura	53
4.5.2 Proceso	54
4.5.3 Resultado	54
V. DISCUSIÓN	55
VI. CONCLUSIONES	57
VII. RECOMENDACIONES	57
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	59

I. INTRODUCCIÓN

En el Perú las gestantes se encuentran dentro de los tantos grupos poblacionales de alto riesgo, es aquí donde el equipo de salud mantiene la obligación de atender, informar, orientar y proteger su salud.

Para la mujer embarazada, el proceso gestacional, constituye una lista de necesidades que requieren atención particular para su adaptación no traumática a los diversos cambios anatomofuncionales y endocrinos, principalmente en aquellas donde se es madre por primera vez. Por lo tanto la intervención de enfermería debe atender principalmente a estas necesidades individuales en salud, enfocando a la persona como un ente biopsicosocial, inmerso en un sistema amplio constantemente cambiante.

La actividad de enfermería, ante este proceso, constituye parte indispensable en el trabajo conjunto del equipo de salud y fundamental mediante la aplicación de los cuidados en todas sus etapas, pre-concepcional, concepcional y post-concepcional, ofreciendo a la persona asistencia directa e individual para la prevención y recuperación de su salud, promoviendo y fortaleciendo estilos de vida saludables de tal manera que sus necesidades y requerimientos en salud logren satisfacerse.

Bachiller en Enfermería Janeth Facundo Morales

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Brindar cuidado integral de enfermería a una gestante en el tercer trimestre.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar atención de enfermería holística y humana acorde a las necesidades de salud encontradas.
- Priorizar los diagnósticos en base a los problemas reales y/o potenciales que presenta la gestante.
- Evaluar integralmente a la gestante.
- Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la atención oportuna.
- Preparar física y psicológicamente a la gestante para el proceso parto, así como al entorno familiar.
- Promover la salud reproductiva y planificación familiar en la gestante.
- Promover la adecuada nutrición durante el proceso gestacional.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 EMBARAZO

Grávida o Gesta: Recibe esta denominación a toda mujer que esta embarazada (1). El embarazo dura en promedio 38 semanas desde la concepción o 40 a partir del último periodo menstrual. Durante este tiempo, ocurren muchos cambios que afectan a la embarazada en sí (5). (Cuadro 01)

Cuadro 01. Cambios que afectan a la embarazada y que requieren atención particular según necesidades.

NECESIDADES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PARTICULAR	FACTORES RELACIONADOS
Nutrición	Crecimiento de nuevo tejido que requiere nutrición adicional. El feto se nutre a expensas de la madre.
Eliminación	Cambios hormonales que afectan la función renal y la digestión. Expansión del útero en la pelvis y hacia la cavidad abdominal.
Circulación	Aumento del volumen total de líquido. Masa corporal incrementada
Comodidad , reposo y sueño	Aumento de peso, incremento del volumen del cuerpo. Alteración de las proporciones del cuerpo, que dificulta algunas posiciones para el reposo.
Evitar el dolor	Los medicamentos pueden cruzar la placenta y tener efectos perjudiciales en el feto.
Movimiento y ejercicio	Torpeza por: 1. Aumento de peso 2. Incremento del volumen de líquido. 3. Desviación del centro de gravedad que afecta el equilibrio. 4. Relajación de ligamentos. Disminución de los procesos corporales.
Protección y seguridad	Dependencia del feto respecto de la madre en cuanto a bienestar.
Higiene	Cambios hormonales que afectan la textura y secreciones de la piel.

Control de infecciones	La placenta solo es una barrera parcial para agentes perjudiciales.
Amor, seguridad y autoestimación	Posibilidad de que las emociones fuertes afecten al feto.
Sexualidad	Nota. No hay acuerdo general sobre el posible daño al feto por las relaciones sexuales. Alteración de las proporciones del cuerpo. Nuevo papel de “madre”.

DuGAS, 2000

3.1.1 FACTORES DE RIESGO

Según Kosier A. (1999), son condiciones o características de la gestante que se asocian con una mayor probabilidad de que ella o su niño sufren alguna complicación en comparación con las gestantes que no tienen esa característica. Algunos factores de riesgo pueden aparecer o desaparecer en el transcurso del embarazo. A continuación algunos factores de riesgo importantes (como características o como antecedentes).

- a. Mayor de 35 años.
- b. Menor de 15 años.
- c. Primera gestación o más de 4 embarazos.
- d. Antecedente de abortos, embarazo ectópico, cesárea.
- e. Fiebre.
- f. Ruptura de membranas de 12 a 24 horas.
- g. Aumento de peso menor de 22gr. o mayor de 500gr. por semana.
- h. Movimientos fetales disminuidos.
- i. Periodo intergenésico corto o largo.
- j. Talla materna menor de 1.40m.
- k. Isoinmunización.
- l. Tuberculosis, cardiopatía.
- m. Hipertensión arterial, diabetes mellitus
- n. Anemia moderada o severa.
- o. Sida, cáncer.
- p. Convulsiones.

- s, Desnutrición.
- t. Sangrado genital.
- u. Polihidramnios.
- v. Amenaza de parto prematuro.

3.1.2 SIGNOS DE ALARMA(7)

Según Ludmir A. (1996) los signos de alarma son aquellos que denotan un altísimo riesgo de que la madre o el feto puedan sufrir un daño grave en su salud.

- a. Sangrado vaginal.
- b. Perdida de líquido amniótico.
- c. Fiebre, convulsiones.
- d. Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- e. Dolor de cabeza intenso, visión borrosa o de “lucecitas”, zumbido de oídos (tinnitus).
- f. Dolor en la boca del estomago (epigastralgia).

3.2 ATENCIÓN PRENATAL

Alvarado J. (2006), describe la atención prenatal como el conjunto de actividades, que deben desarrollar la gestante, la pareja, la familia, la Comunidad y los Establecimientos de Salud, en forma organizada, para atender a la gestante. Es parte muy importante del cuidado prenatal.

Su finalidad es vigilar la evolución del embarazo, determinar el riesgo Obstétrico y Prenatal, adoptar medidas necesarias para disminuir estos riesgos y obtener una preparación adecuada para el parto y la crianza.

3.2.1 CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL

Alvarado J. (2006), menciona como características del control prenatal:

- a. Precoz: La atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible, en cuanto se note la usencia del periodo menstrual.
- b. Periódica: Una atención mensual hasta las 32 semanas.

Una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas.

Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto.

Se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales.

- c. Continua: Las atenciones prenatales deben ser continuas hasta el parto.
- d. Integral: Debe comprender historia clínica general, historia obstétrica, evaluación del bienestar materno y fetal.
- e. Extenso: Lo ideal es que el control prenatal sea difundido apropiadamente de modo que abarque a todas las gestantes.
- f. Debe ser humano: Pues constituye una característica inherente a todo acto médico.

3.2.2 ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN

En el año 2004, el Ministerio de Salud, a través de las “Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva”, menciona las actividades que deben realizarse en una atención prenatal, considerando:

Instrumento para la recolección de información y manejo en la atención materno perinatal.

La Historia Clínica Materna Perinatal (HCMP) es la base de toda atención de salud materna perinatal. Siendo un documento de fácil llenado para cualquier proveedor de salud que realice atención obstétrica. Es importante recordar que la calidad de información y los datos que se obtengan al procesar la HCMP se basan en la coherencia y calidad de los datos que se registran, por lo que al momento que se usa esta historia debe recordar que:

- No debe dejar ningún casillero en blanco, excepto en los casos que no tenga dicha información.
- En los casos que el dato sea negativo o sea cero siempre debe marcarlo, ya que el personal que ingresa los datos de la HCMP al computador, al observar el casillero en blanco no llenara dicho dato al momento de digitar la historia.
- Para cualquier duda o inquietud se deberá revisar el instructivo de llenado de la misma.

Actividades durante la atención prenatal.

1. Asegurar un trato con calidad y calidez a la gestante. Promover la participación de la familia. Cumplir con los cinco pasos de la orientación y consejería; asegurarse que el consultorio tenga lo necesario.
Identificar factores culturales o étnicos que puedan interferir en la atención. Es importante respetar las creencias culturales y evaluar la posibilidad de considerarlas para mejorar la atención del profesional de salud con la gestante. De ser posible promover la participación de la pareja y/o familia.
2. Detectar la emergencia obstétrica.
Identificar: Si luce agudamente enferma, pálida con somnolencia o sopor, presencia de convulsiones o signos de alarma de cualquiera de las emergencias obstétricas.
3. Solicitar a la gestante que orine antes de iniciar la consulta.
La presencia de globo vesical puede distorsionar los hallazgos originando errores en el diagnóstico, además de ocasionar molestias durante el examen.
4. Utilizar la historia clínica materno perinatal (HCMP) y el carné perinatal.
Toda gestante debe tener una Historia Clínica Materno Perinatal (HCMP) y el carnet perinatal, los cuales deben ser llenados en forma apropiada y completa en toda consulta, inclusive en las de emergencia.
Revisar el calendario de la atención prenatal para programar las citas.
Durante la primera consulta se debe identificar a la gestante por nombre y apellidos, DNI cuando corresponde, domicilio, teléfono, o datos de cómo contactarla en caso de emergencia.
El carnet perinatal debe ser entregado a toda gestante, indicándole que debe llevarlo cada vez que acuda a un establecimiento para ser atendida.
5. Averiguar molestias o inquietudes.
Revisar “Manejo de molestias propias de la gestación” (Pg. 22).
6. Identificar antecedentes ginecológicos, patológicos y epidemiológicos.
La presencia de alguna complicación requiere una evaluación apropiada para definir el manejo.
Si reside en zonas con alta prevalencia de malaria, tomar una muestra de sangre para gota gruesa.

En caso de un brote epidémico de fiebre amarilla, las gestantes que no han tenido la enfermedad o que no han sido vacunadas previamente, vacunarlas a partir del cuarto mes de gestación.

En zonas endémicas de Bocio promover el uso de sal yodada en la gestante y su familia.

7. Calcular la edad gestacional.

Se recomienda el uso del gestograma. También se puede calcular la fecha probable de parto con la fórmula: “Al primer día de la fecha de la última regla se le suma 7 días y se resta tres meses”. La fecha probable de parto corresponde a 40 semanas desde el inicio de la última menstruación normal.

8. Medir la talla en la primera consulta.

Medir a la gestante sin calzado y utilizando el tallímetro.

9. Pesar en cada visita.

Usar una balanza calibrada semanalmente. La gestante deberá utilizar ropa liviana y sin calzado.

Una ganancia menor del percentil 25, debe ser evaluada para descartar desnutrición y restricción de crecimiento intrauterino (Figura 01).

10. En cada atención, medir la presión arterial en posición sentada.

Si la presión sistólica es mayor o igual de 140mmHg o la diastólica mayor e igual de 90mmHg, o si hubiera un incremento de más de 30mmHg en la sistólica o 15mmHg en la diastólica, con relación a su presión inicial, repetir la medición 2 a 6 horas después; de persistir esos valores o haberse incrementado, considerar manejo de pre-eclampsia.

