UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

DEPTO. ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CAMPUS LEON **SEDE GUANAJUATO**

Enfermería Gineco – Obstétrica

"MANUAL DE PLANES DE CUIDADO ESTANDARIZADO PARA MUJERES EMBARAZADAS, EN PARTO, PUERPERIO Y RECIÉN NACIDOS DE ALTO RIESGO"

Asesor: Eva Ontiveros Hernández **Elaboro: Grupo 4°A**

Guanajuato, Gto; Noviembre 2011

CONTENIDO

1. Introducción……..3
2. Justificación……..4
3. Objetivo general……..……4
4. Desarrollo (Patología antes, durante y después del embarazo):
    1. Diabetes mellitus gestacional (DMG)……..6
    2. Cardiopatías……...13
    3. Toxemia gravídica general:
        a. Preclampsia……19
        b. Eclampsia……26
        c. Hiperémesis gravídica……33
    4. Hemorragias en el 1º, 2º y 3º trimestre:
        a. Aborto……41
        b. Embarazo ectópico……..…47
        c. Embarazo molar……..…53
        d. Placenta previa……...58
        e. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)…63
    5. Infección de vías urinarias:
        a. Cistitis……..….70
        b. Bacteriuria asintomática……76
        c. Pielonefritis……..82
    6. Cáncer cervicouterino……...87
    7. Cáncer de mama……....94
    8. Aborto (Espontaneo, En evolución, Provocado, Consumado, Séptico, Habitual, Huevo muerto, Incompleto y Completo)……..100
    9. Distocias:
        a. Oseas……..106
        b. Partes blandas……..……108
        c. Dinámicas……..…110
    10. Sepsis puerperal……..……119
    11. Infecciones de transmisión sexual:
        a. Sífilis…….…..…124
        b. Gonorrea…….…..…132
        c. Virus del papiloma humano (VPH)..…….137
        d. Condilomatosis……..……..145
        e. Sida (VIH)……..……152
    12. Isoinmunizacion materno – fetal……..……158

5. Desarrollo (patologías del recién nacido):
    1. Cuidados del recién nacido (RN)……165
    2. R.N pretermino o postermino……181
    3. R.N postermino o postmaduro……190
    4. R.N de bajo peso……196
    5. R.N de madre diabética……203
    6. R.N hijo de madre con factor RH (-)……211
    7. R.N hijo de madre preclamptica……...217
    8. R.N hijo de madre con sida……..223
6. Conclusiones……229
7. Sugerencias……...230
8. Bibliografía……231

INTRODUCCION

El presente documento es un manual de patologías y planes de cuidado estandarizados para las mujeres embarazadas, en parto, puerperio y recién nacido de alto riesgo, se expone el resultado de la investigación y la consulta de diversas fuentes bibliográficas y bases de datos incluyendo las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

También se dan a conocer los problemas principales que presentan un alto índice de morbimortalidad materno-infantil, apoyados en la recopilación de información, se pretende aplicar lo investigado para actuar oportunamente en los casos con complicaciones que tienen las patologías estudiadas, de esta manera se podrá dar cuidados que podrían presentar el neonato y la madre, proporcionar asesoría, además de tratar reducir las secuelas que puedan ser prevenibles.

Cada problema mencionado dentro de este manual contiene el concepto, los factores relacionados o etiología, la fisiopatología, el cuadro clínico, los métodos de diagnostico, el tratamiento, las posibles complicaciones y diagnósticos e intervenciones de enfermería.

Para cada patología se realizo una investigación para así poder realizar los planes de cuidados enfermeros convenientes para nuestros pacientes. Atendiendo las repercusiones emocionales y fisiológicas que es presentada por cada paciente.

Se espera atender de manera satisfactoria a cada paciente y de esta manera aplicar los conocimientos adquiridos en el Departamento de Enfermería y Obstetricia sede Guanajuato, y que en el ejercicio durante las prácticas y en el servicio social universitario se contribuya al desarrollo profesional de los estudiantes.

Al final del documento se exponen las conclusiones generadas al hacer el manual, también se agregaron las sugerencias y las referencias bibliográficas que respaldan la información contenida en el documento.

JUSTIFICACION

Nos enfocamos a realizar el presente manual de planes de cuidado para la mujer embarazada que presenta un riesgo durante el embarazo, en parto y puerperio al igual que al recién nacido, debido a que en la actualidad hay una alta incidencia de morbimortalidad materna y fetal que presentan complicaciones en los hospitales y nos fue de gran importancia elaborar un manual para mejorar el estado de salud de dichas pacientes y recién nacido, llevando el seguimiento de su salud-enfermedad realizando las intervenciones adecuadas para su seguimiento, basándonos en un proceso estandarizado, ya que en la actualidad nos encontramos en la etapa de preparación en enfermería realizando nuestras actividades de una forma adecuada, para llegar a ser profesionales de la salud.

OBJETIVO GENERAL

Coadyuvar a que los alumnos de 4to A, mediante la base teórica recopilada en este manual realicen los cuidados necesarios de enfermería en la práctica gineco-obstetrica, con la finalidad de atender la salud de la mujer en edad reproductiva, en el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido así como los riesgos que puedan presentarse, de esta manera integrar conocimientos previos y ponerlos en práctica.

PATOLGIAS ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EMBARAZO

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

CONCEPTO

La Diabetes Mellitus es una afección endocrina del metabolismo de carbohidratos que se debe a la deficiencia de producción de insulina en las células de los islotes de Langerhans en el páncreas.

ETIOLOGIA

Diabetes gestacional: Factor de riesgo: usted puede correr un riesgo mayor para la diabetes gestacional si:

- Es mayor de 30 años de edad.
- Tiene sobre peso o ha aumentado mucho peso durante el embarazo .
- Tiene uno o más familiares con diabetes.
- Pertenece a un grupo étnico que tiene más probabilidades de desarrollar diabetes como los hispanos, indios, americanos, asiáticos o afroamericanos.
- Tuvo diabetes gestacional en su último embarazo.
- Dio a luz en su último embarazo a un bebe que peso más de 9 ½ libras o tuvo un nacimiento sin vida.
- Lactante de tamaño considerable (4 Kg. O más).
- Embarazo múltiple.
- Hidramnios.

No todas las mujeres que desarrollan diabetes gestacional tienen estos factores de riesgo. De hecho, muchas mujeres con diabetes gestacional no tienen ningún factor de riesgo. Disminución de la producción de insulina.

FISIOPATOLOGIA

Diabetes Gestacional: disminución a la sensibilidad insular de la insulina, o una complicación de dos o más de los siguientes factores:

- Disminución de la secreción de la insulina.
- Aumento en la degradación de insulina.
- Aumento en la secreción de hormonas con afecto ante-insulinico (glucagon, lactogeno, placentano, progesterona y cortisol)

Durante el embarazo en control de la diabetes suelen ser más difícil a causa de diversas complicaciones, las nauseas y los vómitos pueden provocar, por una parte, un shock hipoglucemico (disminución de glucemia por debajo de su valor normal) y, por otra, resistencia a la insulina cuando la inanición es suficientemente intensa como para causar cetosis. La mujer embarazada tiene mayor tendencia para desarrollar acidosis metabólica que la que no está. El lactógeno placentario es el causante de esta tendencia en virtud a su acción preservadora de los hidratos de carbono y lipolitica. Con la diabetes aumenta apreciablemente la probabilidad de un acidosis metabólica intensa. La infección durante el embarazo suele producir resistencia a la insulina y cetosis, al menos que esta sea rápidamente reconocida y sean tratadas tanto como la infección como la diabetes. En el

embarazo normal hay una resistencia insulinita que se contrarresta en condiciones normales, por una mayor secreción de insulina. Cuando ello no ocurre y no se puede vencer la insulinoresistencia, aparece la diabetes gestacional. Insulina, hormona, en el embarazo los niveles de hormonas aumentan.

CUADRO CLINICO

Visión borrosa, fatiga, infecciones frecuentes, incluyendo las de la vejiga, vagina y piel, aumento de la sed, nauseas y vómitos, pérdida de peso a pesar del aumento de apetito, deseo de ganas de orinar (frecuentemente).

DIAGNOSTICO

Síntomas clásicos de la enfermedad (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso inexpiable) mas una toma sanguínea casual o al azar con cifras mayores o iguales de 200mg./dl.(1.mmol/L).

- Mediante glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126mg./dl.(1.0mmol/L)
  Alguno se define como no haber ingerido alimentos en al menos 8 horas.
- La prueba de tolerancia a la glucosa oral (curva de tolerancia a la glucosa).

La medición de plasma se hace dos horas posteriores a la ingesta de 75g. de glucosa en 375ml. De agua; la prueba es positiva con signos mayores o iguales a 200mg/dl (11,1mmol/L)

TRATAMIENTO

Normalizar las actividades de la insulina y la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones. En cada tipo de diabetes, el objetivo terapéutico es logar concentraciones normales de glucosa en sangre (glucemia), sin hipoglucemia y sin alterar de manera importante las actividades normales del paciente.

Hay 5 componentes para el tratamiento de la diabetes:

- Dieta baja en carbohidratos.
- Ejercicio, caminar 30 minutos.
- Vigilancia.
- Medicamento (metformina, glibenclamida o insulina)
- Efectos secundarios:
- **Insulina:** hipoglucemia, y shock insulinico debido a dosis excesivas, así como hiperglucemia y cetoacidosis diabética:
- **Acarbosa:** Mas comunes→ convulsiones; inconsciencia.
- **Efectos secundarios** que deben ser informados a su medico
- **Manejo insulinico:** insulina-→acción rápida 10 VIAR y prolongada 5 VINPH.

COMPLICACIONES

- Infecciones urinarias→ alto contenido de glucosa, en particular del aparato genitourinario, las que son del tipo más grave y frecuente. La glucosuria hace que la diabética embarazada tenga particular riesgo de vaginitis por monilias, que en algunos casos llegan a ser incontrolables.
- El feto suele ser de mayor tamaño (macrosomía) hiperinsulinismo e hiperglucemia fetal prolongadas y en este caso, aumenta la posibilidad de parto vaginal difícil y de hemorragia post parto.
- La incidencia de preclampsia o eclampsia aumenta, en general al cuádruple, incluso se produce este aumento sin afecciones vasculares preexistentes asociados.
- La incidencia de hidramnios aumenta y en caso de que se produzca junto con macrosoma fetal puede ocasionar síntomas cardiopulmonares.
- La tasa de parto por intervención cesárea aumenta 45% de modo principal por compromiso fetal y descosía.
- La hemorragia en el puerperio es más frecuente que entre la población o obstétrica en general.
- La incidencia de anomalías congénitas entre lactantes nacidos de madres diabéticas aumenta del doble al cuádruple.

Evidencias cada vez más contundentes sugiere que la diabetes que no se controla al principio del embarazo es causa de malformación fetal.

La frecuencia de malformaciones en hijos de mujeres con buen control glucemico en las primeras etapas del embarazo es cercana al 3% pero aumenta hasta el 22% en las que tienen mal control glucemico.

Otras transformaciones neonatales que se producen incluyen retraso en el crecimiento intrauterino, pre madurez, hipoglucemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, y síndrome de insuficiencia respiratoria. El lactante que nace de madre diabética hereda una predisposición a sufrir esta enfermedad.

INTERVENCIONES Y DE DIAGNOSTICOS ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Temor r/c posibles complicaciones fetales m/p expresiones verbales de miedo a que nazca prematuro o con malformaciones.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel de miedo	Apoyo emocional

Indicador:

Nivel de miedo

Escala:

1= grave

2= sustancial

3= moderada

4= leve

5= ninguno

Actividades:

1. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad ira tristeza.
2. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias del paciente
3. Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.
4. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
5. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de mayor miedo
6. Crear un ambiente que facilite la confianza
7. Utilizar un enfoque sereno de relajación
8. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones
9. Identificar los cambios en el nivel de miedo
10. Observar si hay signos verbales y no verbales de temor

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad r/c cambio del estado de salud del embarazo m/p angustia y preocupación por la posible pérdida del producto

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel de ansiedad	Disminución de la ansiedad

Indicador:

Preocupación exagerada por eventos vitales

Escala:

1= grave

2= sustancial

3= moderada

4= leve

5= ninguno

Actividades:

1. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
2. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre situaciones estresantes
3. Administrar masajes en la espalda/cuello si procede
4. Crear un ambiente que facilite la confianza
5. Animar la manifestación de angustia y preocupación
6. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones
7. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación
8. Administrar medicamentos como diacepam
9. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad
10. Identificar cambios en el nivel de ansiedad.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de infección vaginal r/c cambios de pH menor de 7.4 (acidosis)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
pH normal	Protección contra las infecciones
Indicador: Monitorizar cambios de pH **Escala:** 1= grave 2= sustancial 3= moderada 4= leve 5= ninguno	**Actividades:** 1. Observar si hay comezón, ardor, flujo maloliente, temperatura, nauseas, vomito. 2. Administración 3. de medicamentos como óvulos, cefalosporinas y ceftriaxona. 4. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al cuidador. 5. Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones 6. Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y en las membranas mucosas. 7. Realizar pruebas de laboratorio a. (EGO, pH) 8. Informarle que debe de evitar tener relaciones sexuales. 9. Informarle que debe evitar el contacto con múltiples parejas. 10. Proporcionarle información sobre ingesta de líquidos. 11. Informar al paciente sobre medidas de higiene preventivas como: a. uso de ropa no ajustada b. ropa interior de algodón c. cambio de ropa diario d. Aseo diario con jabón neutro

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Glucosa inestable r/c descontrol metabólico de carbohidratos m/p glucosa elevada mayor de 200 mg/dl

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autocontrol de la diabetes	Manejo de la glucosa

Indicador:

Utiliza medidas preventivas para reducir complicaciones

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Toma de dextrostix cada 2 horas
2. Dieta hipocalórica
3. Administración de medicamentos (metformina, glibenclamida, o insulina).
4. Fomentar la ingesta de hierro en las comidas si procede
5. Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C si es el caso.
6. Proporcionar un sustituto del azúcar cuando resulte oportuno
7. Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento.
8. Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.
9. Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.
10. Prueba posprandial de glucosa en sangre.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

CARDIOPATIAS

COCNEPTO

Es cuando el aumento de volumen sanguíneo precipita a un fallo cardiaco congestivo, pudiendo ser fallo derecho, izquierdo o ambos.

ETIOLIGA

No existe una causa precisa, solo factores de riesgo como lo son aumento inequívoco del tamaño del corazón, soplos sistólicos fuertes con estrecimiento o alguna arritmia cardiaca significativa.
En general no se observan afecciones graves en embarazadas que no tienen los signos anteriores.

FISIOPATOLGIA

Los cambios fisiológicos del embarazo pueden ser significativos para un corazón enfermo En la mayor parte de las enfermedades cardiacas cuando el flujo de sangre materna se ve muy comprometido por la disminución de la luz arterial y el aumento de sangre se desarrollan fallos cardiacos los cuales pueden ser izquierdo, derecho o total provocando que se reduzca el intercambio gaseoso, secundario a esto la circulación placentaria se reduce produciendo una hipoxia fetal.

CUADRO CLINICO

-Arritmias (pulso irregular)	-Disnea
-Dolor Torácico	-Tos
-Debilidad	-Diaforesis
-Edema progresivo generalizado	-Cianosis

Clases: De acuerdo a su gravedad se divide en 4 tipos de clases.

- **CLASE I:** Enfermedad cardíaca sin limitaciones de la actividad física. La actividad ordinaria no produce fatiga indebida, palpitaciones, disnea o angina.

- **CLASE II:** Enfermedad cardíaca que produce limitación leve de la actividad física. Normalidad aparente en reposo. La actividad física ordinaria produce fatiga, palpitaciones, disnea ó angina.

- **CLASE III:** Enfermedad cardíaca que produce limitación importante de la actividad física. Normalidad aparente en reposo. Actividades físicas menores que las ordinarias producen fatiga, palpitaciones, disnea o angina.

- **CLASE IV:** Enfermedad cardíaca que produce incapacidad para realizar cualquier actividad física sin molestias. Puede haber síntomas de insuficiencia cardíaca ó angina, incluso en reposo y se intensifican durante la actividad.

DIAGNOSTICO

Se realiza mediante

- Electrocardiograma
- Radiografía torácica
- BH con un aumento de hemoglobina y hematocrito
- Tomografía

TRATAMIENTO

Se realiza mediante

- Reposo
- Dieta abundante en hierro
- Laxantes
- Infusión de heparina en el primer trimestre
- Aborto terapéutico
- Intervención quirúrgica antes de concebir

COMPLICACIONES

MATERNAS -Tromboembolia, -Endocarditis infecciosa, - Descompensación del miocardio, -RPM.

FETALES -Retardo en el crecimiento intrauterino, -R.N prematuro.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Intolerancia a la actividad física r/c afección cardiaca (Especificar patología) m/p fatiga excesiva

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Conservación de la energía	Manejo de la energía
Indicador: Equilibrio entre actividad y descanso **Escala:** 1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado	**Actividades:** 1. Limitar los estímulos ambientales para facilitar la relajación. 2. Aumentar el número de periodo de descanso. 3. Planificar las actividades para los periodos en el que la paciente tiene más energía. 4. Evitar caminatas largas, subir escaleras y actividades que requieran mayor esfuerzo físico. 5. Controlar respuesta del oxigeno de la paciente. 6. Vigilar y Registrar F.C y F.R. periódicamente. 7. Instruir a la paciente a reconocer signos y síntomas de fatiga que requiera una disminución de la actividad

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Alteración del ritmo cardiaco r/c disminución de la luz arterial m/p pulso irregular

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Signos vitales: F.C	Cuidados cardiacos
Indicador: Frecuencia normal del pulso **Escala:** 1= Desviación grave del rango normal 2= Desviación sustancial del rango normal 3= Desviación moderada del rango normal 4= Desviación leve del rango normal 5= Rango normal	**Actividades:** 1. Monitorizar ritmo y frecuencia cardiaca 2. Observar si se presentan disrritmias 3. Registrar disrritmias cardiacas 4. Ayudar al que paciente identifique cuando se presente una arritmia cardiaca 5. Promover disminución de estrés 6. Mantener reposo adecuado 7. Mantener un equilibrio entre actividad y ejercicio 8. Establecer límites de actividades 9. Vigilar respuesta a medicamentosa anti arrítmicos

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Baja autoestima situacional r/c deterioro funcional (embarazada cardiópata III o IV m/p informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal (especificar)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autoestima	Potencializacion del autoestima y Aumentar el afrontamiento
Indicador: Sentimientos sobre su propia persona Verbalización de auto aceptación Aceptación de las propias limitaciones **Escala:** 1= Nunca positivo 2= Raramente positivo 3= A veces positivo 4= Frecuentemente positivo 5= Siempre positivo	**Actividades:** 1. Observar las frases del paciente sobre su propia valía. 2. Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente 3. Establecer expectativas claras, definir límites y establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. 4. Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente como sus objetivos alcanzados. 5. Observar que la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre si mismo disminuyan. 6. Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. 7. Alentar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Temor r/c posible pérdida del producto debido a situación actual m/p verbalización de la paciente

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel de miedo	Asesoramiento y Disminución del miedo
Indicador: Preocupación por sucesos vitales **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades:** 1. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. 2. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. 3. Permanecer con el paciente para promover seguridad y reducir el miedo. 4. Identificar y registrar los cambios del nivel de miedo. 5. Proporcionar información objetiva según sea necesario 6. Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar expresión de preocupaciones. 7. Ayudar a la paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PREECLAMPSIA

CONCEPTO:

Es una afección del embarazo en la cual se presentan hipertensión arterial y proteína en la orina después de la semana 20 (finales del segundo trimestre o tercer trimestre) de gestación.

ETIOLOGIA:

Es un trastorno multisistémico de etiología aún desconocida. Esta enfermedad se caracteriza por presentar una respuesta vascular anormal a la placentación y que se asocia a los siguientes cambios: incremento en la respuesta vascular sistémica, aumento en la agregación plaquetaria, activación del sistema de coagulación y a la disfunción celular endotelial.
La deficiente preparación vascular mediada por factores angiogénicos, citocinas deciduales, daño intersticial y la invasión trofoblástica endovascular son parte de la causa hipotética en la actualidad de la preeclampsia. Estos hallazgos originan a su vez un incremento en la apoptosis de citotrofoblasto y la liberación de radicales libres y citocinas que originan básicamente la respuesta inflamatoria materna hipertensiva. El síndrome fetal es generado por la hipoperfusión placentaria secundaria al daño en la remodelación de las arterias espirales, el cual es mediado por la interacción de las células K y por la invasión trofoblástica ya comentada anteriormente.

FISIOPATOLOGIA:

Es multifactorial, factores vasoactivos celulares y séricos desempeñan un papel muy importante. En la preeclampsia, por factores genéticos y/o inmunológicos, existe falla de la invasión trofoblástica a las paredes de arterias espirales durante la placentación. Se modifica la musculatura arterial a material fibrinoide, la luz arterial está disminuida; hay aterosclerosis aguda, con agregación de fibrina, plaquetas y macrófagos cargados de lípidos, trombosis e infartos, lo cual puede bloquear las arterias. Por lo tanto, la perfusión placentaria disminuye hasta 50%, con menor flujo al feto, desnutrición crónica y RCIU (retardo de crecimiento intrauterino. La PgI2 es un mediador relevante del flujo sanguíneo feto placentario, teniendo su deficiencia un rol importante en la preeclampsia Por lo tanto, podría tener etiologías heterogéneas, que convergerán en la hipoperfusion placentaria y el daño endotelial materno.

CUADRO CLINICO:

LEVE

- Presión sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o presión diastólica mayor o igual a 90 mm Hg
- Proteinuria mayor o igual a 300 mg. en una colección de orina de 24 hr.

SEVERA

- Presión sistólica mayor o igual a 160 mm Hg o Presión diastólica mayor o igual a 110 mm Hg
- Proteinuria a 2 gr en orina de 24 horas o su equivalente en tira reactiva
- Creatinina sérica > 1.2 mg/dl
- Trombocitopenia ≤ 150 000 cel/mm3
- Incremento de la deshidrogenasa láctica ≥ 600 UI
- Elevación al doble de la transaminasa glutámico oxalacética (TGO) = alanino amino transferasa (ALT) o de la transaminasa glutámico pirúvica (TGP) = aspartato amino transferasa (AST)
- Cefalea, alteraciones visuales o cerebrales persistentes
- Epigastralgia
- Restricción en el crecimiento intrauterino
- Oligohidramnios

- Oliguria ≤500 ml en 24 horas
- Edema agudo de pulmón
- Dolor en hipocondrio derecho

ALARMA

- Presión arterial sistólica mayor de 185 mm Hg o presión arterial diastólica mayor igual de 115 mm Hg
- Proteinuria mayor o igual a 5 gr/dl.
- Nausea, vómito, cefalea
- Epigastralgia
- Trastornos de la visión
- Hiperreflexia generalizada
- Estupor
- Irritabilidad

DIAGNOSTICO:

El examen físico también puede revelar:

- Hipertensión arterial, por lo regular superior a 140/90 mm/Hg en dos tomas bajo las mismas circunstancias
- Hinchazón en manos y cara
- Aumento de peso

Se harán exámenes de sangre y orina. Los resultados anormales abarcan:

- Proteína en la orina (proteinuria)
- Enzimas hepáticas más altas de lo normal
- Conteo de plaquetas inferior a 100,000 (trombocitopenia)
- Tiempos de coagulación

Para supervisar la salud del bebé:

- Ultra sonido para ver si hay acumulación de liquido amniótico
- cardiotocografía en reposo ver que no haya indicios de sufrimiento fetal
- un perfil biofísico
- Los resultados de estos exámenes le ayudarán al médico a decidir si es necesario sacar al bebé inmediatamente.