11. Evaluar la presencia de edema. Es normal la presencia de edema debajo de las rodillas. El edema por encima de las rodillas, sobre todo en cara y manos puede ser un signo que acompaña a la preeclampsia.

12. Realizar un examen clínico completo (**)

El profesional de la salud debe explicar a la gestante el examen o procedimiento que se le va a realizar y solicitar su autorización. En la primera consulta y cuando lo amerite realizar un examen clínico general, detectar signos de violencia, examinar mamas y abdomen ubicando a la gestante en posición decúbito dorsal.

**El paso 12 solo será realizado por personal capacitado.

13. Medir la altura uterina.

Desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino (Figura 02), utilizando una cinta métrica inextensible. Analizar su variación sobre la base de la tabla patrones normales de altura uterina.

14. Determinar la presencia de movimientos fetales.

Referidos por la gestante u observados durante el examen, a partir de las 22 semanas.

15. Realizar maniobras de Leopold. Auscultar latidos fetales.

Para identificar la posición y la viabilidad fetal (Figuras 4 – 7).

La auscultación de los latidos fetales se puede realizar con doppler desde las 10 semanas y con Pinard desde las 22 semanas.

16. Realizar el examen pélvico (**): En la primera consulta. Cuando la gestante refiera molestias ginecológicas. Colocar un espejo para explorar: Pared vaginal. Características del cérvix (lesiones o dilatación). Presencia de secreción o sangrado. Pérdida de líquido amniótico. Tomar una muestra para Papanicolaou, si corresponde. Si la gestante refiere pérdida de líquido, no lubricar el espejo antes de colocarlo, para tomar una muestra para examen directo o cultivos.

La evaluación clínica de la pelvis ósea se debe realizar después de la semana 36.

17. Evaluar y estimular el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal y la atención institucional del parto.

Estimular la participación de la pareja, de un familiar o de la persona que la gestante escoja para acompañarla en las visitas prenatales y durante el parto.

Estimular la participación de un/a acompañante para el momento del parto.

Ayudar a la gestante a construir un plan para emergencia obstétrica o el inicio del parto.

18. Identificar necesidades de: Exámenes auxiliares. Vacuna antitetánica.

Analizar si requiere algún examen de acuerdo a la evaluación. Si no se está capacitado, transferirla a un establecimiento con capacidad para hacerlo.

19. Evaluar requerimientos nutricionales.

De acuerdo a la evaluación descartar desnutrición y orientar sobre medidas higiénico dietéticas. Dar suplemento de ácido fólico y hierro a todas las gestantes.

**El paso 16 solo será realizado por personal capacitado.

De considerar inapropiada la ingesta de calcio, recomendar dietas ricas en ese mineral.

20. Dar instrucciones claras y precisas y acordar la próxima cita. Dar indicaciones claras y escritas con letra legible, incluyendo la fecha de la próxima cita y el reconocimiento de los signos de alarma. Confirmar la comprensión de las instrucciones por la gestante o el familiar. De ser necesario usar un intérprete y adecuar las instrucciones al lenguaje y creencias de la gestante. Se recomienda evitar creencias perjudiciales e informar si lo solicita la gestante o su acompañante sobre el tratamiento y el seguimiento. Todo embarazo es de riesgo. Se recomienda evitar términos como que “todo está normal o bien”, porque crea ideas equivocadas respecto a que no es necesario acudir a las siguientes visitas. Elaborar con la gestante y su acompañante un plan de emergencia que se debe cumplir en caso de iniciar la labor de parto o si se presenta alguna señal de alarma. Considerar la participación de la comunidad.
21. Realizar actividades educativas. Promover el parto institucional. Hacer énfasis y orientar a la gestante sobre los signos de alarma: cefalea, dolor abdominal, pérdida de líquido, sangrado disminución de movimientos fetales y contracciones uterinas. Promover el parto institucional. Promover la atención prenatal, la psicoprofilaxis y los cuidados del recién nacido. Promover la lactancia materna y promover la planificación familiar. Orientar sobre aspectos de sexualidad de infecciones de transmisión sexual en el embarazo.
22. Adecuar lenguaje a la población y a las creencias culturales. Fortalecer los aspectos culturales positivos y orientar con argumentos sencillos y verdaderos el por qué de deben evitar los aspectos negativos.
23. Orientar sobre el establecimiento de salud sobre el cual acudir. Asegurar el grado de comprensión de los signos de alarma y orientar sobre el establecimiento de salud al cual debe acudir en caso de una emergencia obstétrica o de iniciarse la labor de parto.
24. Evaluar la comprensión de instrucciones y signos de alarma. Verificar si ha comprendido; en caso contrario, se recomienda aclararlas hasta asegurar la comprensión de las mismas.
25. Verificar que la información figure en la Historia Clínica Materno Perinatal. Se debe usar la Historia Clínica Materno Perinatal.

Esquema mínimo de la atención prenatal

Actividad	Primera consulta (*)	2da consulta menor 22sem	3da consulta 22-24 sem	4da consulta 27-29 sem	5da consulta 33-35 sem	6da consulta 37-40 sem
Anamnesis	+	+	+	+	+	+
Medición del peso	+	+	+	+	+	+
Medición de la talla	+					
Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura	+	+	+	+	+	+
Examen clínico integral	+		+			+
Examen de mamas y pezones	+		+			+
Evaluación del estado nutricional	+	+	+	+	+	+
Examen gineco obstétrico	+					+
Confirmación del embarazo	+					
Medición de la altura uterina	+	+	+	+	+	+
Evaluación del crecimiento fetal.	+	+	+	+	+	+
Calculo de la edad gestacional	+	+	+	+	+	+
Descarte de embarazo múltiple	+	+	+	+	+	+
Evaluación clínica del volumen del líquido amniótico		+	+	+	+	+
Auscultación de latidos fetales (**)		+	+	+	+	+
Evaluación de movimientos fetales.		+	+	+	+	+

*Se debe promover la primera atención prenatal antes de las 22 semanas. para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías.

**Con Doppler. se puede auscultar los latidos fetales a partir de las 12 semanas.

Actividad	Primera consulta (*)	2da consulta menor 22sem	3da consulta 22-24 sem	4da consulta 27-29 sem	5da consulta 33-35 sem	6da consulta 37-40 sem
Evaluación clínica de la pelvis.			+			+
Diagnostico de la presentación fetal.			+	+	+	+
Detección de cáncer cervical	+					
Determinación del grupo sanguíneo factor Rh.	+					
Determinación de la hemoglobina o hematocrito	+					+
Examen de orina	+				+	+
Detección de diabetes gestacional	+		+			
Detección de sífilis. (***)	+				+	
Prueba de ELISA-VIH con autorización de la usuaria (***)	+				+	
Vacunación antitetánica. (****)	+					
Evaluación ecográfica (*****)	+			+		+
Detección de complicaciones	+	+	+	+	+	+
Charlas educativas, psicoprofilaxis	+	+	+	+	+	+
Consejería.	+	+	+	+	+	+

***La segunda prueba se recomienda que se tome en las 34 semanas.

****Se vacunara a la gestante lo más precozmente posible. no existiendo contraindicación con la edad gestacional, colocando la primera dosis en la primera consulta. Las siguientes dosis se colocaran de acuerdo al calendario de vacunaciones (como mínimo dos dosis).

*****La ecografía solo debe ser empleada cuando existan dudas en la edad gestacional o se presenten factores de riesgo durante la atención prenatal. Debe contribuir para tomar decisiones de manejo.

Actividad	Primera consulta (*)	2da consulta menor 22sem	3da consulta 22-24 sem	4da consulta 27-29 sem	5da consulta 33-35 sem	6da consulta 37-40 sem
Examen odontostomatológico (*****)	+					
Evaluación y orientación en salud mental y detección de violencia familiar.	+	+	+	+	+	+
Administración de hierro y ácido fólico, calcio suplementarios (*****)		+	+	+	+	+
Información sobre planificación familiar y salud reproductiva.	+	+	+	+	+	+
Plan de emergencia para el parto o emergencias.	+	+	+	+	+	+

MINSA, 2004

Figura 01. Patrones de ganancia de peso ponderal

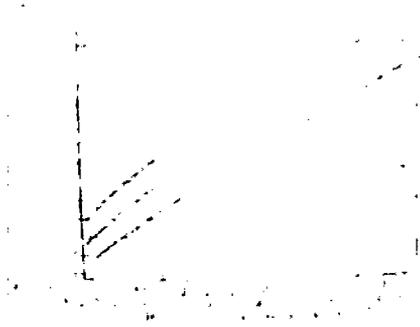
Figura 02. Medida de altura uterina

MINSA, 2004

*****El examen odontológico debe ser realizado desde la primera consulta, independientemente de la edad gestacional. De necesitar tratamiento odontológico, este debe ser realizado lo más precozmente posible: ante el temor de la gestante que la anestesia podría afectar a su hijo, el tratamiento podría ser postergado hasta luego del tercer mes de gestación.

*****Si los valores no sugieren anemia, se puede diferir el inicio del suplemento de hierro después de las 16 semanas.

Figura 03. Patrones normales de AU según EG



MINSA.2004

Figura 04. Primera maniobra de Leopold

Figura 05. Segunda maniobra de Leopold

Figura 06. Tercera maniobra de Leopold

Figura 05. Cuarta maniobra de Leopold

Figura 06. Auscultación de latidos fetales

3.2.3 MANEJO DE MOLESTIAS PROPIAS DE LA GESTACIÓN

MOLESTIAS	EXPLICACIÓN	MANEJO
Nauseas y vómitos	<p>En relación con los cambios hormonales propio de la gestación.</p> <p>Influye en su intensidad, el estado de ánimo de la gestante, especialmente si es un embarazo no deseado.</p>	<p>Recomendar: Dieta fraccionada, varias veces al día. Identificar y eliminar los olores que estimulan las nauseas. Ingerir líquidos alejados de los alimentos. Evitar en lo posible el uso de antieméticos (antinauseosos). De ser necesario administrar dimenhidrinato 50 miligramos VO o IM. De haber vómitos intensos o signos de deshidratación, considerar hiperémesis gravídica y hospitalizar a la gestante.</p> <p>Evitar esfuerzo excesivo. Indicar descanso más frecuente. Es necesario descartar anemia.</p>
Tendencia al sueño y fatiga	<p>Aumento de peso. Los cambios en todo su organismo y el inadecuado estado nutricional, originan cansancio y fatiga.</p>	<p>Descartar infección urinaria; ante la duda, consulte el protocolo de manejo de Infección urinaria.</p>
Deseos frecuentes de orinar (poliuria).	<p>El útero comprime la vejiga y al disminuir su capacidad, necesita evacuar más frecuentemente.</p>	<p>Tranquilizar a la gestante, generalmente mejoran después del parto. Recomendar que evite la exposición al sol, porque puede aumentar. Las cremas bloqueadoras solares son útiles.</p>
Manchas en la cara	<p>Por los cambios hormonales propios del embarazo.</p>	<p>Tranquilizar e informar a la gestante que generalmente disminuyen luego del parto, pero no desaparecen.</p>
Estrías	<p>Manchas rojizas o blanquecinas en el abdomen, debido a la rotura de los tejidos elásticos de la piel del abdomen.</p>	<p>Recomendar que descansa con las piernas ligeramente levantadas y evaluar si hay deficiencia en la ingesta de calcio de alimentos con calcio y/o potasio.</p>
Calambres en las piernas	<p>Puede ser por deficiencia de la circulación venosa y de algunos minerales, como calcio o potasio.</p>	<p>Si existe evidencia de inadecuada ingesta de calcio, promover alimentos como la leche o sus derivados.</p>

Dolor en hipogastrio y región lumbar cuando camina.	Generalmente por el esfuerzo que hacen los músculos de la columna y del abdomen.	Interrogar sobre sinología infecciosa o de parto. De no existir, recomendar reposo.
Estreñimiento	Las hormonas del embarazo hacen que la motilidad intestinal sea lenta.	Incrementar la ingesta de alimentos con fibra: verduras, frutas, cereales con cascara y líquidos.
Secreción vaginal	Durante el embarazo aumenta la secreción vaginal; normalmente no provoca picazón ni ardor. Si ésta provoca molestias o aumenta demasiado, debe ser evaluada para determinar su causa.	Descartar sintomatología infecciosa. Recomendar medidas de higiene perineal; no usar duchas vaginales, por estar contraindicadas y favorecen infecciones.