TRATAMIENTO:

- Reposo en cama
- Reducción de peso
- Dieta balanceada e hiposodica
- Consulta gineco-obstetrica cada semana
- Sustitución de líquidos y electrolitos
- Evitar consumo de alcohol y tabaco
- Terminación del embarazo
- Alfa metildopa 500 a 2000 mg/dia en 2 a 4 dosis.
- Labetalol 200 a 1200 mg/día en 2 a 4 dosis
- Atenolol 50 a 200 mg/día en 1 a 2 dosis
- Nifedipino 10 a 40 mg/día en 1 a 2 dosis de liberación lenta
- Convulsiones, 4 a 6 gr de SO4Mg diluido en 10 cc de De x t rosa al 5% dosis de ataque IV lenta
- Dosis de mantenimiento anticonvulsiva 20 gr de SO4Mg en 500 cc de dextrosa al 5% a 7 gotas /min o 21 microg /min (Infusión de 1 gr/hora). Continuar la administración hasta 24 horas posteriores a la desaparición de los síntomas

- Dosis de mantenimiento anticonvulsiva 5 gr de SO4Mg en 500 cc de De x t rosa al 5% a 35 gotas /min (infusión 1 gr /hora). Si las convulsiones se repiten en el término de 2 horas se puede repetir un bolo IV diluido de 2 a 4 gr. Durante la administración del mismo, se debe controlar cada hora, la frecuencia respiratoria y card.aca materna, y su reflejo patelar, diuresis y salud fetal.
- En emergencia hipertensiva, labetalol comenzar con 20 mg IV en bolo lento, Efecto máximo: a los 5Õ.Repetir de ser necesario, duplicando la dosis cada 15Õ. Dosis máxima: 300 mg en total u 80 mg por bolo
- Emergencia hipertensiva, Hidrazalina 5 mg IV, luego continuar con 5 a 10 mg IV cada 15-20 minutos hasta alcanzar una dosis total de 40 mg. Continuar con la dosis efectiva alcanzada cada 6 hs.
- Emergencia hipertensiva, clonidina bolo de 0,15 mg y luego 0,75 mg en 500 cc de solución dextrosada al 5% a 7 gotas/min o 21 microgotas. (solo cuando las otras no están disponibles
- Emergencia hipertensiva, nifedipino con paciente consciente 10 mg. VO cada 30 minutos, dosis máxima 40 mg.
- Evaluar la necesidad de hidratación parenteral cuando se usan vasodilatadores.
- Ante la intoxicación por sulfato de magnesio, administrar Gluconato de Calcio: 1 gr/ IV.

COMPLICACIONES:

MATERNAS

- Disfunción hepática
- Cambios en la coagulación
- Síndrome de HELLP
- Gestación múltiple
- Acumulación de grasa
- Enfermedades cardiacas
- Trombocitopenia (coagulopatia)
- Necrosis
- Edema y hemorragia cerebral
- Hemolisis
- Isquemia
- Insuficiencia renal
- Eclampsia

FETALES

- Depresión del feto por el sulfato de magnesio
- Muerte
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Sufrimiento fetal

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA:

Ver plan de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores (acumulación de sodio y H2O en el espacio extracelular) m/p edema

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Equilibrio hídrico	Manejo de líquidos/electrolitos

Indicador:

Electrolitos séricos

Escala:

1= Gravemente comprometido

2= Sustancialmente comprometido

3= Moderadamente comprometido

4= Levemente comprometido

5= No comprometido

Actividades:

1. Observar si los niveles de electrolitos son anormales
2. Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (sodio y potasio)
3. Pesar a diario y valorar la evolución
4. Administrar líquidos si está indicado
5. Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad especifica, aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de los niveles de os molaridad de la orina)
6. Monitorizar el estado hemodinámica, incluyendo niveles de PVC, PAM, PAP y PCPE, según disponibilidad.
7. Llevar un registro de ingestas y eliminaciones
8. Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos
9. Proceder a la restricción de líquidos si es oportuno
10. Vigilar signos vitales

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Alteración hemodinámica r/c aumento de la presión sobre las paredes arteriales m/p una T/A 140/110

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Estado circulatorio	Regulación hemodinámica

Indicador:

Presión arterial sistólica

Escala:

1= Gravemente comprometido

2= Sustancialmente comprometido

3= Moderadamente comprometido

4= Levemente comprometido

5= No comprometido

Actividades:

1. Reconocer la presencia de alteraciones en la presión sanguínea
2. Auscultar sonidos cardiacos
3. Monitorizar gasto cardiaco o índice de trabajo ventricular izquierdo
4. Observar si hay edema periférico
5. Mantener el equilibrio de líquidos administrando líquidos o diuréticos según sea el caso
6. Vigilar eliminación de diuresis y peso del paciente según sea el caso
7. Monitorización de la presión arterial
8. Dieta hiposodica
9. Administración de medicamentos antihipertensivos según sea el caso
10. Reducir factores de estrés

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Temor r/c situación actual (pre eclampsia) m/p verbalización de preocupación por su salud y la del producto

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Afrontamiento del problema	Aumentar el afrontamiento

Indicador:

Refiere disminución de los sentimientos negativos

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones
2. valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad
3. valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación
4. disponer un ambiente de aceptación
5. ayudar a los pacientes a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento
6. proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico
7. tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
8. fomentar un dominio gradual de la situación
9. indagar las razones del paciente para la autocritica
10. confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión)

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad r/c situación actual (amenaza para el estado de salud de su bebe) m/p preocupación e inquietud

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel de ansiedad	Disminución de la ansiedad

Indicador:

inquietud

Escala:

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

Actividades:

1. utilizar un enfoque sereno que de seguridad
2. explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
3. tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
4. proporcionar información objetiva respecto al diagnostico, tratamiento y pronostico
5. permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo
6. mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista
7. escuchar con atención
8. reforzar el comportamiento si procede
9. crear un ambiente que facilite la confianza
10. identificar los cambios en el nivel de ansiedad
11. ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad
12. instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación
13. observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

ECLAMPSIA

CONCEPTO

Es la presencia de convulsiones tónico-clónicas focales o generalizadas, que ocurren la mayoría de las veces durante el trabajo de parto o el puerperio inmediato, en mujeres con signos y síntomas de preeclamsia (hipertensión, edema y proteinuria).

ETIOLOGIA

La naturaleza exacta del acontecimiento primario que causa la eclampsia sigue siendo desconocida, se considera de origen multifactorial. Se sabe que existe una lesión generalizada del endotelio vascular, con repercusión sistémica que afecta el riñón, hígado, sistema nervioso central y a los mecanismos de coagulación.

Factores de riesgo

Edad menor de 18 o mayor de 35	Diabetes mellitus
Antec. Familiares de preeclampsia	Enfermedad renal aguda
Infección de vías urinarias	Enfermedades autoinmunes
Embarazo múltiple	Nulípara
Polihidramnios	
Desnutrición	
Obesidad	
Hipertensión arterial	

FISIOPATOLOGIA

Las lesiones de la eclampsia tienen como primer sustrato anatómico el edema cerebral localizado y las microhemorragias. Las lesiones resultaran de alteraciones endoteliales propias de la enfermedad y de la afectación de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral en presencia de hipertensión arterial. La vaso construcción representa un mecanismo fisiológico en respuesta al aumento de la presión arterial media que preserva el flujo sanguíneo cerebral.

En la eclampsia, las alteraciones morfológicas y funcionales que exhiben las células endoteliales, serian las responsables directas del vaso espasmo arterial y capilar. La hipertensión arterial presente facilita el desarrollo de las lesiones neurológicas.

CUADRO CLINICO

- Crisis epilépticas o convulsiones
- Proteinuria grave 10 a 20g/l
- Oliguria-anuria
- Cefalea frontooccipital
- Edema generalizado
- Elevación brusca de TA 180 a 200mm/hg

- Diplopía
- Excitabilidad e hiperflexia
- Amaurosis
- Trastornos sensoriales: vértigos, zumbidos
- Epigastaralgia
- Sequedad de boca

DIAGNOSTICO

Se establece el diagnostico cuando durante el trabajo de parto o puerperio inmediato presenta:

- Presión arterial sistólica: mayor o igual a 185mm/hg
- Presión arterial diastólica: mayor o igual a 115mm/hg
- Proteinuria: mayor o igual a 2000mg/dl

- Anamnesis
- Examen físico
- Biometría hematica : plaquetas, factores de coagulación, hematocrito
- EGO
- Determinación de proteinuria
- Función hepática
- Ultrasonido

Al examen oftalmológico se observa espasmo arterioral, edema ocasional en los discos ópticos y exudados cotonosos.

En el laboratorio se encuentra proteinuria mayor a 2.000 mg/dl/24hrs. Pruebas de hiperazoemia aumento sérico de creatinina, acido urico.

TRATAMIENTO

Sulfato de Magnesio

Dosis de ataque: bolo IV lento de 4 a 6gr diluido en 10cc de dextrosa al 5%

Mantenimiento:

20gr en 500cc de dextrosa al 5% a 7 gotas /min o 21microg/min (infusión de 1gr /hora). Continuar la administración hasta 24 horas posteriores a la desaparición de los síntomas.

5gr en 500cc de dextrosa al 5% a 35 gotas/min (infusión 1gr/hora) si las convulsiones se repiten en el término de 2 horas se puede repetir un bolo IV diluido de 2 a 4gr.

Durante la administración del mismo se debe controlar cada hora, la frecuencia respiratoria y cardiaca materna, reflejo patelar y diuresis.

Diazepan

Bolo de 10mg por vía IV y luego continuar con 50mg en 50cc de dextrosa al 5%

Fenobarbital

Ampolla de 0.330g IM o IV c/8 a 12hrs.

Tratamiento obstétrico: es necesario el vaciamiento del útero, pero es peligroso durante la crisis, puede ser aceptado como suficiente para lograr la compensación materna un periodo de 4hrs bajo oxigeno y tratamiento si no esta en trabajo de parto se realizara la cesaría.

COMPLICACIONES

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Edema pulmonar
- Insuficiencia cardiaca
- Daño hepatocelular
- Síndrome de hiperfusion encefálica
- Muerte
- Coagulación vascular diseminada
- Retraso en el crecimiento intrauterino
- Prematurez
- Muerte fetal

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Afrontamiento ineficaz r/c situación actual (eclampsia) m/p negación e impotencia

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Aceptación del estado de salud	Aumentar el afrontamiento

Indicador:

Adaptación ante la situación actual.

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado.

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Proporcionar información objetiva con respecto al diagnostico, tratamiento y pronostico
2. Alentar una actitud de esperanza como forma de manejar los sentimientos de impotencia
3. Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores
4. Alentar a la familia a brindar apoyo ante la situación
5. Ayudar a la paciente a aceptar su enfermedad brindándole información sobre la mejor manera de sobrellevarla
6. Presentarle o hablarle a la paciente de personas que hayan pasado por la misma situación con éxito
7. Brindar apoyo psicológico
8. Permanecer con el paciente para proveer seguridad
9. Estudiar con el paciente métodos para el manejo de su enfermedad
10. Alentar a la manifestación de sentimientos , percepciones y miedos

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad r/c amenaza en el estado de salud del producto (hipoxia) m/p preocupación, temor

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autocontrol de la ansiedad	Disminución de la ansiedad

Indicador:

Utilización de técnicas de relajación para reducir la ansiedad

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
2. Proporcionar información respecto a la manera de cuidarse para prevenir una complicación mayor en el producto
3. Proporcionar objetos que simbolicen seguridad
4. Crear un ambiente que brinde tranquilidad
5. Fomentar la realización de actividades que ayuden a disminuir la ansiedad, manualidades, pintar, leer
6. Alentar a la regulación del sueño de forma que sea suficiente y el cuerpo encuentre un alivio para así mismo disminuir la tensión
7. Administrar masajes principalmente en espalda y cuello
8. Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación: ejercicios de respiración, masajes, aromaterapia.
9. Permanecer con la paciente para proveer seguridad y así mismo reducir la ansiedad.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Perfusión tisular cerebral ineficaz r/c disminución del flujo sanguíneo de O2 al cerebro m/p convulsiones

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control de las convulsiones	Manejo de las convulsiones

Indicador:

Utilización de técnicas adecuadas y efectivas ante las convulsiones

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Siempre permanecer con el paciente , la mujer eclámptica nunca debe estar sola
2. Proteger a la mujer eclámptica de estímulos extraños como ruidos fuertes, luces brillantes, corrientes de aire repentinas.
3. Verificar barandales de cama , deben estar siempre cubiertos y acojinados con almohadas
4. Intervenir de inmediato al momento de la convulsión para proteger a la paciente de cualquier lesión
5. Vigilar la dirección de la cabeza y los ojos durante el ataque
6. Mantener abierta la vía aérea, usar protector de lengua para evitar mordeduras y obstrucción.
7. Aplicar oxigeno durante la convulsión o inmediatamente después para prevenir o tratar hipoxia materno-fetal
8. Vigilar signos vitales
9. Comprobar el estado neurológico
10. Administración de medicamentos-anticonvulsivos
11. Registrar las características del ataque, actividad motora.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de caídas r/c enfermedad aguda (eclampsia)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control del riesgo	Prevención de caídas

Indicador:

Evita factores de riesgo/desencadenantes de convulsiones

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado.

Actividades:

1. Brindar información a la paciente para ayudar a identificar los factores que alteran su estado y desencadenantes de una posible caída
2. Brindar un ambiente adecuado que disminuya la posibilidad de convulsiones y por lo tanto la disminución de caídas
3. En las mujeres eclámpticas es necesario utilizar barandales laterales en la cama de longitud y altura adecuada.
4. Colocar la cama mecánica en una posición mas baja
5. Utilizar camas con colchones parcialmente llenos de agua para limitar la movilidad
6. Retirar muebles cercanos al paciente para evitar lesiones mayores en caso de caída
7. Disponer de colchonetas en la superficie
8. Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

CONCEPTO

Se define como los episodios de emesis no controlados, asociados a deshidratación y pérdida de peso del 5%. Se han descrito que a mediados del siglo XX aproximadamente el 10% de las embarazadas morían por esta causa, además se considera que es la causa más común de hospitalización en el primer trimestre.

La hiperémesis gravídica predomina en madres jóvenes, nulíparas y con embarazo múltiple. El discomfort que produce es evidente y aunque pocos casos tienen consecuencias clínicas importantes, a veces son refractarios al tratamiento y pueden ser severos, requiriendo hospitalización por deshidratación lo que obliga en muchos casos a un aporte de líquidos, electrolitos y nutrición endovenosa.

ETIOLOGÍA

Se desconoce con exactitud el origen de la hiperémesis gravídica, y aunque se han propuesto varias teorías, la causa de este cuadro clínico sigue siendo oscura, si bien la experiencia indica que son varios factores los que desencadenan los vómitos. Se mencionan algunas de las teorías propuestas.

1. Hormonal: si se enfoca a la hiperémesis gravídica desde un punto de vista orgánico, el factor más comúnmente asociado a este cuadro es la secreción de la hormona gonadotrofina corionica humana, ya que se ve que los vómitos se inician desde el comienzo del embarazo coincidiendo su mayor intensidad con la máxima secreción de gonadotrofina coriónica. Un hecho que avalaría esta hipótesis es que la hiperémesis gravídica se presenta con más frecuencia en embarazos en los que hay una producción aumentada de esta hormona, como el de mellizos o molares (embarazo en que la placenta se forma mal y se transforma en una masa; el feto no se desarrolla o lo hace de forma defectuosa y no puede vivir). Se ha propuesto la influencia de otras hormonas como causa de la “hiperémesis gravídica”, como los estrógenos, los marcadores séricos placentarios, la hormona adrenocorticotrófica (ACTH) producida en las glándulas suprarrenales, la hormona del crecimiento y la prolactina. Las náuseas y los vómitos intensos se han asociado en algunos estudios con fetos femeninos.

2. Psicológica: Cuando se ha enfocado este cuadro clínico desde un punto de vista psicológico, llamó la atención que las mujeres con hiperémesis gravídica no desean estar embarazadas aunque continúe con su embarazo, situación conflictiva para la mujer que no se anima a expresar la ambivalencia de sentimientos que tiene ante la gestación. Al no poder expresar verbalmente este sentimiento, por miedo a ser criticadas o por autocensurarse, las embarazadas vomitan. Desde el punto de vista psicológico el vómito se interpreta como un acto simbólico de rechazo al embarazo, y sería una forma inconsciente de descargar sus sentimientos. Algunos estudios encuentran que tienen más vómitos las mujeres ansiosas, con tendencia a la depresión. Sin embargo también se presenta la hiperémesis gravídica en mujeres en las que no se encuentra ningún conflicto psicológico, con parejas y familias capaces de contenerlas y apoyarlas. Lo aconsejable es considerar cada caso en particular, sin generalizar, indicando las medidas adecuadas para aliviar los vómitos y mejorar el estado general, valorando si es necesario el apoyo psicológico. Hay autores que han comprobado que el 60% de las mujeres con hiperémesis gravídica desarrolla depresión secundaria.

Es importante que la embarazada hable con su médico quien, le explicará que la “hiperémesis gravídica” es una situación transitoria, al mismo tiempo que le indica el tratamiento adecuado para evitar el deterioro de su salud.

3. Motilidad gástrica: durante el embarazo disminuye la motilidad muscular del estómago, lo que puede producir vómitos.

4. Déficit de vitaminas: la falta de vitamina B puede producir vómitos.

5. Se ha buscado la relación con el helicobacter pilórico (HP): En 10 estudios se encontró una significativa asociación entre el HP y la hiperémesis gravídica, pero en general los trabajos son muy heterogéneos entre ellos y con muchas limitaciones por lo que no hay evidencia en la confirmación de esa hipótesis.

FISIOPATOLOGIA

Tempranamente en el curso de la enfermedad los vómitos continuos llevan a deshidratación severa, hipovolemia con hemoconcentración, disminución del volumen extracelular, depleción de electrólitos y pérdida de peso, concomitantemente con aumento del hematócrito, nitrógeno ureico sanguíneo, ácido úrico, osmolaridad sérica y urinaria y gravedad especifica de la orina, y diminución del volumen urinario y del aclaramiento de la creatinina. La frecuencia cardiaca aumenta y la presión arterial disminuye. Con una ingesta calórica negativa y múltiples deficiencias vitamínicas, particularmente del grupo B y la vitamina C.

Los vómitos severos causan pérdida de iones hidrógeno, sodio, potasio, y cloro, dando como resultado hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia y alcalosis metabólica. La producción de ácido acetoacetico y de betahidorxibutirato y su excreción en la orina es resultado de la oxidación imperfecta de las grasas, secundaria a una falta de carbohidratos disponibles para el metabolismo. El hígado puede presentar infiltración grasa y rara vez áreas de necrosis centrolublillar.

CUADRO CLÍNICO

Los síntomas inician a las cuatro semanas de gestación y se extienden hasta las 12 y 15 semanas de gestación. Alrededor del 50% de las pacientes con náuseas y vómito en el embarazo tienen problemas laborales, el 25% no trabajan durante la enfermedad; un 50% alteran sus relaciones sociales y 55% sienten depresión.

Los síntomas que se llegan a manifestar son:

1. Vómito más de 3 veces al día
2. Pérdida de peso < 5% del peso inicial del embarazo.
3. Cualquier grado de deshidratación.
4. Desequilibrio electrolítico.
5. Cetonuria.
6. Signos de hipovolemia
7. Sialorrea
8. Epigastralgia
9. Casos graves (ictericia, encefalopatía, neuritis periférica, insuficiencia hepatorrenal)

DIAGNÓSTICO

Se hace en base a los datos clínicos de perdida de peso, hipovolemia, deshidratación, hipotensión y taquiesfigmia, y datos tardíos de ictericia, hipertermia, confusión, neuritis periférica, encefalopatía de Wernicke, e insuficiencia renal.

Laboratorios:

- Perfil bioquímico: elevación UN, bilirrubina y otras enzimas hepáticas.
- Hiponatremia, hipokalemia e hipocloremia.
- Alcalosis metabolica hipercloremica o acidosis.
- Hemoconcentración.
- Elevación HCG (+ 5 mUI/ml).

Aunque el diagnostico de la hiperémesis gravídica, es clínico, se debe tener en cuenta que inicialmente es de exclusión; que tiene su inicio en las primeras semanas de embarazo por eso todo episodio de vomito prolongado o de inicio después del primer trimestre se debe estudiar sus causas. Además porque el síndrome es causado por la compleja interacción de factores genéticos y del medio ambiente, que operan durante la organogénesis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen muchas entidades que pueden ocasionar síntomas durante el embarazo

1. Condición gastrointestinal: Gastroparesia, gastroenteritis, acalasia, enfermedades de la vía biliar, hepatitis, obstrucción intestinal, ulcera péptica, pancreatitis, apendicitis aguda.
2. Condición genitourinaria: Pielonefritis, uremia, torsión ovárica, cálculos renales.
3. Condición metabólica: Cetoacidosis diabética, porfiria, enfermedad de Addison, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo.
4. Enfermedades neurológicas: Pseudotumor cerebri, lesiones vestibulares, migraña, tumores del sistema nervioso central.
5. Condiciones del embarazo: falla hepática aguda del embarazo, preeclampsia.

TRATAMIENTO

Manejo farmacológico para la hiperémesis gravídica (medicamentos y sus dosis por día):

Vitaminas Complejo B (Suplemento):

- Piridoxina B6:100-300mg/día
- Cianocobalamina B12: 100-300mg/día
- Tiamina B1: 100mg/día.

Antihistamínicos (Acción a nivel del centro del vómito):

- Hidroxicina (Atarax): 50-100mg/6hrs
- Doxilamina (Cariban): 10-20mg/ 8hrs
- Metoclopramide (Plasil): 10mg/6-8hrs

Manejo no farmacológico: se hacen algunas recomendaciones basadas en la evidencia para manejo no farmacológico de la presencia de náuseas y vómito en el embarazo:

Cambios de estilo de vida:

1. Evitar lugares concurridos (buses, teatros, locaciones deportivas)
2. Evitar lugares donde el flujo de aire limitado
3. Evitar lugares donde hay olores prominentes (baños públicos, buses, cocina)
4. La toma de suplementos como el calcio o sulfato ferroso deben hacerse en la noche
5. Uso de algunos productos como crema dental con sabores (para niños) preferiblemente después de cada comida
6. Levantarse lentamente de la cama en la mañana.
7. Acostarse, cuando se presentan náuseas, en un 63% con esta medida disminuye los síntomas.
8. Realizar ejercicio pero no prolongado, evitar momentos de estrés.

Dieta:

1. Consumir alimentos ligeros (frutas, arroz, tostadas)
2. Alimentos ricos en proteínas
3. Comer fraccionado y solo cuando quiera, pero nunca pase mucho tiempo en ayuno.
4. Toma de líquidos en pitillo, este procedimiento evita olores desagradables
5. No consumir alimentos que no le den gusto consumirlos

COMPLICACIONES MATERNAS

1. Metabólicas y nutricionales: deficiencia del 50% del requerimiento nutricional, déficit de vitamina B12 (cobalamina) y B6 (piridoxina), conducen anemias y neuropatías periférica, otras deficiencias de tiamina, riboflavina y vitamina A.
2. Encefalopatía de Wernicke: causado por deficiencia de tiamina, precipitada por la ingesta de carbohidratos o infusiones de dextrosa, se manifiesta en la séptima semana de gestación, la presentación clínica esta dada por la triada: confusión, alteraciones oculares y ataxia. El diagnóstico se da con la resonancia magnética, donde se evidencian lesiones simétricas en el acueducto y el cuarto ventrículo.
3. Beriberi: se presenta por deficiencia de tiamina, causa lesiones neurológicas y puede haber compromiso cardiaco.
4. Hiponatremia: (sodio sérico menor de 120 mmol/L) puede generar síntomas leves como: anorexia, cefalea, náuseas, vómito y letargia. Severa: cambios de comportamiento, calambres y debilidad muscular, confusión, ataxia, hiporreflexia y convulsiones. En casos severos por reposición de sodio de manera rápida puede complicarse con cuadro como mielinolisis póntica que corresponde a cuadraparesia espástica y parálisis pseudobulbar.
5. Trastornos psicológicos: se ha observado que las gestantes que vienen padeciendo de hiperémesis gravídica, el 50% tienden a padecer trastornos psiquiátricos desde la ansiedad, pasando por trastornos somáticos, hasta la depresión mayor.
6. Mecánicas: Se ha descrito que por los episodios prolongados de vómitos predisponen a trauma esofágico (síndrome de Mallory Weiss), neumotórax a tensión, desprendimiento de retina y avulsión esplénica.