MINSA, 2004

3.2.4 ESQUEMA DE VACUNACIÓN CON EL TOXOIDE TETÁNICO EN LA MUJER EN EDAD FÉRTIL

EDAD	DOSIS
15 años o el primer contacto con establecimiento (*).	TT1
A los 2 meses de TT1	TT2
A los 4 meses de TT2	TT3

Según la "Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación", Ministerio de Salud (2009).

(*) Las niñas que han recibido el esquema de tres dosis de DPT, recibirán dos dosis adicionales de refuerzo en su edad fértil. Si la gestante ha recibido vacunación previamente hay que analizar si está en el periodo de protección, si no lo está debe recibir dosis de refuerzo; si ha recibido TT1 se debe considerar como no vacunada e iniciar el esquema.

3.2.5 ANEMIA SE DEFINE SEGÚN LOS SIGUIENTES VALORES DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO

ALTITUD (METROS)	INCREMENTO DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO SEGÚN ALTITUD.		VALORES DE HEMATOCRITO Y HEMOGLOBINA PARA CONSIDERAR ANEMIA.	
	HEMOGLOBINA POR DECILITRO	HEMATOCRITO %	HEMOGLOBINA POR DECILITRO	HEMATOCRITO %
MENOS DE 1000	0	0	11	33.0
1000	0.2	0.5	11.2	33.5
1500	0.5	1.5	11.8	34.5
2000	0.8	2.5	12.3	35.5
2500	1.3	4.0	12.9	37.0
3000	1.9	6.0	13.7	39.0
3500	2.7	8.5	13.7	41.5
4000	3.5	11.0	14.5	44.0
4500	4.5	14.00	15.5	47.0

Adaptado de: Anemia durante el Embarazo. Ministerio de Salud. Noviembre 1995. (Fuentes: OMS Informe Técnico 316. 1968 y CDC Criteria for anaemia in children and childbearing age women. MMWR, 38:400-404-1989)

3.2.6 SUPLEMENTO VITAMÍNICO

El Ministerio de Salud (2004), a través de las “Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva”, menciona suplementos vitamínicos a la gestante lo siguiente:

a. Acido fólico

Los requerimientos mínimos son de 400 microgramos diarios durante la gestación.

b. Suplemento de hierro

Administración profiláctica: Se debe administrar en forma profiláctica, a partir de las 16 semanas, a una dosis de 60 miligramos de hierro elemental. Recuerde que puede producir gastritis y estreñimiento; en estos casos se

recomienda fraccionar la ingesta o tomar el suplemento después de la comida principal o antes de acostarse. Existe experiencia en niños que la ingesta interdiaria es una buena alternativa de administración, aunque no se recomienda en gestantes (OMS y UNICEF).

El MINSA cuenta con suplementos de 60mg. Fe y 400ug. De ácido fólico.

Administración para la anemia: Iniciar una vez confirmado el diagnóstico, con el doble de la dosis indicada para la administración profiláctica y reevaluar la hemoglobina en 4 semanas; si se ha normalizado continuar con esta dosis por 3 meses y luego a dosis profiláctica hasta completar el puerperio. Se debe promover una dieta que tenga alimentos con un alto contenido de hierro (carnes, vísceras, huevos, leche, menestras, espinacas, alcachofas) y realizar las siguientes acciones simples y efectivas:

- Añadir una naranja o jugo de frutas y otra fuente de ácido ascórbico a la comidas (consumir papaya, papas, col, zanahoria, coliflor en las comidas.).
- Restringir la ingestión de alimentos como cereales, alimentos ricos en fibra, el té, café y los mates, que disminuyen la absorción de hierro.
- Se debe advertir a las madres gestantes que están tomando el suplemento de hierro que las deposiciones se pondrán oscuras por efectos del hierro, sin que esto signifique algún problema de salud.
- Las pastillas de suplementos de hierro deben guardarse en un frasco oscuro cerrado al que no le dé la luz.

De no existir mejora, es necesaria una evaluación especializada.

3.2.7 PRINCIPIOS BÁSICOS EN RELACIÓN CON EL USO DE MEDICACIÓN DURANTE LA GESTACIÓN (8)

- Debe evitarse dar cualquier medicación durante la gestación.
- En caso muy particulares y de ser imprescindible, podrá ser usada con un diagnóstico apropiado y siguiendo los protocolos establecidos.

3.2.8 PREPARACIÓN PSICOPROFILÁCTICA DE LA GESTANTE (8)

El Ministerio de Salud (2004), a través de las “Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva”, menciona como preparación

psicoprofiláctica a todas las actividades de preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para contribuir a un embarazo, parto y puerperio sin temor, ni dolor, y a la disminución de la morbilidad y la mortalidad materno perinatal.

3.2.8.1 OBJETIVOS

- a. Capacitar a la gestante, teórica, física y psicológica, acerca de los cambios fisiológicos del embarazo, parto y puerperio, sus complicaciones.
- b. Motivar que el mayor número de gestantes acudan a la atención prenatal y promover el parto institucional.
- c. Desarrollar actividades específicas por grupos de gestantes, considerando factores como edad, paridad y situaciones especiales.
- d. Estimular la participación activa de la gestante durante el trabajo de parto y parto.
- e. Fomentar y comprometer la participación y acompañamiento de la pareja durante la gestación, parto y postparto.
- f. Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica, acorde con los hallazgos clínicos.
- g. Capacitar a las gestantes para el cuidado del recién nacido.
- h. Promover la lactancia materna.
- i. Promover la elección de un método de planificación familiar postparto.
- j. Apoyar en la elaboración del plan par la atención del parto o en caso de una emergencia obstétrica.

3.2.8.2 IMPLEMENTACIÓN BÁSICA PARA REALIZAR LA PREPARACIÓN PSICOPROFILÁCTICA DE LA GESTANTE

- a. Infraestructura:

Sala con adecuada iluminación y ventilación, que cuente con servicios higiénicos.

Mobiliario (dependerá del número de gestantes que tenga el establecimiento), sillas plegables o apilables, colcho9netas de 1.50 x

0.70m N° 05 (material para forro de corofan), con 1.5 pulgadas de espesor, almohadas, pizarra, escritorio, armario, sillas.

b. Material educativo:

Rotafolio (paleógrafos con la información que se va a exponer durante las actividades), plumones o tizas, maquetas o modelos anatómicos, laminas para franelógrafo, folletos, implementación para la atención del recién nacido (tina, jarra, pañales, jabón, toalla).

c. Complementarios:

Tarjetas de citas, mandilones, grabadora, televisor y videgrabadora, o proyector de diapositivas o complementarios, cassettes de música clásica y videos.

3.2.8.3 METODOLOGÍA

- a. Toda gestante evaluada en un servicio de salud debe ser referida para la preparación psicoprofiláctica.
- b. La actividad se realiza a través de sesiones teórico practicas, incluyendo la gimnasia obstétrica.
- c. Esta será desarrollada por la personal capacitado, adecuando con los contenidos al medio, a las características de cada grupo de trabajo y a los recursos disponibles.
- d. La captación de las gestantes se realizara a través de los consultorios prenatales a partir de las 20 semanas de gestación.
- e. La selección de los grupos se realizara teniendo en cuenta los hallazgos clínicos.
- f. Las sesiones de preparación integral serán un promedio de 6 clases, pudiendo ser modificadas de acuerdo a las características del medio.
- g. Otorgar a cada gestante una tarjeta de identificación, asistencia y atenciones especiales.
- h. Contar con un formato de seguimiento postnatal, en el que se registrara la evaluación de los resultados, objetivando los beneficios e impacto de la actividad.

IV. PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

4.1 VALORACIÓN

4.1.1 SITUACIÓN PROBLEMA

Primigesta K.Q.H., adulta joven, de 25 años de edad, es atendida por personal de salud, en su tercer trimestre de gestación. En ABEG, ABEN, ABEH, lúcida orientada, comunicativa, colaboradora. Al interrogatorio refiere dolor leve en hipogastrio, con un puntaje de 2 según escala de valoración del dolor, que se presenta en cualquier momento del día, manifiesta que aun no ha pensado en algún método de planificación familiar y que últimamente se encuentra ansiosa por la proximidad del proceso de parto, además refiere estar en tratamiento para infección urinaria. Al examen físico piel tibia uniformemente, aparentemente higiénica, conjuntivas ligeramente pálidas, cavidad bucal integra, aparentemente higiénica, no se observan piezas dentarias careadas, mamas hipertróficas, con secreción láctea (calostro), areola hiperpigmentada, pezones poco definidos, abdomen voluminoso con presencia de estrías violáceas, útero grávido ocupado por feto único, altura uterina 33cm, posición fetal longitudinal-cefálico-derecho, movimientos fetales +/+++ , latidos cardiacos fetales 146 por minuto, ligero edema de miembros inferiores +/+++.

Funciones vitales: FC: 72x', FR: 20x', P/A 90/50mmHg, T° 36.5°C

Antropometría: Peso: 71.2Kg, Talla 1.54m. Peso habitual 62Kg.

Antecedentes obstétricos:

- G0P0000
- FUR: 20/02/2010
- FPP: 27/11/2010

Edad gestacional: 35 2/7

Tratamiento farmacológico actual:

- Amoxicilina 500mg Tab. VO c/8 horas por 7 días.
- Sulfato ferroso 60mg. + acido fólico 400ug. 1 tab VO c/24 horas.