COMPLICACIONES FETALES

1. Retraso en el crecimiento intrauterino (RCIU 32%)
2. Muerte fetal (< 10%)
3. Estudios observacionales mostraban la relación que existía entre la hiperémesis gravídica, el peso al nacer de los recién nacidos y la prematurez.
4. Estudios de cohorte retrospectivos mostraron que mujeres con hiperémesis y pérdida de peso de mayor a 7 Kg tenían más probabilidad de tener recién nacidos de bajo peso al nacer o con APGAR menor a 7 a los 5 minutos en embarazos de 37 semanas.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Ver planes de cuidado.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Nauseas r/c niveles exagerados de hormona gonadotrofina corionica humana (HGCH) en el cuerpo (+ 5 mUI/ml) m/p sensación del vomito.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control del síntoma	Manejo de las nauseas.

Indicador:

Reconoce intensidad y frecuencia del síntoma.

Escala:

1= Nunca demostrado.

2= Raramente demostrado.

3= A veces demostrado.
4= Frecuentemente demostrado.
5= Siempre demostrado.

Actividades:

1. Verificar los efectos de las nauseas.
2. Proporcionar información acerca de las nauseas, causa y su duración.
3. Administrar alimentos fríos, líquidos transparentes, sin olor y color, según sea conveniente.
4. Identificar estrategias exitosas en el alivio de las nauseas.
5. Identificar factores que puedan evocar las nauseas.
6. Controlar los factores ambientales que puedan causar las nauseas.
7. Conseguir un historial completo pretratamiento.
8. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas para controlar las nauseas.
9. Fomentar el sueño y el descanso adecuados para facilitar el alivio de las nauseas.
10. Realizar valoración completa de nauseas (frecuencia, duración, intensidad y factores desencadenantes).

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad r/c cambios en el estado de salud (delgada/ pérdida de peso) m/p expresión de preocupación y atención centrada en el yo.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Aceptación: estado de salud.	Disminución de la ansiedad.

Indicador:

Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.

Escala:

1= Nunca demostrado.
2= Raramente demostrado.
3= A veces demostrado.
4= Frecuentemente demostrado.
5= Siempre demostrado.

Actividades:

1. Escuchar con atención.
2. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
3. Identificar los cambios en nivel de ansiedad.
4. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
5. Controlar los estímulos.
6. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad.
7. Reforzar el comportamiento.
8. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
9. Proporcionar información objetiva respecto al diagnostico, tratamiento y pronostico.
10. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Desequilibrio nutricional por defecto r/c alteración hormonal (HGCH + 5 mUI/ml) m/p intolerancia a la vía oral.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Estado nutricional: ingesta alimentaria y de líquidos.	Administración de nutrición parenteral total (NPT).
Indicador: Administración de líquidos con nutrición parenteral total. **Escala:** 1= Inadecuado 2= Ligeramente adecuado. 3= Moderadamente adecuado. 4= Sustancialmente adecuado. 5= Completamente adecuado.	**Actividades:** 1. Pesar diariamente. 2. Controlar ingesta y eliminaciones. 3. Monitorizar signos vitales. 4. Mantener un índice de flujo constante de la solución NPT. 5. Utilizar una bomba de infusión para el aporte de solución NPT. 6. Evitar pasar rápida la solución NPT retrasada. 7. Comprobar la solución NPT para asegurarse de que se han incluido los nutrientes correctos, según ordenes. 8. Informar al médico acerca de los signos y síntomas anormales asociados con l NPT y modificar los cuidados correspondientes. 9. Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones NPT.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal (delgada, palidez, piel reseca y caliente, etc) m/p expresión verbal (mala aceptación de su imagen corporal).

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Imagen corporal.	Aumentar el afrontamiento.

Indicador:

Adaptación a cambios en el aspecto físico.

Escala:

1= Nunca positivo
2= Raramente positivo
3= A veces positivo.
4= Frecuentemente positivo.
5= Siempre positivo.

Actividades:

1. Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
2. Disponer de un ambiente de aceptación.
3. Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.
4. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
5. Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.
6. Clarificar los conceptos equivocados.
7. Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
8. Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
9. Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser mal interpretados como amenazadores.
10. Alentar el uso de fuentes espirituales.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

HEMORRAGIAS EN EL 1º, 2º y 3º TRIMESTRE (aborto, embarazo ectópico y molar, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta)

ABORTO

CONCEPTO

Es la interrupción del embarazo o pérdida del producto de la concepción con menos de 20 semanas de gestación y con peso aproximado de 500 gramos.

ETIOLOGIA

Las causas se asocian con un defecto del embrión o trofoblasto que serian incompatible con la vida o que podría dar lugar a un niño mal formado (errores cromosómicos)
-Las infecciones agudas graves (neumonía, pielitis, fiebre tifoidea)
-Las afecciones endocrinas que alteran los niveles de progesterona y estrógeno que producen recubrimiento del endometrio uterino.
-Anomalías del aparato reproductivo de la madre (cérvix corto congénito, malformaciones uterinas, etc.)
-Causas ovulares (implantación anormal del cordón umbilical, anomalías placentarias)
-Infecciones uterinas.
-Infecciones urinarias.

FISIOPATOLIGIA

-Varía de acuerdo al tipo de aborto y a la edad gestacional
-La placenta se separa de la pared uterina por anomalías de implantación de la misma.
-Cambios en el cuello por dilatación total por la producción excesiva de hormonas
-Por una infección se rompen las membranas y sale líquido amniótico y provoca la muerte del feto y por consiguiente se presenta el aborto.

CUADRO CLINICO

-Sangrado vaginal -Expulsión de tejidos ovulares.
-Dolor cólico en parte baja del abdomen.
-Hemorragia por la separación del cigoto de su unión con el útero
-Calambres pélvicos. -Sangrado de más de 3 días
-Taquicardia -Fiebre. -Palidez.

DIAGNOSTICO

-Examen físico para determinar la causa de la hemorragia vaginal, se examina la vagina y el cérvix.

-Utilizar técnicas de ultrasonido para diferenciar los fetos vivos de los muertos
-Exámenes de laboratorio para verificar factor Rh, grupo sanguíneo, niveles de Hormona de Gonadotrofina Corionica,
-Ecografía para revisar a detalle el abdomen por si tiene mola o presenta embarazo ectópico.

TRATAMIENTO

-Reposo en cama y abstinencia sexual.
-Considerar transfusión (paquete globular, sangre fresca total)
-Legrado uterino convencional.
-Progesterona. –oxitocina.
–misoprostol.

COMPLICACIONES

-Infecciones. -Embolia gaseosa. -Perforación uterina.
-Laceraciones o desgarros del cuello uterino. -Lesiones de vejiga.
-Infertilidad. -Muerte materna.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Déficit de volumen sanguíneo r/c probable perdida del producto (por caída de la madre) m/p sangrado activo vía vaginal.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Severidad de la pérdida de sangre.	Cuidados por cese de embarazo.
Indicador: Sangrado vaginal. **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades**: 1. Preparar física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento de aborto. 2. Proporcionar los analgésicos o antieméticos prescritos. 3. Pesar la perdida sanguínea. 4. Vigilar signos vitales. 5. Observar si hay signos de shock. 6. Informar sobre los procedimientos (raspado de succión, evacuación uterina, etc.) 7. Enseñar a la paciente los cuidados postaborto y el control de los efectos secundarios. 8. Animar al ser querido a que apoye a la paciente antes, durante y después del aborto. 9. Administrar productos sanguíneos. 10. Poner en marcha una segunda línea i.v. para administrar líquidos.

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Alteración hemodinámica r/c perdida de volumen sanguíneo m/p presión arterial baja (70/50 mmHg)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Estado de los signos vitales.	Regulación hemodinámica.

Indicador:

Presión arterial sistólica y diastólica.

Escala:

1= Desviación grave del rango normal

2= Desviación Sustancial del rango normal

3= Desviación Moderado del rango normal

4= Desviación Leve del rango normal

5= Sin desviación del rango normal

Actividades:

1. Reconocer la presencia de alteraciones en la presión sanguínea.
2. Comprobar y registrar la frecuencia y el ritmo cardiacos y los pulsos.
3. Vigilar los niveles de electrolitos.
4. Mantener el equilibrio de líquidos administrados, líquidos i.v o diuréticos según sea el caso.
5. Monitorizar la presión arterial y la presión venosa central.
6. Colocar el posición de Trendelenburg, cuando se precise
7. Monitorizar la presión sanguínea después de que el paciente tome medicamentos prescritos, si es posible.
8. Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos y comparar, si procede.
9. Observar si hay llenado capilar normal.
10. Controlar la presión sanguínea, pulso y respiraciones antes, durante y después de las actividades para el cese de la perdida sanguínea.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Baja autoestima situacional r/c fracaso en su embarazo (por anomalías uterinas) m/p informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autoestima.	Potenciación de la autoestima.
Indicador: Verbalizaciones de autoaceptación. **Escala:** 1= Nunca positivo 2= Raramente positivo 3= A veces positivo 4= Frecuentemente positivo 5= Siempre positivo	**Actividades:** 1. Observar las frases del paciente sobre su propia valía. 2. Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. 3. Animar a la paciente a identificar sus virtudes. 4. Reafirmar las virtudes personales que identifique en el paciente. 5. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. 6. Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos o alternativas. 7. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. 8. Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente. 9. Observar los niveles de autoestima. 10. Brindarle apoyo emocional

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Afrontamiento ineficaz r/c situación actual m/p verbaliza expresiones de no saber cómo manejar su situación, de cómo va a reaccionar o superar el acontecimiento de haber perdido su embarazo.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Afrontamiento del problema.	Aumentar el afrontamiento.

Indicador:

Afronta su problema.

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
2. Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
3. Disponer un ambiente de aceptación.
4. Ayudar al paciente a realizar una valoración objetiva del acontecimiento.
5. Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
6. Utilizar un lenguaje sencillo concreto y exacto durante el contacto con el paciente cognitivamente alterado.
7. Fomentar el dominio gradual de la situación.
8. Animar al paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.
9. Favorecer situaciones que fomenten la autoestima del paciente.
10. Estar a un lado del paciente escuchando sus sentimientos.
11. Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.

EVALUACION

f e c h a						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

EMBARAZO ECTOPICO

CONCEPTO

Es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente) o en el ovario o en el canal cervical o en la cavidad pélvica o en la abdominal.

ETIOLOGIA

Está determinada por aquellos factores que impiden o dificultan la migración normal del huevo hacia la cavidad uterina. Existen 2 factores, los tubulares y los ovulares.

Los factores tubulares son debidos a la enfermedad inflamatoria pélvica y dentro de ella la causada por salpingitis deterioran la cavidad ciliar y la motilidad tubarica y generan adherencias en la mucosa tubarica que conducen al a estenosis.

Endometriosis tubarica que favorece a la nidación precoz. Anomalías congénitas. Alteraciones funcionales del peristaltismo tubarico o de la actividad ciliar debidas tanto a la hipocontractibilidad como al espasmo tubarico.

Los factores ovulares son aquellos que conducen a la nidación precoz del huevo debido a que existen huevos demasiadamente pesados que madura con rapidez y no pueden progresar o al desprendimiento precoz de la capa del huevo capacitando la implantación. La transmigración se ha sugerido la posibilidad de la hipermigracion del huevo y su implantación en la trompa contralateral.

FISIOPATOLOGIA

El ovario libera un ovulo que es succionado por una de las trompas de Falopio, donde es impulsado por diminutos silios hasta que varios días después llega al útero. Sin embargo si la trompa de Falopio se obstruye debido a una infección o si hay daño en la motilidad tubarica, el ovulo desplazarse muy poco o quedar atrapado, el ovulo fecundado no llega al útero y en consecuencia se produce un embarazo ectópico. El cigoto en vez de atravesar la longitud de la trompa de Falopio para llegar a la cavidad uterina se implanta en las paredes internas de la misma como la pared de la trompa no es tan elástica como para permitir que el ovulo fecundado crezca y de desarrolle ahí se produce de manera inevitable rotura de la pared de la trompa y da lugar al a expulsión de los productos de la concepción y hemorragia abundante desde el extremo fibriado de la trompa hacia la cavidad peritoneal.

CUADRO CLINICO

El embarazo ectópico no precisa mucha pericia diagnostica por lo que la paciente suele presentar:

- Dolor abdominal agudo

- Amenorrea
- Síntomas gestacionales
- Expulsión de tejido
- Urgencia para defecar
- Hipersensibilidad abdominal
- Crecimiento uterino
- Fiebre
- Palidez y sudoracion

DIAGNOSTICO

1. Determinación seriada de B-HCG. En la mayoría de los casos en el embarazo ectópico las cifras de B-HCG se muestran menores o descendientes a las de un embarazo normal. Lo que se explica por el pequeño volumen que ocupa el trofoblasto y su degeneración progresiva. Se puede afirmar que existe un embarazo ectópico si los niveles de B-HCG aumentan por debajo del 65% en 48 horas.

2. Ecografía 3. Cordocentesis 4. La paroscopia se considera el procedimiento ideal para el diagnóstico definitivo del embarazo ectópico

TRATAMIENTO

Quirúrgico mediante la laparoscopia y mediante la salpingostomia cuando el embarazo es aun de tamaño pequeño y es mediante una incisión lineal en el borde antimesentérico sobre el sitio ectópico.

Y con medicamento para tratar de conservar la trompa de Falopio y evitar los riesgos del tratamiento quirúrgico se requiere hospitalización y seguimiento clínico estricto la B-HCG de debe encontrar < 5 m Ul/ml ya que el esquema de dosis consiste en administrar 1 mg/kg de metotrexate vía intramuscular en días alternos, intercalados con 0.1 mg/kg de leucovorina por vía intramuscular hasta que se observe una respuesta.

COMPLICACIONES

- Ruptura de trompa de Falopio con sangrado
- Shock hipovolémico
- Muerte materna
- Infertilidad
- Hemorragia severa
- Hipotensión
- Taquicardia

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Dolor agudo r/c ruptura de la trompa de Falopio (anidación y desarrollo del huevo fuera de cavidad uterina) m/p conducta expresiva (gritos, llanto, gemidos)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control del dolor	Manejo del dolor
Indicador: Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario **Escala:** 1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado	**Actividades:** 1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. 2. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. 3. Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor. 4. Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo. 5. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos). 6. Enseñar los principios de control del dolor. 7. Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. 8. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. 9. Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor. 10. Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Baja autoestima situacional r/c incapacidad para concebir un embarazo normal m/p expresiones verbales (desesperación, impotencia)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autoestima	Potenciación de la autoestima

Indicador:

Verbalización de auto aceptación

Escala:

1= Nunca positivo

2= Raramente positivo

3= A veces positivo

4= Frecuentemente positivo

5= Siempre positivo

Actividades:

1. Observar las frases del paciente sobre su propia valía.
2. Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.
3. Animar al paciente a identificas sus virtudes.
4. Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente.
5. Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, si procede.
6. Abstenerse de burlarse.
7. Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
8. Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
9. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
10. Observar los niveles de autoestima, si procede.
11. Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Duelo r/c perdida del producto (embarazo ectópico) m/p llanto, sufrimiento.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Afrontamiento del problema	Facilitar el duelo: muerte perinatal

Indicador:

Identifica múltiples estrategias de superación

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Identificar la perdida.
2. Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la perdida.
3. Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la perdida.
4. Escuchar las expresiones de duelo.
5. Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto a la perdida.
6. Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de resolución de problemas.
7. Utilizar palabras claras, como muerte o muerto, en lugar de eufemismos.
8. Identificar fuentes de apoyo comunitario.
9. Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de pérdida de volumen de líquidos r/c ruptura de la trompa de Falopio (embarazo ectópico)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control de riesgo	Prevención de hemorragias
Indicador: Reconoce cambios en el estado de salud **Escala:** 1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado	**Actividades:** 1. Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia. 2. Proteger al paciente de traumas que puedan ocasionar la hemorragia. 3. Evitar inyecciones (i.v., i.m. o subcutáneas), si procede. 4. Evitar procedimientos invasivos; si fueran necesarios, vigilar de cerca por si se produce hemorragia. 5. Ordenar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K. 6. Ordenar al paciente que evite tomar ácido acetilsalicílico u otros anticoagulantes. 7. Administrar medicamentos (antiácidos), si está indicado. 8. Controlar los signos vitales ortostaticos, incluyendo la presión sanguínea. 9. Evitar levantar objetos pesados.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

MOLA HIDATIFORME O EMBARAZO MOLAR

CONCEPTO

Trastorno del embarazo caracterizado por la presencia de un crecimiento anormal que contiene un embrión no viable implantado y proliferante en el útero. La placenta crece de una forma anormal en los primeros meses y se transforma en una masa con quistes.

ETIOLOGIA

-Anomalías tubaricas –Anomalías cigoticas –Endocrinopatías – Niveles mayores de β HGC (15-20 mUI/ml) – Edad 40 años -50% mola previa

FISIOPATOLOGIA

Vellosidades corionicas se transforman ⟶ neoplasia/ hiperplasia crecimiento acelerado de vellosidades corionicas anormales ⟶ mola de quistes ⟶ crecimiento anormal uterino.

CUADRO CLINICO

Crecimiento uterino anormal - Niveles mayores de β HGC (15-20 mUI/ml) –Sangrado vaginal (marrón obscuro) –náuseas y vomito –manos temblorosas –No audición de FCF –Síndromes de hipertensión precoz

DIAGNOSTICO

-Ultrasonido -Niveles mayores de β HGC (15-20 mUI/ml) –Exploración física –BH –Radiografía de tórax –Anamnesis

TRATAMIENTO

Quirúrgico ⟶ extirpación –Curetaje de succión- histerectomía –legrado instrumental.

Farmacológico ⟶Controlar HGC –infusión de oxitocina –ablandamiento vaginal (gel) -prostaglandinas

COMPLICACIONES

-Preclampsia -Problemas tiroideos –Metástasis –Shock pulmonar –Anemia -perforación uterina –shock hipovolemico

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Nauseas r/c niveles elevados de β GHC (15-20 mUI/ml) m/p sensación de vomito pero sin llegar al mismo

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control de nauseas y vomito	Manejo de las nauseas
Indicador: Utiliza adecuadamente medicaciones antieméticas **Escala:** 1=Nunca demostrado 2=Raramente demostrado 3=A veces demostrado 4=Frecuentemente demostrado 5=Siempre demostrado	**Actividades:** 1. Presentar con paciente. 2. Observar si hay manifestaciones no verbales de incomodidad. 3. Hacerle saber los procedimientos que se le realizaran. 4. Toma de signos vitales. 5. Dieta blanda en sextos. 6. Uso de técnicas no farmacológicas (relajación, distracción). 7. Facilitar descanso y sueño. 8. Registro de dieta. 9. Pesar l paciente constante mente. 10. Reducir los factores (Fatiga, malos olores, ruido, estimulación visual)

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Baja autoestima situacional r/c Embarazo anormal (embarazo molar) m/p expresión verbal (contra su persona)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Afrontamiento de problemas (1302)	Potenciación de la autoestima
Indicador: identifica patrones de superación eficaces **Escala:** 1= Nunca demostrado 2=Raramente demostrado 3=A veces demostrado 4=Frecuentemente demostrado 5=Siempre demostrado	**Actividades:** 1. Presentar con paciente. 2. Dar apoyo emocional. 3. Hacerle saber los procedimientos que se le realizaran. 4. Toma de signos vitales. 5. Observar las frases del paciente sobre su propia valía. 6. Animar al paciente a identificar sus virtudes. 7. Abstenerse a realizar criticas. 8. Contacto visual, toma de la mano u abrazo. 9. Crear un ambiente positivo y actividades que aumenten su autoestima. 10. Establecer objetivos realistas para conseguir autoestima más alta.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Afrontamiento ineficaz r/c Situación actual (embarazo molar) m/p Negación, ira, tristeza.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Modificación psicosocial (1305)	Apoyo emocional
Indicador: Expresiones de optimismo sobre el futuro. **Escala:** 1= Nunca demostrado 2=Raramente demostrado 3=A veces demostrado 4=Frecuentemente demostrado 5=Siempre demostrado	**Actividades:** 1. Presentar con paciente. 2. Dar apoyo emocional. 3. Hacerle saber los procedimientos que se le realizaran. 4. Toma de signos vitales 5. Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. 6. Escuchar al apaciente su sentir. 7. No exigir demasiado. 8. Favorecer la conversación o el llanto como medio de desahogo. 9. Hacerle saber las consecuencias de profundizar en el sentimiento de negación. 10. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Dolor agudo (hipogastrio) r/c inducción a trabajo de parto (oxitocina) m/p Mascaras faciales

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control del dolor (1605)	Manejo del dolor
Indicador: Utiliza medidas de alivio no analgésicas **Escala:** 1=Nunca demostrado 2=Raramente demostrado 3=A veces demostrado 4=Frecuentemente demostrado 5=Siempre demostrado	**Actividades:** 1. Presentar con paciente. 2. Dar apoyo emocional. 3. Hacerle saber los procedimientos que se le realizaran. 4. Administración de medicamos di procede. 5. Utilización de distractores. 6. Control con respiraciones. 7. Disminuir factores que aumenten el dolor 8. Considerar el tipo de dolor la fuente y el alivio del mismo. 9. Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo. 10. enseñar uso de técnicas no farmacológicas. 11. toma de signos vitales.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLACENTA PREVIA

CONCEPTO

Desarrollo de la placenta en el segmento uterino inferior (en vez de en el segmento uterino como es normal), de manera que tapa en forma parcial o total la región del cérvix. Existen cuatro tipos:

1. placenta previa total: cuando la placenta en su totalidad el orificio interno,

2. placenta previa parcial: cuando la placenta tapa de modo parcial el orificio interno,

3. implantación baja de la placenta: cuando ésta se encuentra muy cerca de la región del orificio interno de manera que puede ser palpable por el medio,

4. marginal: cuando el borde placentario alcanza los márgenes del orificio interno.

ETIOLOGIA

Multiparidad, edad materna avanzada, embarazos múltiples, tabaquismo, anemia, perido Intergenésico corto, tumores uterinos, feto masculino.

FISIOPATOLIGIA

Existen diferentes mecanismos:

Mecanismo de jacquemier: en este se produce crecimiento armónico de la placenta y del útero hasta las 26 semanas, después el segmento inferior crece más de prisa y favorece el despegamiento lo que origina la hemorragia.

Mecanismo de Schroeder: las contracciones uterinas en le parto tracccionan del segmento inferior hacia arriba y empujan al feto hacia abajo despegando la placenta.

Mecanismo de pinar: el estiramiento de las membranas de la zona de menor radio (orificio interno cervical) como consecuencia de las contracciones tira de la placenta y la desprende.

Mecanismo de bartholomew: la zona placentaria que reviste el orificio interno es un área isquémica ya que no recibe vasos deciduales. A este disminuye la presión sanguínea, por lo que la sangre tiende a dirigirse hacia esta zona y escapa.

CUADRO CLINICO

Asintomática hasta el primer episodio de hemorragia genital, ausencia de dolor abdominal.

DIAGNOSTICO

Ultrasonido para localizar placenta, historia clínica, técnicas sonográficas para localizar la placenta.

TRATAMIENTO

Reposo en cama, amniocentesis para ver peso y talla del feto, parto por cesárea, exámenes de laboratorio (biometría hemática, tiempo de coagulación, sangrado y protrombina).

COMPLICACIONES

Fetales: prematurez, hipoxia, retraso en el crecimiento intrauterino.