4.1.2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- Nombre : KQH
- Edad : 25 años
- Sexo : Femenino
- Peso : 71.2 kg.
- Talla : 1.54 m.
- Grado de instrucción : Superior
- Religión : Católica
- Dirección : San Carlos s/n
- Procedencia : Chachapoyas

4.1.3 EXAMEN FÍSICO

PARAMETROS	LO QUE PRESENTA	ANALISIS
SIGNOS VITALES		
Frecuencia cardiaca	72x'	60 – 100 x' La frecuencia cardiaca en la gestante puede incrementarse entre 15 y 20 latidos por minuto. Su variación es amplia por la acción de muchos estímulos. Schwarcz R. (2006).
Frecuencia respiratoria	20x'	12/14 – 10/22 x' El tipo de respiración predominante es del tipo costal, Schwarcz R. (2006).
Presión arterial	90/50mmHg	120/80mmHg La presión sistólica y diastólica desciende en la primera mitad de la gestación en 5 a 10mmHg. Hacia el término alcanzan los valores pregravidicos. Todo ascenso de la presión sistólica por encima de 140mmHg y/o de la diastólica por arriba de 90mmHg o valores de la presión diastólica y sistólica están por debajo de 55 y 95mmHg respectivamente, pueden presentar complicaciones materno – fetales. Schwarcz R. (2006).
Temperatura axilar	36.5°C	36.5 – 37 °C La temperatura corporal desde el comienzo del embarazo se registra un ligero ascenso térmico de 0.3 a 0.6°C sobre la temperatura basal. Estudios indican que la temperatura basal fuera de la gestación, al iniciarse la segunda fase del

		<p>ciclo menstrual (fase progestacional, entre el 14° y el 28° día), se eleva 0.3 a 0.6°C sobre la correspondiente a la primera fase (fase estrogénica). Si el ciclo se renueva, al iniciarse otra fase estrogénica la temperatura entra nuevamente en fase baja y desciende. Si sobreviene un embarazo la fase progestacional se prolonga y la temperatura permanece alta. Esta elevación térmica se prolonga durante los tres primeros meses de la gestación; se inicia luego un descenso oscilante durante 40 días, y en la segunda mitad de la gravidez la temperatura permanece dentro de los valores preovulatorios. Se considera que la progesterona y principalmente sus derivados, la etiocolanona y el pregnandiol, son los que provocan la hipertermia gravídica. Los estrógenos actuarían anulando este efecto. Hay correlación entre el aumento de los estrógenos y el retorno de la temperatura a los valores preovulatorios hacia la segunda mitad del embarazo. Schwarcz R. (2006).</p>
<p>MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS</p> <p>Peso</p> <p>Talla</p>	<p>71.2kg</p> <p>1.54m</p>	<p>Presenta una ganancia de peso adecuado para la edad gestacional según índice de incremento del peso corporal materno (percentiles 10, 50 y 90). Con una ganancia de peso actual de 9.2Kg.</p> <p>La mujer experimenta un aumento de peso durante la gestación normal. Al término de ésta (38 – 40 semanas) el aumento normal es de unos 11kg. (Valor mediano: aproximadamente un 20% sobre el peso habitual), con una amplitud que se extiende desde 6kg (percentilo 10) a 15.6kg. (percentilo 90). Schwarcz R. (2006).</p> <p>Gestante presenta una talla óptima. Una talla menor de 1.40m constituye un factor de riesgo asociado a una mayor probabilidad que ella o su niño sufran alguna complicación. Alvarado J. (2006).</p>
PIEL	<p>Integra, turgente suave, elástica, color morena, tibia uniformemente, en aparente buen estado de higiene. Presenta pigmentación acentuada en pómulos, frente línea media abdominal infra y supraumbilical.</p>	<p>La piel debe ser suave, ligeramente seca del tacto, elástica y firme, ausencia de lesiones, color apropiado a los antecedentes genéticos.</p> <p>La pigmentación acentuada de los tegumentos es el fenómeno más notable, tan habitual en la gravidez. Acentuada más en las mujeres morenas que en las rubias, adopta disposiciones topográficas típicas. Se la comprueba en la cara frente, pómulos, alrededor del pezón, alas de la nariz, labio superior). donde constituye el</p>

		cloasma o mascarilla típica del embarazo, en los pechos, alrededor del pezón (areola primaria) o mas alejada (areola secundaria), en los afélides, en las grietas y en las cicatrices; y en la línea media abdominal infra o supraumbilical, o en ambas, contorneado o no el ombligo y en los órganos genitales externos. La pigmentación desaparece después del parto aunque a veces persiste con mucha menor intensidad. La intensificación de la pigmentación obedecería a la acción de la hormona melanocitoestimulante (MSH). Schwarcz R. (2006).
CABEZA	Normométrica, cabello en aparente buen estado de higiene, buena distribución, color negro.	Debe ser moldeada uniformemente, rasgos faciales simétricos, pelo lustroso, sedoso, fuerte elástico de buena distribución, Kosier B. (1999).
OJOS	Simétricos, íntegros, movimiento ocular coordinado. Escleras brillantes claras, buena reacción pupilar ante la luz, reflejo corneal positivo. Conjuntivas ligeramente sonrosadas. Pestañas y cejas de buena implantación.	No se observan alteraciones anatómofuncionales.
PABELLÓN AURICULAR	De regular tamaño Íntegros, simétricos, en aparente buen estado de higiene.	No se observan alteraciones anatómofuncionales.
NARIZ	De regular tamaño, íntegra, narinas permeables, ventila espontáneamente.	No se observan alteraciones anatómofuncionales.
BOCA	De regular tamaño, labios y mucosa oral sonrosada, húmeda e íntegra. Encías sonrosadas e íntegras. Odontograma completo, se observan algunas piezas dentarias tratadas. No se observa caries	En cuanto a la cavidad bucal los labios deben ser regulares, húmedos, color mas oscuro que la piel, encías firmes, de color rosa coral, membrana mucosa rosa brillante, lisas, húmedas, lengua de textura áspera, sin lesiones, sensación del gusto. Dientes color blanco uniforme, lisos, intactos. Kosier B. (1999).

	dental. Legua de regular tamaño, integra, movable.	
CUELLO	Piel integra sin adenopatías, movable en todas las direcciones, no dolor.	No se observan alteraciones anatómicas funcionales.
TÓRAX	Piel integra, expansibilidad torácica simétrica. Movimientos respiratorios rítmicos regulares. Mamas integras hipertróficas voluminosas, areola hiperpigmentada, pezones poco definidos, glándula mamaria activa, con secreción láctea, no se palpan masa ni tumoraciones. Ruidos cardiacos rítmicos.	Las modificaciones mamarias durante la gestación son precoces, constantes y numerosas. El fenómeno más evidente lo constituye la hipertrofia producida por la hiperplasia glandular, el aumento de tejido adiposo, hiperemia y la imbibición líquida del tejido intersticial. Aparecen grietas por la hiperdistensión de la piel; a nivel del pezón, mayor tensión, sensibilidad y capacidad eréctil, pigmentación más o menos intensa del mismo y de su areola; producción de una areola secundaria, de pigmentación más tenue, en la periferia de la anterior; aparición de una sutil red venosa (Haller) en la superficie periférica de la glándula; existencia de los tuberculos de Montgomery o de Morgagni en la areola primaria constituidos por numerosas glándulas sudoríparas o mamarias accesorias rudimentarias. Funcionalmente predomina la secreción de calostro, líquido siruposo, incoloro (a veces grisáceo), cuya aparición es precoz a partir de las primeras semanas, para persistir hasta el 3º o 4º día del puerperio, época en que es substituido por la leche. Las modificaciones anatómicas y funcionales se hallan gobernadas por el sistema endocrino. Los estrógenos producen hiperplasia canalicular y, en conjunto con la progesterona, favorecen el crecimiento lobuloalveolar. En el desarrollo mamario asimismo intervendrían la adenohipofisis y la placenta a través de la secreción de adrenocorticotropina, prolactina y hormona coriónica somatotrófica (hCS). También participarían hormonas de la corteza suprarrenal. Schwarcz R. (2006).
ABDOMEN	Voluminoso, piel uniforme, con estrías color púrpura, congestivas, no se palpan	Un fenómeno importante a nivel de la piel abdominal en la gestante es la aparición de estrías. Su distribución topográfica típica se presenta además en otras regiones donde existe

	<p>masas ni tumoraciones. Útero grávido, ocupado por feto único, altura uterina 33cm, posición fetal longitudinal-cefálico –derecho, movimientos fetales +/+++ , latidos fetales 146 por minuto.</p>	<p>mayor distensión de tegumentos. Su coloración es variada, las recientes, producidas durante el embarazo actual, son rozadas, congestivas y a veces pigmentadas. La causa de este proceso debe hallarse en factores exclusivamente mecánicos; con la sobre distensión, al vencerse la elasticidad de las fibras de la dermis, éstas se desgarran; no obstante algunos señalan la acción de determinados factores endocrinos como coadyuvantes. Schwarcz R. (2006).</p> <p>La altura uterina aumenta en relación con la duración del embarazo siguiendo un patrón conocido y representa de manera simple una medida indirecta del crecimiento global fetal. La relación que guarda la edad gestacional por la medida de la altura uterina por encima de las 14 semanas de amenorrea tiene una variabilidad de más o menos 3 semanas. La antropometría uterina a partir de la semana 30 el fondo uterino asciende hasta la mitad de la línea xifumbilical, cuya altura uterina alcanza una medida métrica de 24 – 38cm y a partir de las 37 semanas el fondo uterino alcanza el apéndice xifoideas del esternón con una altura uterina de 29 – 34cm. Schwarcz R. (2006).</p> <p>Se presenta una altura uterina adecuada a la edad gestacional. Encontrándose dentro de los parámetros normales de la tabla gráfica de medición de la altura uterina según las semanas de amenorrea. MINSA (2004).</p> <p>La situación fetal es la relación que existe entre el eje longitudinal del ovoide fetal y el eje longitudinal de la madre. El 99.5% de casos presentan una situación longitudinal, los restantes una situación transversa. La posición fetal es la relación que existe entre una parte del feto y uno de los flancos maternos, si la situación es la longitudinal la posición indica en que flanco de la madre se encuentra se encuentra el dorso del feto, si la situación es transversa la posición indica en que flanco de la madre se encuentra la cabeza fetal. El 66% de casos adoptan la posición izquierda y el 34% de ellos una posición derecha. La presentación fetal indica cual es el polo del feto que se ofrece al conducto del parto. El 96% de casos adoptan una presentación cefálica y el 3.5% de casos con presentación podálica. Alvarado J. (2006).</p>
--	--	--