Maternas: hemorragias, obstrucción del canal de parto, choque hemorrágico, hipotensión.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidado.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Alteración hemodinámica r/c separación de la placenta (placenta previa) m/s hipotensión

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control de la presión arterial	Manejo y control de la presión arterial
Indicador: Mantener presión arterial 120/80 **Escala:** 1= Gravemente comprometido 2= Sustancialmente comprometido 3= Moderadamente comprometido 4= Levemente comprometido 5= No comprometido	**Actividades:** 1. Toma y registro de signos vitales cada 15 minutos. 2. Verificar estado y actividad uterina. 3. Administraciones de medicamentos. 4. Monitorizar FC fetal. 5. Valorar características del sangrado 6. Pesar toallas sanitarias 7. Charla de métodos anticonceptivos 8. Revisar signos de shock 9. Hemotransfusión 10. Explicar todo procedimiento que se realizara a la paciente

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Perdida del volumen de líquidos r/c separación de la placenta m/p sangrado activo

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Severidad de la pérdida de sangre	Manejo de la hemorragia
Indicador: Pérdida sanguínea visible **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4=Leve 5= Ninguno	**Actividades:** 1. Toma y registro de signos vitales 2. Pesar toallas sanitarias 3. Administraciones de líquidos paquete globular 4. Valorar sangrado 5. Revisar signos de shock 6. Monitorizar FC fetal 7. Administraciones de medicamentos. 8. Explicar todo procedimiento que se realizara a la paciente 9. Valorar características del sangrado 10. Notificar alguna complicación al médico.

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Temor r/c situación actual (placenta previa) m/p expresiones verbales (la paciente tiene miedo por posible pérdida del producto)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel de miedo	Manejo del miedo

Indicador:

Preocupación por la falta de miedo

Escala:

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

Actividades:

1. Sentarse a hablar con la paciente
2. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
3. Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre esta situación
4. Fomentar un dominio gradual de la situación
5. Ayudar a la paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento
6. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
7. Apoyo psicológico
8. Ayuda al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira, tristeza
9. Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales
10. Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Baja autoestima situacional r/c complicaciones del embarazo (placenta previa) m/p la paciente se siente culpable por no poder concebir un embarazo normal

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Afrontamiento de problemas	Aumentar el afrontamiento
Indicador: Utiliza apoyo social disponible **Escala:** 1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado	**Actividades:** 1. Proporcionar información objetiva respecto al diagnostico, tratamiento y pronostico 2. Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones 3. Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos 4. Disminuir los estímulos del medio ambiental que podrían ser mal interpretados como amenazas 5. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional 6. Ayuda al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira, tristeza 7. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias 8. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones 9. Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales 10. Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP)

CONCEPTO

Se define como la separación completa o parcial de la placenta de su sitio de implantación en el segmento superior del útero después de las 20 semanas y antes del nacimiento del feto.

Grados de hemorragia:

- Leve: (La hemorragia vaginal es mínima o inexistente; La reactividad uterina puede estar ligeramente aumentada pero no se observan anomalías en la frecuencia cardiaca; No hay signos de shock ni de coagulopatía)
- Moderara: (La hemorragia externa puede ser nula leve o moderada; El tono uterino esta aumentado; el útero suele ser hipersensible; Puede haber un ligero shock; Los tonos cardiacos fetales pueden detectarse o no, si existen tonos fetales, el control puede poner en manifiesto signos de sufrimiento fetal).
- Grave: (La hemorragia externa puede ser moderada o excesiva, pero a veces está totalmente encubierta; El útero presenta tetania y gran reactividad a la palpación; Puede haber shock moderado o intenso; Es frecuente la muerte fetal, también es frecuente la coagulopatía).

ETIOLOGÍA

La gran mayoría es multicausal y plantean la posibilidad de un mecanismo isquémico a nivel decidual como factor involucrado, asociado con patologías variadas.

Otros trastornos descritos:
- Antecedente de DPPNI en embarazos previos
- Enfermedad Hipertensiva asociada al Embarazo.
- Rotura prematura de membranas (RPM)
- Traumatismo abdominal grave
- Descompresión uterina brusca (polihidramnios o salida del primer gemelar)
- Consumo de cocaína.
- Tabaquismo.

FISIOPATOLOGÍA

El desprendimiento ocurre como consecuencia de una hemorragia entre la interfase decidua-placenta. Al parecer existe la presencia de un vaso espasmo en los pequeños vasos, que puede ser el evento que precede al desprendimiento de placenta.

La hemorragia y el desprendimiento se retroalimentan mutuamente, formando un Hematoma retroplacentario (HRP), que tiende a progresar al no actuar las “Ligaduras de Pinard”, ya que el útero se encuentra ocupado. Además, el HRP y la infiltración sanguínea de la pared muscular estimulan las contracciones colapsando el retorno venoso, y persistiendo el aporte arterial, con presiones superiores a las del útero, por lo que el hematoma sigue creciendo.

CUADRO CLÍNICO

- Contracciones uterinas incesantes
- Náuseas
- Sed
- Sensación de desmayo
- Sangrado vaginal después de 22 SDG rojo oscuro, escaso, único, con coágulos (puede estar retenida en útero).
- Dolor abdominal intermitente o constante.
- Shock
- Útero tenso/sensible
- Disminución/ausencia de movimientos fetales
- Ausencia de latidos cardiacos fetales.

DIAGNOSTICO

CLÍNICO: La condición se debe sospechar en toda gestante con embarazo mayor de 20 semanas que presenta sangrado por genitales o dolor abdominal o ambos, una historia de trauma o aquellas que presentan trabajo de parto pre término no explicado.
Síntomas de síndrome agudo: dolor abdominal y/o dolor pélvico, hemorragia vaginal.
Signos útero hipertónico y sensible (Aunque a veces puede no haber hipertonía), hemorragia la cual puede ser abundante o estar atrapada y no ser visible pero puede aumentar y distender la cavidad uterina, sufrimiento fetal agudo o signos de muerte fetal.

ULTRASONOGRAFIA: La apariencia ultrasonografica del desprendimiento de placenta depende de la extensión del tamaño y localización del sangrado, así también como el tiempo entre el desprendimiento y el examen ecográfico.

EXÁMENES DE LABORATORIO
Sanguínea: Hemograma completo, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno y productos de degradación del fibrinógeno, pruebas de aglutinación de los D-dímeros, la cual se ha usado como marcador temprano, y hemoclasificación.

TRATAMIENTO

El manejo del DPPNI depende de la presentación clínica, edad gestacional y el grado de compromiso materno-fetal.

El manejo medicamentoso, incluye:
-OXITOCINA I.V: 20 - 40 UI en 500cc SSN 0.9% para pasar en 20-30 minutos.

-METILERGONOVINA I.M-IM: 1 ampolla 0.2 mg con el inicio de la infusión de oxitocina. Repetir la dosis a los 20 minutos. Metilergonovina ampollas por 0.2mg, ordenar 1 amp. IM cada 4 horas por 3 dosis.

-Misoprostol intrarectal: 4 tabletas de 200 microgramos 10-15 minutos después del inicio de las drogas oxitócicas.

-Terapia de mantenimiento: Oxitocina 20-40 UI en 500cc SSN 0.9% a infusión de 10 gotas/minuto.

- Ante la persistencia del sangrado a pesar del manejo medico, más inestabilidad hemodinámica de la paciente se practicará histerectomía de urgencia.

COMPLICACIONES:

Maternas

- La Coagulación Intravascular Diseminada (CID).
- Choque hemorrágico.
- Ruptura o Hipotonía uterina (Útero de Couvelaire).
- Falla renal
- Necrosis isquémica de órganos distales (hepáticos, suprarrenales, hipófisis, etc.).

Fetales

- Asfixia fetal por hipoxia
- Anemia
- RCIU (Retardo en el crecimiento intrauterino)
- Anomalías del SNC
- Muerte fetal.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Dolor agudo r/c separación ligera de la placenta (hemorragia interna) de la pared uterina antes del parto m/p expresión de dolor (fascias, posición antiálgica)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control del dolor	Manejo del dolor

Indicador:

Refiere dolor controlado

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
2. Explorar con el paciente los factores que alivian / empeoran el dolor.
3. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
4. Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.
5. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.
6. Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor.
7. Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea más severo.
8. Asegurar las estrategias de analgesia y pre tratamiento y/o no farmacológica antes de los procedimientos dolorosos.
9. Fomentar periodos de descanso / sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
10. Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Déficit del volumen de líquidos r/c pérdida activa del volumen de líquidos (hemorragia moderada) m/p shock hipovolemico.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Severidad de la pérdida de sangre	Manejo del shock: volumen
Indicador: Sangrado vaginal **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades:** 1. Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay sangre franca u oculta). 2. Evitar la pérdida de volumen sanguíneo (aplicar presión en el sitio de hemorragia). 3. Administrar líquidos IV, si procede. 4. Anotar el nivel de hemoglobina / hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, según se indique. 5. Administrar productos sanguíneos (plaquetas o plasma fresco congelado), si procede. 6. Comprobar estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina (PT), el tiempo de tromboplastina parcial (PTT), el fibrinógeno, los productos de degradación / separación de fibrina, y recuento de plaquetas, según corresponda. 7. Aplicar prenda neumática antishock, si procede.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad r/c posible pérdida del producto (bebé) m/p angustia y preocupación creciente.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel de ansiedad	Disminución de la ansiedad

Indicador:

Ansiedad verbalizada

Escala:

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

Actividades:

1. Animar a la paciente a que verbalice sus sentimientos.
2. Escuchar con atención.
3. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
4. Crear un ambiente que facilite la confianza.
5. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
6. Observar signos verbales y no verbales de ansiedad.
7. Administrar masajes en la espalda/ cuello, si procede.
8. Apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuados.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Temor r/c complicaciones en el embarazo (DPP) m/p expresión verbal (informes de sentirse asustada de perder a su bebé).

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autocontrol del miedo	Apoyo emocional

Indicador:

Elimina los factores precursores del miedo

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Comentar la experiencia emocional con el paciente.
2. Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
3. Animar a la familia que abrase o toque al paciente para proporcionarle apoyo.
4. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
5. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
6. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
7. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
8. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
9. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
10. Remitir a los servicios de asesoramiento, si se precisa.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

INFECCION DE VIAS URINARIAS ALTAS Y BAJAS (cistitis, bacteriuria asintomática y pielonefritis)

CISTITIS

CONCEPTO

Se define como la infección superficial de la mucosa vesical, producida generalmente por gérmenes de la flora intestinal (E.Colli en el 80% de los casos) que alcanza a la vejiga por vía ascendente.

ETIOLOGIA

En mas del 95% de los casos es monomicrobiana(E. colli) ; en mujeres jóvenes también puede ser causada por saprophaticos. Se produce por bacterias procedentes del intestino que llegan a las vías urinarias, es habitual en las mujeres debido a que su uretra es mas corta y esta mas proximal al ano y permite fácilmente el paso de microorganismos hacia la vejiga.

Durante el embarazo se presenta esta infección debido a que el útero aumenta de tamaño, resta espacio a la vejiga y favorece la retención de orina, con lo que la vejiga se convierte en un caldo de cultivo de gérmenes; otros factores son: utilización del DIU, escaso consumo de líquidos, pantalón muy ajustado, consumo excesivo de alcohol, prendas intimas poco airadas y la practica de las relaciones sexuales son factores que hacen que tenga un mayor riesgo de contraer una infección.

FISIOPATOLOGIA

La invasión del tracto urinario esta determinada por las características de la bacteria, el tamaño del inocuolo y las alteraciones en los mecanismos de defensa del huésped. La mayoría de los microorganismos ingresan por la uretra desde donde ascienden a la vejiga, el origen de estas bacterias es la flora fecal y los reservorios vaginales. Una vez que sucede la colonización del meato uretral, el ingreso se facilita por factores mecánicos como obstrucción del flujo urinario, trauma, reflejo vesicouretral etc. Cualquier tipo de obstrucción favorece la capacidad adhesiva de las bacterias por la ausencia de lavado.

CUADRO CLINICO

- Disuria
- Poliaquiuria
- Miccion urgente
- Dolor suprapubico
- Orina maloliente
- Hematuria
- Febricula (37.5 – 38.5)
- Frecuencia y urgencia al orinar

DIAGNOSTICO

Sedimento urinario Para evaluar piuria- detección de 10 leucocitos /mm3 de orina no centrifugada, prueba de nitritos con tira colorimétrica.