		<p>La presencia de movimientos fetales indica integridad del sustrato anatómico y capacidad para producir funciones complejas. El promedio de movimientos fetales percibidos por la madre ha sido estimado entre 30 y 60 movimientos por hora con grandes variaciones individuales. Hay fetos que son vigorosos en sus movimientos en tanto que otros lo son mucho menos. Hay madres que perciben la mayoría de los movimientos fetales en tanto que otras no. Muchos factores, como tabaquismo, uso de medicamentos, actividad física, momentos del día, edad gestacional, etc., producen variaciones en la duración. Schwarcz R. (2006).</p> <p>Los latidos cardíacos fetales oscilan entre 120 – 160 latidos por minuto. Ludmir A. (1996).</p>
GENITALES Y ANO	No se logro realizar el examen.	
EXTREMIDADES	<p>Miembros superiores e inferiores simétricos, movimientos suaves coordinados. Se observa edema de miembros inferiores +/-/+++. Huesos y articulaciones sin deformaciones, no sensación dolorosa. Tonicidad muscular y fuerza conservados.</p>	<p>La retención hídrica en la gestante, constituye un fenómeno fisiológico donde intervienen mecanismos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La posición de pie provoca estancamiento en las venas con disminución del volumen efectivo de sangre circulante y del gasto cardíaco, esta alteración hemodinámica estimula los receptores del volumen aumentando considerablemente la secreción de aldosterona (ADH) por un lado, y por el otro al reducir el flujo plasmático renal y del volumen de la filtración glomerular disminuye también la cantidad de agua y sodio que se filtra, provocando en conjunto el aumento de la reabsorción de sodio y agua . -El aumento de la presión intravascular de los miembros inferiores y el aumento de la permeabilidad capilar permiten el pase de agua de los capilares al intersticio. La presión venosa femoral aumenta durante la gestación hasta duplicar los valores encontrados en las mujeres no embarazadas. Esto obedece a la compresión del útero gravídico sobre las grandes venas pelvianas y a la acción del hígado que rotado en el embarazo, provoca una constricción de la vena cava o a nivel del hiato diafragmático. <p>Como consecuencia de los factores locales y de la retención hídrica generalizada, es común observar edema en los miembros inferiores en el último trimestre de la gestación. Este edema,</p>

		<p>considerado fisiológico no pasa generalmente del nivel de los maléolos. Un aumento desproporcionado del peso corporal –mayor de 2kg en un mes–, y sobre todo si éste se realiza bruscamente (en pocos días), se debe investigar causa y corregir de inmediato, de lo contrario se podría desencadenar una toxemia. Schwarcz R. (2006).</p>
<p>SISTEMA NERVIOSO</p> <p>Estado mental: Lucida, orientada, comunicativa, utiliza un lenguaje y comprensible y claro, colaboradora.</p> <p>Pares craneales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par olfatorio: Paciente identifica olores. - Par óptico: Paciente reconoce colores. - Par motor ocular común: Presencia de reacción pupilar. - Par patético: Paciente direcciona la mirada (arriba, abajo, a los costados). - Par trigémino: Presencia de reflejo corneano. - Par motor ocular externo: Paciente direcciona la mirada (arriba, abajo a los costados). - Par facial: Paciente sonríe muy alegre. - Par auditivo: Escucha ruidos del exterior de la habitación. - Par glossofaríngeo: Presencia de reflejo nauseoso. - Par vago: Elevación de la úvula en el paladar blando. - Par espinal: Elevación de hombros. - Par hipogloso: Movimiento de la lengua a los lados 		<p>No se observan alteraciones.</p>

4.1.4 DATOS PRIORITARIOS

DATOS OBJETIVOS

- Falta de motivación para la elección de un método anticonceptivo.
- Infección urinaria en tratamiento.

DATOS SUBJETIVOS

- Dolor leve en hipogastrio.
- Ansiedad por el proceso de parto.

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CONFRONTACIÓN CON LA LITERATURA	CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA
Falta de motivación para la elección de un método anticonceptivo.	<p><u>Mantenimiento de la salud alterado</u></p> <p>Estado en que el individuo presenta una incapacidad para promover, o conservar la salud, o para solicitar ayuda con tal finalidad. NANDA (2005).</p>	<p>➤ Alteración de percepción y control de la salud: Mantenimiento de la salud alterado R/C poca motivación por conservación de la salud sexual y reproductiva M/P referencia verbal “aún no he pensado en la elección de un método anticonceptivo”.</p>
Infección urinaria en tratamiento	<p><u>Infección Urinaria:</u></p> <p>Se encuentran entre las infecciones más comunes padecidas por la mujer embarazada, cuyo espectro clínico abarca desde bacteriuria asintomática, la uretritis y ascitis, hasta la pielonefritis que involucra la pelvis y cálices renales y el parénquima renal. A</p>	<p>➤ Alteración del patrón de percepción y control de la salud: infección R/C invasión de agentes patógenos en el tracto genitourinario M/P referencia verbal de tratamiento para la</p>

	<p>pesar de ser una enfermedad sistémica que se puede presentar fuera del embarazo, ciertos factores que se desarrollan a lo largo del mismo predisponen a la aparición de este cuadro infeccioso. Los gérmenes que producen las infecciones urinarias son en general gramnegativos, aislándose en un 80% la escherichia coli y en menor proporción proteus mirabilis, klebsiella y aerobacter. El 5 a 15% restante corresponde a gérmenes grampositivos, siendo el estafilococo el germen mas frecuentemente aislado. Los factores predisponentes para la aparición de las diferentes infecciones del tracto urinario que se desarrollan como consecuencia de ciertos cambios producidos en el embarazo son: dilatación de la pelvis, cálices y uréteres que se produce por la acción de factores hormonales y mecánicos obstructivos. Otro de los factores contribuyentes al desarrollo de esta infección es el aumento del reflujo vesicoureteral. La compresión mecánica producida por el aumento del tamaño uterino es la principal causa de hidrouréter e hidronefrosis, por la relajación del musculo liso, inducida por la progesterona, también puede estar asociada a estas patologías. Las diferencias entre el Ph urinario y la osmolalidad, la glucosuria y la aminoaciduria inducidas por el embarazo pueden facilitar el</p>	infección urinaria.
--	---	---------------------

	<p>crecimiento bacteriano. La vía de infección predominante es la ascendente y se produce como consecuencia del ascenso de germen que se encuentran en vejiga o que llegan a ella como consecuencia de procesos infecciosos del aparato genital o de la región perianal. Bacteriuria asintomática, es la colonización bacteriana del tracto urinario sin sintomatología y resulta ser la más frecuente de las infecciones del tracto urinario durante el embarazo. Estudios extensamente realizados confirman que cuando la bacteriuria no es tratada, en un 20% a un 40% de las madres desarrollarán pielonefritis aguda, otras complicaciones incluyen trabajo de parto y parto pretérmino, bajo peso al nacer y retardo en el crecimiento intrauterino. Schwarcz R. (2006).</p>	
<p>Dolor leve en hipogastrio.</p>	<p><u>Dolor</u></p> <p>El dolor es definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial. Se inicia con la estimulación de las terminaciones nerviosas sensoriales localizadas en la superficie del cuerpo (piel) o en estructuras más profundas (paredes arteriales, articulaciones y periostio). Las terminaciones nerviosas sensoriales parecen tener</p>	<p>➤ Alteración del patrón cognoscitivo perceptual: dolor leve R/C encajamiento de feto en la pelvis materna M/P valoración del dolor según escala, con un puntaje de 2 por referencia verbal de la gestante.</p>

diferente a los estímulos dolorosos; es decir, unas son más sensibles al dolor que otras. Asimismo, algunas regiones del cuerpo tienen gran número de terminaciones nerviosas sensoriales libres sensibles a estímulos dolorosos, en tanto que en otras no las hay (cerebro, alveolos pulmonares). Una vez que se inicia el impulso del dolor por estimulación de un receptor sensorial, se transmite rápidamente por las neuronas de primer nivel hasta la porción lateral de filamentos en las vías espinotalámicas de la medula espinal, y de ahí el tálamo, donde se efectúa una selección y valoración general de los impulsos del dolor que se transmiten después por las neuronas del tercer nivel hasta los centros superiores del cerebro. Una vez que la impresión llega a la corteza, la persona nota el dolor. En el mecanismo fisiológico del dolor irradiado las fibras que transportan los impulsos de las vísceras hacen sinapsis (se unen) con otras neuronas en la medula espinal. El dolor puede depender de múltiples tipos de estímulos, incluyen sustancias químicas irritantes, traumatismos mecánicos, temperatura extrema o isquemia (falta de riego sanguíneo), así como factores psicógenos. Puede clasificarse como superficial, profunda y visceral. El superficial suele percibirse con carácter

	<p>ardoso o punzante. Se presenta por estimulación de los receptores de la piel o mucosas. Se presenta por estimulación de los receptores de la piel o mucosas. Se puede localizar con bastante precisión, por el gran número de terminaciones libres de nervios sensoriales en la superficie del cuerpo. El dolor profundo depende de estructuras más profundas, como músculos, tendones, articulaciones y aponeurosis, suele describirse como sordo, de tipo calambre, mordiente o terebrante. Los músculos y tendones son particularmente sensibles al dolor, que ahí puede ser muy intenso. El dolor visceral puede percibirse en el órgano en sí o en un sitio alejado de la víscera afectada por el mecanismo de dolor irradiado. Suele ser más difícil de localizar porque hay menos terminaciones nerviosas. DuGas B. (2000).</p>	
<p>Ansiedad por el proceso de parto.</p>	<p><u>Ansiedad:</u></p> <p>Ansiedad es un estado en que la persona experimenta sentimientos de desasosiego o aprensión, y la activación del sistema nervioso autónomo en respuesta a una amenaza vaga e inespecífica. La ansiedad se diferencia del temor en que una persona ansiosa no puede identificar la amenaza, mientras que</p>	<p>➤ Alteración del patrón autopercepción y autoconcepto: ansiedad R/C primigesta M/P referencia verbal de preocupación por proceso de parto.</p>

	<p>otra temerosa, si puede. La ansiedad puede producirse sin temor; sin embargo, el temor se acompaña normalmente de ansiedad. Los sentimientos de desasosiego, pavor e insuficiencia acompañan a la ansiedad. La respuesta a una amenaza puede variar desde ansiedad leve a pánico, diferenciándose así cuatro grados de ansiedad: leve, moderada, grave, pánico. La ansiedad leve se ha descrito como ansiedad normal, la moderada, como crónica y la grave como aguda. La ansiedad leve es necesaria en todas las personas para funcionar y responder eficazmente al entorno y los acontecimientos. En una gestante los cambios psicológicos se ven agudizados por efecto depresor de la progesterona en el sistema nervioso central. Carpenito L. (1999).</p>	
--	---	--

4.2.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Alteración del patrón de percepción y control de la salud: infección R/C invasión de agentes patógenos en el tracto genitourinario M/P referencia verbal de tratamiento para la infección urinaria.
2. Alteración del patrón autopercepción y autoconcepto: ansiedad R/C primigesta M/P referencia verbal de preocupación por proceso de parto.
3. Alteración del patrón cognoscitivo perceptual: dolor leve R/C encajamiento de feto en la pelvis materna M/P valoración del dolor según escala, con un puntaje de 2 por referencia verbal de la gestante.
4. Alteración de percepción y control de la salud: Mantenimiento de la salud alterado R/C poca motivación por conservación de la salud sexual y reproductiva M/P referencia verbal “aún no he pensado en la elección de un método anticonceptivo”.

4.3 PLANIFICACIÓN

DIAGNÓSTICO: Alteración del patrón de percepción y control de la salud: infección R/C invasión de agentes patógenos en el tracto genitourinario M/P referencia verbal de tratamiento para la infección urinaria.

OBJETIVO : Promover en la gestante las medidas necesarias para el control de la infección urinaria

CRITERIO RESULTADO: Gestante logrará aplicar medidas de control para el proceso infeccioso.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Enseñar a la gestante las características normales de la orina: color, aspecto.	El análisis de orina es una medición por métodos físicos y químicos para diagnosticar la presencia de infecciones urinarias, enfermedades renales, y otras enfermedades generales que producen metabolitos en la orina. Su valoración física se determina mediante la observación, normalmente su color debe ser amarillo y su aspecto. Brunner y Suddarth (1998).
Mencionar la importancia de cumplir el tratamiento farmacológico prescrito por el personal de salud: Amoxicilina 500 mg VO C/8 horas.	La amoxicilina es un antibiótico/bactericida inhibe el entrecruzamiento de las cadenas de peptidoglucanos necesarios para la estabilidad y rigidez de la pared bacteriana, en consecuencia inhibe su división y crecimiento. Vademecum Médico del Perú (2005).
Fomentar la ingesta de abundantes líquidos, entre 8 a 12 vasos al día o según tolerancia.	El consumo de líquidos en gran cantidad promueve el flujo sanguíneo renal, mejora la frecuencia urinaria permitiendo un flujo continuo logrando arrastrar las bacterias por la

<p>Recomendar a el vaciamiento frecuente y completo de la orina.</p>	<p>orina. Brunner y Suddarth (1998).</p> <p>Esto reduce al estasis urinario evitando por un lado la multiplicación bacteriana y por el otro la sedimentación de sus componentes principalmente la urea, el cual favorecido por la sobredistensión de la vejiga y alteración del riego sanguíneo vesical, provocan lesión de las paredes del tracto urinario lo que predispone a infecciones del tracto urinario. Brunner y Suddarth (1998).</p>
<p>Recomendar el consumo de alimentos ricos en vitamina c (limón, naranja, etc.)</p>	<p>Este tipo de, permiten acidificar la orina, creando un ambiente no favorable para la proliferación de microorganismos. Potter P. (2001).</p>
<p>Recomendar a la paciente a realizar un correcto aseo perineal.</p>	<p>La cercanía de la vagina al recto predisponen a la proliferación de gérmenes, y el realizar el correcto aseo perineal (de delante hacia atrás) disminuye el riesgo de contaminación. Potter P. (2001).</p>
<p>Enseñar el lavado de manos constante.</p>	<p>El lavado de manos correcto constituye una medida importante para evitar infecciones cruzadas. Consiste en la frotación de las manos durante un tiempo prudencial de mas o menos 15 segundos mediante la utilización de sustancias emulsificantes como el jabón y el agua a chorro para arrastrar y eliminar en forma mecánica toda sustancia extraña. Kosier B. (1999).</p>

DIAGNÓSTICO: Alteración del patrón autopercepción y autoconcepto: ansiedad R/C primigesta M/P referencia verbal de preocupación por proceso de parto.

OBJETIVO: Reducir el proceso ansioso que presenta la gestante.

CRITERIO RESULTADO: Paciente manifestara sentirse más tranquila.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Entablar una relación empática con la gestante.	La relación que se establece entre la enfermera y el paciente es un aspecto fundamental de la enfermería que permite al profesional de la salud brindar asistencia al paciente. Mediante la empatía se tendrá una buena comunicación interpersonal, permitirá un entendimiento sólido y fundamental logrando fomentar un clima de confianza. DuGas B. (2000).
Valorar el grado de ansiedad.	Permitirá la aplicación cuidados ampliamente estrictos. Carpenito L. (1999).
Crear un clima de libre comunicación para el paciente.	Para fomentar una atmosfera abierta en la que el individuo sienta la libertad de comunicarse. DuGas B. (2000).
Aclarar ideas y conceptos erróneos respecto a la salud.	La información oportuna y clara ayuda a reducir el estado ansioso recuperando la sensación del control. Carpenito L. (1999).
Fortalecer las relaciones familiares.	Los vínculos afectivos constituyen una gran fortaleza para lograr objetivos. Carpenito L. (1995).

DIAGNÓSTICO: Alteración del patrón cognoscitivo perceptual: dolor leve R/C encajamiento de feto en la pelvis materna M/P valoración del dolor según escala, con un puntaje de 2 por referencia verbal de la gestante.

OBJETIVO: Enseñar a la gestante medidas de control del dolor.

CRITERIO RESULTADO: Gestante expresara alivio tras la aplicación de medidas de control del dolor.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Valorar las características del dolor: localización, intensidad y duración.</p>	<p>Una valoración precisa permite a la enfermera determinar la naturaleza exacta de la alteración mediante una evaluación relativa al paciente, es importante recabar información precisa como su localización exacta, la intensidad según escala de valoración del dolor y su duración (intermitente, recurrente o continuo). DuGas B. (2000).</p>
<p>Explicar el porqué de la experiencia del dolor.</p>	<p>Conocer la causa del dolor con frecuencia permite que la persona se prepare a afrontar la situación; asimismo elimina gran parte del temor a lo desconocido de tal forma que evita estados de ansiedad. DuGas B. (2000).</p>
<p>Fomentar la realización de actividades de distracción que mas se guste realizar (tejer, mirar películas, cantar).</p>	<p>La distracción, es un medio útil de ayuda para el alivio del dolor agudo y el que persiste por un tiempo prolongado. Disminuye la atención del individuo a los estímulos dolorosos. Las personas cuya atención deriva hacia otro punto tienen diversas impresiones sensoriales que compiten por su atención y disminuyen su percepción de las sensaciones del dolor. DuGas B. (2000).</p>
<p>Enseñar técnicas de relajación como los ejercicios de respiración rítmico y lento (inspiración y expiración) y la música.</p>	<p>Las técnicas de relajación reducen el nivel de ansiedad y temor los mismos que al ser controlados contribuyen al bloqueo de la reacción al dolor y al lograr reducirlo con éxito se alivia gran parte de la incomodidad del individuo. DuGas B. (2000).</p>
<p>Recomendar actividades de estimulación cutánea como baños terapéuticos y masajes locales.</p>	<p>Los masajes locales ayudan a la relajación y alivio de la tensión muscular. En los baños terapéuticos las acciones analgésicas</p>

<p>Proponer a la gestante a adoptar posiciones antiálgicas.</p>	<p>dependen de la aplicación calor o frío. El calor tiende a aliviar el dolor aumentando la circulación en la parte del cuerpo que se aplica, ya que el aumento de la circulación ayuda a eliminar los productos de metabólicos de desecho, que se piensan causan el dolor. El frío tiene un efecto opuesto al calor, es decir, disminuye la circulación periférica. Al reducirla ayuda a disminuir la tumefacción y con ello la presión en las terminaciones nerviosas sensoriales. El frío también se usa como anestésico local, en este caso la frialdad intensa adormece las terminaciones nerviosas sensoriales, evitando así la transmisión de impulsos dolorosos. Los masajes tienen efecto similar al del calor, porque aumentan la circulación en una región, acelerando la eliminación de los productos de desecho del metabolismo celular. DuGas B. (2000).</p> <p>La posición antiálgica permite adoptar la una posición cómoda acorde a las necesidades de confort, aliviando la tensión muscular y evitando todo tipo de presión en determinadas regiones corporales. DuGas B. (2000).</p>
---	--

DIAGNÓSTICO: Alteración de percepción y control de la salud: Mantenimiento de la salud alterado R/C poca motivación por conservación de la salud sexual y reproductiva M/P referencia verbal “aún no he pensado en la elección de un método anticonceptivo”.

OBJETIVO : Lograr en la gestante la elección de un método anticonceptivo.

CRITERIO RESULTADO: La paciente optará por un método de planificación familiar tras la exposición de una sesión educativa.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Evaluar los conocimientos previos del tema a tratar.</p> <p>Fomentar la participación activa de la gestante durante todo el proceso.</p> <p>Explicar la importancia de la elección de un método de planificación familiar optimo tan pronto sea posible</p> <p>Brindar una sesión educativa sobre planificación familiar.</p>	<p>Al evaluar cuanto conoce se le brindara, corregirá u orientara la información adecuada. Kosier B. (1999).</p> <p>Para que el aprendizaje se lleve a cabo es esencial la participación activa de quien aprende. DuGas B. (2000).</p> <p>Favorece a la salud sexual y reproductiva de la futura mama, con la finalidad de evitar situaciones que pongan en riesgo a la salud de la madre. MINSA (2004).</p> <p>La sesión educativa es una técnica que se utiliza en la enseñanza o educación de personas adultas. Fomenta el análisis, el diálogo y la reflexión sobre un tema identificado. Kosier B. (1999).</p>

4.4 EJECUCIÓN

DIAGNOSTICO	FECHA	HORA	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EJECUTADO	
				SI	NO
Alteración del patrón de percepción y control de la salud: infección R/C invasión de agentes patógenos en el tracto genitourinario M/P referencia verbal de tratamiento para la infección urinaria.	29/10/10	8:30	Enseñar a la gestante las características normales de la orina: color, aspecto.	X	
		8:32	Mencionar la importancia de cumplir el tratamiento farmacológico prescrito por el personal de salud: Amoxicilina 500 mg VO C/8 horas.	X	
		8:33	Fomentar la ingesta de abundantes líquidos, entre 8 a 12 vasos al día o según tolerancia.	X	
		8:33	Recomendar a el vaciamiento frecuente y completo de la orina.	X	
		8:34	Recomendar el consumo de alimentos ricos en vitamina c (limón, naranja, etc.)	X	
		8:35	Recomendar a la paciente a realizar un correcto aseo perineal.	X	
		8:35	Enseñar el lavado de manos constante.	X	

Alteración del patrón autopercepción y autoconcepto: ansiedad R/C primigesta M/P referencia verbal de preocupación por proceso de parto.	29/10/10	8:30	Entablar una relación empática con la gestante.	X
		8:30	Crear un clima de libre comunicación para el paciente.	X
		8:42	Valorar el grado de ansiedad.	X
		8:44	Aclarar ideas y conceptos erróneos respecto a la salud.	X
		8:46	Fortalecer las relaciones familiares.	X
Alteración del patrón cognoscitivo perceptual: dolor leve R/C encajamiento de feto en la pelvis materna M/P valoración del dolor según escala, con un puntaje de 2 por referencia verbal de la gestante.	29/10/10	8:37	Valorar las características del dolor: localización, intensidad y duración.	X
		8:38	Explicar el porqué de la experiencia del dolor.	X
		8:38	Fomentar la realización de actividades de distracción que mas se guste realizar (tejer, mirar películas, cantar).	X
		8:39	Enseñar técnicas de relajación como los ejercicios de respiración rítmico y lento (inspiración y expiración) y la música.	X
			Recomendar actividades de estimulación cutánea como	X

		8:39	baños terapéuticos y masajes locales.		
		8:40	Proponer a la gestante a adoptar posiciones antiálgicas.	X	
Alteración de percepción y control de la salud: Mantenimiento de la salud alterado R/C poca motivación por conservación de la salud sexual y reproductiva M/P referencia verbal "aún no he pensado en la elección de un método anticonceptivo".	29/10/10	8:48	Evaluar los conocimientos previos del tema a tratar.	X	
		8:49	Fomentar la participación activa de la gestante durante todo el proceso.	X	
		8:50	Explicar la importancia de la elección de un método de planificación familiar optimo tan pronto sea posible	X	
		8:52	Brindar una sesión educativa sobre planificación familiar.	X	