Urocultivo Se considera positivo el hallazgo en el urocultivo de las de 10 000 unidades formadoras de colonias por ml.

TRATAMIENTO

Con el tratamiento antibiótico se aconseja la toma de 1 gr diario de vitamina C para acidificar la orina. Se enseña a la paciente una buena higiene para la vejiga, lo que incluye ir al baño cada dos horas, tomar de 8 a 10 vasos de agua cada dia, y la técnica correcta para limpiarse. Los antibióticos frecuentemente utilizados:

En el primer trimestre Amoxicilina, Cefalexim

En el segundo trimestre Trimetroprim, Sulfametazol

En el tercer trimestre Ampicilina.

COMPLICACIONES

- Parto Prematuro
- Mortalidad fetal
- Recién nacido con bajo peso
- Infección renal
- Choque Séptico

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Deterioro de la eliminación urinaria r/c estasis urinario m/p disuria

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Eliminación urinaria	Manejo de la eliminación urinaria

Indicador:

Vacía la vejiga completamente

Escala:

1 Gravemente comprometido

2 Sustancialmente comprometido

3 Moderadamente comprometido

4 Levemente comprometido

5 No comprometido

Actividades:

1. Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
2. Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.
3. Enseñar al paciente/familiar a registrar la producción de orina.
4. Obtener muestra a la mitad de la eliminación para el análisis de orina.
5. Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar.
6. Anotar la hora de la última eliminación urinaria.
7. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
8. Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al baño.
9. Remitir al medico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario.
10. Instalación de sonda vesical.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Hipertermia r/c proliferación de la bacteria E. Colli en el tracto urinario m/p temperatura mayor a 39 C

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Termorregulación	Tratamiento de la fiebre
Indicador: Hipertermia **Escala:** 1= Gravemente Comprometido 2= Sustancialmente Comprometido 3= Moderadamente Comprometido 4= Levemente Comprometido 5= no Comprometido	**Actividades:** 1. Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno 2. Vigilar pérdida imperceptible de líquidos. 3. Establecer un dispositivo de monitorización de temperatura central continua. 4. Observar el color de la piel y la temperatura. 5. Comprobar la presión sanguínea, el pulso y la respiración. 6. Vigilar si hubiera descenso de los niveles de consciencia. 7. Administrar medicación antipirética 8. Administrar medicamentos para tratar la causa de la fiebre. 9. Administrar un baño tibio con una esponja. 10. Aplicar bolsas de hielo cubiertas con una toalla en las ingles y las axilas.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Disposición para mejorar la esperanza m/p deseos de mejorar la confianza en la posibilidad de que se logre el producto

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Esperanza	Dar esperanza
Indicador: Expresión de confianza **Escala:** 1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado	**Actividades:** 1. Ayudar al paciente/ familia a identificar las áreas de esperanza en la vida. 2. Informar al paciente acerca de si situación actual constituye un estadio temporal. 3. Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente. 4. Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia. 5. Evitar disfrazar la verdad. 6. Destacar el mantenimiento de relaciones, mencionar los nombres de los seres queridos. 7. Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados. 8. Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza. 9. Proporcionar al paciente la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo 10. Crear un ambiente que facilite la práctica de su religión.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Temor r/c situación potencialmente estresante (posible pérdida del producto) m/p informes verbales de miedo, inquietud y aprensión.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel de miedo	Apoyo emocional

Indicador:

Temor verbalizado

Escala:

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

Actividades:

1. Comentar la experiencia emocional con el paciente.
2. Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.
3. Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
4. Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
5. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
6. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como miedo, ansiedad, ira, tristeza.
7. Escuchar las expresiones, sentimientos y creencias.
8. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
9. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad.
10. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

BACTERIURIA ASINTOMATICA

CONCEPTO

Es una forma de infección del aparato urinario que ocurre de 2 a 7 % y, se define, como la presencia en la orina recogida por micción estéril (chorro medio) de más de 100 000 colonias de bacterias/mL (Escherichia coli en 85 % de los casos), sin que exista respuesta inflamatoria en estos órganos (ausencia de leucocituria), ni síntomas urinarios.

ETIOLOGIA

La bacteriuria asintomática se presenta en un pequeño número de persona sana y afecta más a menudo a las mujeres que a los hombres. Las razones por las cuales no se presentan los síntomas no se comprenden bien.
Embarazo: hasta un 40% de las mujeres embarazadas con bacteriuria asintomática sin tratamiento desarrollará una infección renal

FISIOPATOLOGIA

En el embarazo la inmunidad celular está un poco disminuida y ciertas infecciones se pueden salir del control de los mecanismos inmunológicos naturales de la mujer y poner en peligro su vida; el caso más notable es el de la bacteriuria asintomática. Sin diagnóstico y tratamiento apropiado el 25-30% de las pacientes con BA desarrollará una infección renal (pielonefritis aguda) sintomática que puede desencadenar una infección generalizada (sepsis, 2% de los casos) y llevar a la paciente a una terapia intensiva.

CUADRO CLINICO

La mayoría de los pacientes con bacteriuria asintomática no necesitan tratamiento, dado que las bacterias no están causando ningún daño. Las personas con catéteres urinarios a menudo presentarán bacteriuria, pero la mayoría no tendrá síntomas

DIAGNOSTICO

HISTORIA CLINICA

- Antecedentes de síntomas urinarios en la infancia.
- Síndromes febriles sin diagnóstico.
- Antecedentes de prematuridad.

LABORATORIOS

- Examen directo de orina para comprobar bacteriuria o leucocituria.
- Realizar el urocultivo.

TRATAMIENTO MEDICO

Se emplean por 7 días y los de elección son:

- Sulfisoxazol (tabletas de 500 mg): 3 a 4 g/día.
- Sulfametoxipiridacina o sulfapiracina (tabletas de 500 mg): 2 tabletas el primer día, seguida de 1tableta/día y después en días alternos.
- Ampicilina (tabletas de 250 mg): 1,5 a 3 g/día.
- Nitrofurantoina (tabletas de 100 mg): 400 a 600 mg/día.

Las sulfas están contraindicadas después de la semana 36 de la gestación, porque aumenta el riesgo de hiperbilirrubinemia en el feto y en el recién nacido, tampoco se emplea en los primeros meses de embarazo por el riesgo teratogénico.

COMPLICACIONES MATERNOFETALES

- Bajo peso al nacer.
- Pérdida feta.
- Preeclampsia.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario (bacteriuria asintomática) m/p retención.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control del riesgo: proceso infeccioso	Control de infecciones
Indicador: Controla la duración del periodo de incubación de enfermedad infecciosa. **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades:** 1. Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos. 2. Enseñar a la paciente a tomar muestras de orina. 3. Fomentar la ingesta nutricional adecuada. 4. Fomentar la ingesta de líquidos, si procede. 5. Fomentar el reposo. 6. Administrar terapia de antibióticos.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Retención urinaria r/c alta presión uretral (embarazo) m/p orina residual.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Conocimiento: proceso de la enfermedad.	Manejo de la eliminación urinaria.

Indicador:

Signos y síntomas de la enfermedad.

Escala:

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

Actividades:

1. Enseñar a la paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario.
2. Ayudar a la paciente con el desarrollo de ir al baño.
3. Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
4. Toma de signos vitales (Temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria).
5. Administración de medicamentos, si procede.
6. Explicar a la paciente los signos y síntomas de la infección del tracto urinario.
7. Anotar la hora de la ultima eliminación urinaria.
8. Obtener muestra a mitad de la eliminación para muestra de orina.
9. Remitir a medico si presenta signos y síntomas de infección del tracto urinario.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de sufrimiento espiritual r/c perdida del feto por proliferación de virus en aparato genitourinario.

RESULTADO (NOC): Detección del riesgo	**INTERVENCION (NIC):** Aumentar el afrontamiento
Indicador: Reconoce signos y síntomas que indican riesgo. **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades:** 1. Valorar los ajustes del paciente a los cambios de imagen corporal si esta indicad. 2. Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. 3. Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. 4. Proporcionar información objetiva con respecto al pronóstico. 5. Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería. 6. Fomentar un dominio gradual de la situación. 7. Apoyo emocional. 8. Documentación de cada procedimiento. 9. Manejo de presiones.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de duelo complicado r/c posible pérdida del embarazo secundario al proceso infeccioso.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autoestima.	Apoyo emocional.
Indicador: Voluntad para enfrentarse a las problemas. **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades:** 1. Comentar experiencia emocional con el paciente. 2. Explorar con el paciente que a desencadenado las emociones. 3. Realizar animaciones enfáticas o de apoyo. 4. Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. 5. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como: ira, coraje, tristeza y ansiedad. 6. Animar al paciente a que exprese sentimientos. 7. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. 8. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 9. Favorecer la comunicación o el llanto con el fin de disminuir la respuesta emocional.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones

PIELONEFRITIS

CONCEPTO

Es una infección de vías urinarias altas, afecta principalmente la pelvis renal.

ETIOLOGIA

Se presenta después de una bacteriuria mal tratada o diagnosticada tardía, los microorganismos invasores pueden ser, E. coli, estafilococos, estreptococos, pseudomonas y hongos.

FISIOPATOLGIA

La invasión del tracto urinario esta determinada por diferentes factores por ejemplo: las características de la bacteria, la relajación de de los uréteres a causa de la progesterona, compresión de la vejiga por crecimiento uterino. Las bacterias se adhieren a la pared renal y comienzan a multiplicarse en el mismo sitio.

CUADRO CLINICO

- Urgencia para orinar
- Disuria
- Orina turbia y fétida
- Hematuria
- Fiebre de 38 a 40º C
- Dolor lumbar uni o bilateral

DAGNOSTICO

- Puño percusión renal
- Dolor a la palpación de fosas iliacas
- Examen general de orina
- Urocultivo

TRATAMIENTO

Aumento de la ingesta de líquidos
Administración de antipiréticos paracetamol 1 gr. V.O. C/8 hrs., antibióticos ceftriaxona 1gr. c/ 8 hrs., gentamicina 160 mg c/ 24 hrs

COMPLICACIONES

Madre: insuficiencia renal, abscesos renales, sepsis, shock séptico, ruptura prematura de membranas, parto prematuro.
Fetales: retardo en el estado mental, hipotermia, bajo peso al nacer.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Alteración de la eliminación urinaria r/c invasión de la bacteria Escherichia coli en el parénquima renal m/p hematuria

RESULTADO (NOC):

Eliminación urinaria

Indicador:

Sangre visible en la orina

Escala:

1= **Grave**

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

EVALUACION

fecha					
Lk					

INTERVENCION (NIC):

Manejo de la eliminación urinaria

Actividades:

1. Explicar al paciente los signos y síntomas de la infección de tracto urinario.
2. Anotar la hora de la última micción.
3. Obtener muestra por sonda vesical para urocultivo.
4. Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción.
5. Obtener muestra a mitad de la eliminación para análisis de orina.
6. Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
7. Enseñar al paciente a beber un curto de litro de líquido con las comidas, entre comidas y al anochecer.
8. Recomendar aseo personal y genital principalmente.
9. Administrar medicamentos por la vía que este indicada y a la hora prescrita.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Infección r/c proliferación bacteriana en vías urinarias altas m/p fiebre persistente de 40 ºC

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Severidad de la infección	Control de infecciones
Indicador: Fiebre **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades:** 1. Realizar lavado de manos con jabón antimicrobiano. 2. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente. 3. Fomentar la ingesta de líquidos. 4. Administrar antibióticos, si están indicados. 5. Toma y registro de signos vitales. 6. Comprobar temperatura cada 2 horas 7. Observar temperatura y coloración de la piel. 8. Administrar medicamentos antipiréticos 9. Utilizar baños tibios para ajustar la temperatura. 10. Toma de muestra de orina para análisis.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Temor r/c complicaciones de la patología actual (APP) m/p verbalización de sentir miedo por el progreso de su embarazo

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Preocupación por la fuente del miedo	Apoyo emocional

Indicador:

Nivel de temor

Escala:

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