4.5 EVALUACIÓN

4.5.1 ESTRUCTURA

VALORACIÓN	<p>Se realizó de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none">- Se tuvo contacto directo con la gestante en un ambiente adecuado para brindar la atención de enfermería correspondiente.- Se realizó el examen físico a la gestante y recogida de datos gracias a la colaboración participativa de la gestante.- Se registro la información obtenida en los formatos correspondientes.- Se analizó la información recolectada de la valoración. <p>De la información analizada se discriminó los datos prioritarios, los mismos que engloban de manera objetiva y subjetiva para la gestante un problema en salud.</p>
DIAGNÓSTICO	<p>Cada uno de los diagnósticos se plateó luego de la revisión literaria y confrontación con la bibliografía, formulándose finalmente cuatro diagnósticos reales, que se priorizaron para su planificación correspondiente.</p>
PLANIFICACIÓN	<p>Se plantearon acciones fundamentadas científicamente, determinadas bajo la realización de objetivos alcanzables y con criterios de resultados que se adecuen a las posibilidades de logro de la persona.</p>
EJECUCIÓN	<p>Se logró brindar una atención integral, sin dificultades, gracias a la colaboración y participación activa de la gestante y a la preparación del recurso humano. Se contó con el recurso material necesario para la atención correspondiente.</p>
EVALUACIÓN	<p>En base a porcentaje real, se obtuvo un logro del 100%, lo que corresponde a 21 actividades realizadas satisfactoriamente, lo que permitió el logro de los objetivos propuestos de cada diagnostico realizado.</p>

4.5.2 PROCESO

El cuidado de enfermería se realizó sistemáticamente bajo una serie de pasos cuidadosamente planificados. Observando se un adecuado trabajo que permitieron lograr informar, orientar y fortalecer las habilidades y destrezas de la persona en cuanto al desarrollo de su salud.

4.5.3 RESULTADO

1. Se logró promover en la gestante las medidas de control necesarios para el control de la infección urinaria.
2. Se le enseñó a la gestante las medidas correspondientes para el control del dolor.
3. Se logró reducir el proceso ansioso que presentaba la gestante.
4. Se logró promover en la gestante una óptima salud sexual y reproductiva con la elección de un método anticonceptivo.

V. DISCUSIÓN

Durante el proceso de gestación ocurren una serie de cambios de naturalidad física, psicológica y social en la mujer. DuGAS nos muestra una lista de necesidades que requieren atención particular según los factores relacionados para esta etapa del ciclo de vida (Pg. 10).

En la atención brindada a la gestante K.Q.H., luego de una minuciosa valoración, se lograron detectar cuatro problemas prioritarios: Infección urinaria en tratamiento, dolor leve, ansiedad por el proceso de parto y, falta de motivación para la elección de un método anticonceptivo. Haciendo mención a DuGAS, la intervención de enfermería se basó en la satisfacción de las siguientes necesidades: Controlar la infección, amor-seguridad-autoestima, evitar el dolor y, sexualidad.

Para el primer problema en salud, Schwarcz R. (2006), menciona que las infecciones urinarias se encuentran entre las infecciones más comunes padecidas por la mujer embarazada, resaltando entre todas ellas la bacteriuria asintomática, siendo ésta la colonización bacteriana del tracto urinario sin sintomatología; a pesar de ser una enfermedad que se puede presentar fuera del embarazo, durante la gestación los factores predisponentes se desarrollan como consecuencia de factores hormonales y mecánicos, como cambios en el Ph urinario, reflujo vesicoureteral, compresión mecánica producida por el aumento del tamaño uterino, entre otros. Que al no ser tratados oportunamente se desarrollarán complicaciones que afectan directamente a la madre, al feto y al proceso gestacional.

La gestante mencionaba estar en tratamiento para infección urinaria de tipo bacteriuria asintomática, detectada durante la atención prenatal regular, por lo que los cuidados de enfermería aplicados en este caso se basaron principalmente a contribuir a reducir el proceso infeccioso mediante información y la toma de medidas de control.

El segundo problema en salud fue la ansiedad. Carpenito J. (1999), lo define como un estado en que la persona experimenta sentimientos de desasosiego o aprensión, y la activación del sistema nervioso autónomo en respuesta a una amenaza vaga e inespecífica acompañada de sentimientos de pavor e insuficiencia, también hace

mención a cuatro tipos de ansiedad, que según valoración a la gestante presenta ansiedad leve, la cual es descrita como normal y necesaria en todas las personas para funcionar y responder eficazmente al entorno y los acontecimientos; Pérez A. agrega que en una gestante los cambios psicológicos se ven agudizados por efecto depresor de la progesterona en el sistema nervioso central.

Los cuidados de enfermería aplicados para este caso se basaron fundamentalmente en una relación terapéutica empática enfermera – paciente.

Otro de los problemas en salud encontrados fue el dolor que refería la gestante en el hipogastrio, que según la valoración del dolor realizada se observó que el dolor era leve, los cuidados de enfermería que se lograron aplicar en este caso se basaron principalmente en información del porqué del dolor y la aplicación de medidas de control del dolor. Pérez A. (1999), menciona que en el tercer trimestre hacia aproximaciones del parto, el encajamiento del feto en la pelvis materna provoca cierto tipo de dolor para la madre por lo que resulta común su percepción.

Para el último problema de salud prioritario encontrado, falta de motivación para la elección de un método anticonceptivo, se observa que existe un mantenimiento de la salud alterado, el Nanda (2005) lo define como un estado en que el individuo presenta una incapacidad para promover o conservar o para solicitar ayuda con tal finalidad. En el presente caso la gestante mostraba desmotivación o poco interés por la solicitud de un método anticonceptivo, que según la normatividad del Ministerio de Salud en nuestro país el esquema mínimo de la atención prenatal, indica información sobre planificación familiar y salud reproductiva en todas las atenciones prenatales.

Los cuidados de enfermería en este caso se basaron en la información oportuna necesaria y adecuada, apoyada en sesiones educativas previamente planificadas.

VI. CONCLUSIONES

1. Se logró brindar un cuidado integral de enfermería a la gestante en el tercer trimestre.
2. Se proporcionó atención de enfermería holística y humana acorde a las necesidades de salud encontradas.
3. Se priorizaron diagnósticos en base a problemas reales según problemas prioritarios debidamente analizados.
4. Se evaluó integralmente el bienestar integral de la gestante.
5. No se detectaron la presencia de signos de alarma.
6. Se brindó la preparación física y psicológica de la gestante sobre el proceso del parto.
7. Se logró orientar a la gestante para la elección de un método de planificación familiar y la importancia que implica en su salud reproductiva.
8. Se brindó orientación nutricional.

VII. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer en la población estudiantil la intervención enfermería en este grupo poblacional de alto riesgo.
2. Incentivar a mejorar la atención a la gestante al estudiante y profesional de enfermería.
3. Ampliar el campo de estudio para el estudiante de enfermería de nuestra institución en el área de obstetricia y ginecología en el primer nivel de atención.
4. Incentivar a los estudiantes a mejorar las relaciones de trabajo con el resto del equipo de salud.
5. Promover el trabajo en equipo en toda institución de salud.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARADO ALVA, Juan C. (2006). “Manual de Obstetricia”. 2ª ed. Ed. AMP. Lima – Perú. Pg. 20 – 25, 48.
- BRUNNER Y SUDDARTH (1998). “Enfermería Medicoquirúrgica”. 8ª ed. Ed. Mc Graw – Hill Interamericana. España. Pg.1192.
- CARPENITO, Lynda J. (1995). “Diagnósticos de enfermería”. 1ª ed. Ed. Mc. Graw – Hill Interamericana. España. Pg. 328.
- CARPENITO, Lynda J. (1999). “Planes De Cuidado Y Documentación En Enfermería”. 1ª ed. Ed. Mc. Graw – Hill Interamericana. España. Pg. 37, 38.
- DuGAS, Beverli W. (2000). “Tratado de Enfermería Práctica”. 4ª ed. Ed. Mc Graw- Hill Interamericana. México. Pg. 118, 127, 142, 184,185, 404 – 406, 411 – 421, 535.
- KOSIER, Barbara; Erb G. y Blaib L. (1999). “Fundamentos de Enfermería: Conceptos Procesos y Práctica”. 5ta ed. Ed. Mc Graw – Hill Interamericana. México. Pg. 584, 613 – 615.
- LUDMIR, Abraham G. (1996). “Ginecología y Obstetricia: Prevención, diagnostico y Tratamiento”. 2da ed. Ed. Concytec. Lima – Perú. Pg. 33 – 37.
- MINSA (2004). “Guías Nacionales de Atención Integral de la salud Sexual y Reproductiva”. 2ª ed. Lima-Perú. Módulo II “Atención obstetricia” Pg. 1 – 18. Módulo VIII “Planificación familiar” Pg. 1 – 34.
- NANDA (2005). “Diagnóstico Enfermero: Definiciones y Clasificaciones” Ed. El Sevier. Madrid- España. Pg. 145.
- MINISTERIO DE SALUD (2009). “Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación. NTS N° 080-MINSA/ DGSP V. 01.
- PEREZ SANCHEZ, Alfredo y Donoso E. (1999). “Obstetricia”. 3ª ed. Ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago - Chile. Pg. 55, 82 – 85.
- POTTER, Patricia A., Perry A. (2001). “Fundamentos de Enfermería”. 5ta ed. Ed. Harcourt. Madrid-España. Pág. 121, 546.
- SCHWARCZ, Ricardo L., Fescina R. y Duverges C. (2006). “Obstetricia”. 6ª ed. Ed. El Ateneo. Pg. 51 – 53, 58, 60 – 63, 80 – 83, 121, 128, 370, 371.
- VADEMECÚM MÉDICO DEL PERÚ (2005). “La Revista Médica”. Lima-Perú. Pg. 59.

ANEXOS
ANEXOS

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA

I. DATOS

- a. TITULO : Planificación familiar
- b. FECHA : 29/10/10
- c. HORA : 8:50
- d. LUGAR : Ambiente donde se realiza la atención prenatal
- e. DIRIGIDO A : K. Q. H.
- f. RESPONSABLE : Bachiller en Enfermería Janeth Facundo Morales
- g. TIEMPO : 12 minutos

II. PROPOSITO

La información sobre planificación familiar y salud reproductiva es una actividad que constituye parte del esquema mínimo de la atención prenatal, lo que contribuye a una atención integral a la gestante, favoreciendo a su salud sexual y reproductiva, evitando situaciones que pongan en riesgo a su salud en general.

III. OBJETIVOS

Generales

Promover la salud reproductiva y la planificación.

Específicos

Mencionar la importancia de la elección de un método anticonceptivo

Explicar detalladamente cada método anticonceptivo, su forma de uso, efectos secundarios y recomendaciones.

IV. RECURSOS

Humanos

Bachiller en Enfermería Janeth Facundo Morales.

Materiales

Rotafolios.

V. METODOLOGÍA

Exposición – dialogo.

VI. CONTENIDO

¿QUE ES LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

Es el conjunto de prácticas que se utilizan básicamente para el control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

Su objetivo es la capacidad de la persona para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse, y la libertad para decidir cuando, como y con que frecuencia hacerlo.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA: Abstención de relaciones sexuales durante un periodo determinado del ciclo menstrual (fase fértil) para evitar un embarazo.

a. Método de Billings, de la ovulación o del moco cervical

Consiste en reconocer la fase fértil del ciclo menstrual, por la presencia de moco cervical, la lubricación o sensación de humedad mediante la observación diaria de sus genitales. La fase fértil comprende desde el día de inicio de la sensación de humedad o presencia de moco hasta tres días después de haber identificado el día fértil (día de máxima humedad, moco filante), momento en el cual el moco vuelve a ser pegajoso o hay sensación de sequedad.

Recomendaciones: Usar con precaución mujeres con flujo persistente, que estén dando de amamantar o en quienes se les haya realizado procedimientos cervicales como conización, electrocauterización.

Este método no protege con ITS o SIDA.

- b. Método del ritmo, de la regla o del calendario, Ogino-Knaus
Abstención de las relaciones sexuales entre el noveno y décimo noveno día del ciclo menstrual.

Puede ser usado por mujeres de cualquier edad con ciclos regulares.

Se debe registrar la duración de los ciclos menstruales por lo menos durante 6 meses; idealmente entre 10 a 12 meses (historia menstrual).

De no tenerla; se puede iniciar con este método usando “ciclo referenciales” de 23 días como el ciclo más corto y de 33 como el día más largo.

De la historia menstrual, seleccionar el ciclo más corto y el más largo.

Se calcula el número de días del periodo menstrual a partir del primer día de sangrado hasta el anterior de la siguiente menstruación.

Para calcular el primer día del periodo fértil, reste 19 días al ciclo más corto.

Para calcular el último día del periodo fértil, reste 11 días al ciclo más largo.

Recomendaciones: Usar con precaución en mujeres que estén dando de lactar, no es recomendable en mujeres con ciclos irregulares.

Este método no protege con ITS o SIDA.

- c. Método de los días fijos o del collar

Método de abstinencia periódica que señala los días 8 – 19 del ciclo menstrual como fértiles. Se apoya en el Collar del Ciclo, que representa el ciclo menstrual de la mujer y esta formado por perlas de colores (marrón, blanco y rojo).

Se determina por historia si la mujer suele tener ciclos entre 26 y 32 días.

El collar consiste en 2 perlas de colores que representan los días del ciclo, y un anillo movable para marcar en que día de su ciclo esta la mujer. Perla roja (1), primer día de la menstruación. Perlas marrón (6), días no fértiles o de muy baja probabilidad de embarazo. Perlas

blancas (12), días fértiles o de alta probabilidad de embarazo. Perlas marrón (13), días no fértiles o de muy baja probabilidad de embarazo.

Si el ciclo termina antes de pasar la perla 27 (más oscura) o dura más de 32 días en dos ocasiones en un año, tendrá que buscarse otro método.

Este método no protege con ITS o SIDA.

d. Método de lactancia materna y amenorrea

Método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia.

Debe cumplirse necesariamente tres condiciones:

- Lactancia exclusiva (amamantar 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche).

Contraindicaciones: En mujeres que tengan contraindicación para dar de lactar a su hijo. Portadoras de VIH. Mujeres que no cumplen los tres requisitos.

Este método no protege con ITS o SIDA.

2. MÉTODOS DE BARRERA

a. Condón

Funda delgada de látex, lubricada. Que impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

Es necesario mantener el condón en un ambiente seco. Se debe evitar tener contacto de con fuentes de calor o luz solar. Revisar que se encuentre dentro de los cinco años de la fecha de fabricación. Debe mantenerse la sensación de “almohadilla de aire” del sobre.

Debe ser colocado antes de la penetración vaginal. Se debe retirar antes que el pene pierda erección y eliminarlo en depósitos que eviten que otras personas puedan entrar en contacto con el mismo. Tener en cuenta que cada condón se usa una sola vez.

Su uso correcto evita la transmisión de las ITS y VIH/SIDA.

3. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

a. Anticonceptivos orales combinados

Son píldoras de 21 píldoras o de 28 (21 con hormonas y 7 con sulfato ferroso).

Su ingesta debe ser diaria y preferentemente a la misma hora. El método se inicia el primer día del ciclo menstrual, pero puede iniciarse entre el primero y el quinto día. En el postparto si no está amamantando a partir de la sexta semana; en caso contrario, diferir los anticonceptivos hormonales combinados hasta los seis meses postparto.

Contraindicaciones: Mujeres embarazadas, que estén dando de amamantar, hasta los seis meses postparto, aquellas cuya condición les impida cumplir con las indicaciones.

Efectos secundarios: Amenorrea, sangrado vaginal anormal/goteo, náuseas vómitos, mareos, aumento de peso, cefalea persistente.

b. Inyectables de solo progestágeno

Su aplicación debe iniciar entre el primero o quinto día del inicio de la menstruación. En el postparto, inmediatamente en mujeres que no dan de lactar. En mujeres que dan de lactar, podría ser utilizado inmediatamente en el postparto en caso de: no tener otra opción anticonceptiva, que la usuaria no se sienta segura con el método de lactancia y amenorrea.

Se administra cada tres meses, en casos especiales se puede adelantar o atrasar su aplicación hasta dos semanas. Se administra en la región glútea o deltoidea.

Sus efectos secundarios son similares a los anticonceptivos orales combinados.

4. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Son dispositivos que se insertan en la cavidad intrauterina con el fin de prevenir un embarazo. Se inserta en los primeros días del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo, siempre que se este razonablemente seguro que no existe una gestación. En el postparto inmediato. Puerperio tardío a partir de la sexta semana.

Contraindicado: En mujeres con patologías asociadas a patologías del aparato reproductor.

5. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA: Considerar que el procedimiento implica riesgos y beneficios. La persona no podrá tener más hijos, los efectos del procedimiento son permanentes.

a. Bloqueo tubárico lateral

Método anticonceptivo quirúrgico permanente cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio. El momento de la intervención dentro de las 48 horas postparto o en cualquier momento. Durante la cesárea.

b. Vasectomía

Método anticonceptivo quirúrgico permanente para el varón, cuyo objetivo es ocluir y sección los conductos deferentes. Lo que impide la salida de los espermatozoides en el semen, evitando la unión con le ovulo. La eficacia empieza luego de 20 eyaculaciones o 3 meses después de la cirugía, por los que se debe indicar uso de condón, o que la pareja use un método temporal.

6. ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

Método de emergencia para prevenir un embarazo; no reemplaza al uso continuado de otros métodos anticonceptivos. No es un método de rutina, sino de excepción. Se usa en situaciones de emergencia: mujeres que han tenido una relación sexual contra su voluntad (violación), si el condón se ha roto. Si el DIU se ha expulsado, si a olvidado tomar 2 días o más sus anticonceptivos orales, o se ha retrasado más de 2 semanas en recibir su inyectable anticonceptivo y a tenido una relación sexual sin protección o si la relación sexual tubo lugar sin protección anticonceptiva.

Se debe usar como máximo dentro de las 72 horas después de la relación sexual sin protección.

VII. EVALUACIÓN

La gestante logro sensibilizarse sobre salud reproductiva y planificación familiar. Logro captar la importancia de la elección de un método anticonceptivo para la etapa postparto.

Se logro la elección de un método anticonceptivo acorde a sus necesidades en salud par la etapa postparto.

VIII. REFERENCIAS BICLIOGRÁFICAS

- MINSA (2004). “Guías Nacionales de Atención Integral de la salud Sexual y Reproductiva”. 2ª ed. Lima-Perú. Modulo VIII. Pg. 34.
- MISTERIO DE SALUD (2005). “Norma técnica de planificación familiar”. Lima-Peru. Ed. HILMART S.A. Pg. 96

INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA

I. DATOS INFORMATIVOS

- a. TITULO : Planificación familiar
- b. FECHA : 29/10/10
- c. HORA : 8:50
- d. LUGAR : Ambiente donde se realiza la atención prenatal
- e. DIRIGIDO A : K. Q. H.
- f. RESPONSABLE : Bachiller en Enfermería Janeth Facundo Morales
- g. TIEMPO : 12 minutos

II. PROPÓSITO

La información sobre planificación familiar y salud reproductiva es una actividad que constituye parte del esquema mínimo de la atención prenatal, lo que contribuye una atención integral a la gestante, favoreciendo a su salud sexual y reproductiva, evitando situaciones que pongan en riesgo a su salud en general.

III. OBJETIVOS

Generales

Promover la salud reproductiva y la planificación.

Específicos

Mencionar la importancia de la elección de un método anticonceptivo

Explicar detalladamente cada método anticonceptivo, su forma de uso, efectos secundarios y recomendaciones.

IV. DESCRIPCIÓN

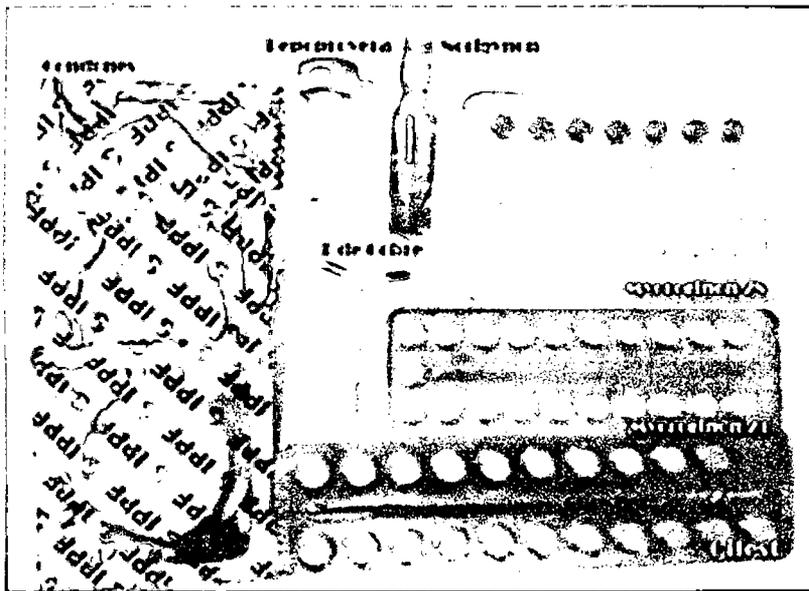
El día 29 de octubre del 2010 a las 9:50 a.m. se realizó la sesión educativa dirigido a gestante k. Q. H. sobre el tema planificación familiar, definición,

importancia, descripción de cada uno de los métodos anticonceptivos que brinda el Ministerio de Salud en nuestro país; esto tuvo lugar en el ambiente donde se realiza la atención prenatal. El desarrollo del tema se realizó con la participación activa y colaboradora de la gestante. Enseñándole en que situaciones debe usarse cada método anticonceptivo.

V. EVALUACIÓN

La sesión educativa se desarrollo de manera eficaz cumpliendo los objetivos planteados para dicha sesión.

IMÁGENES



MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR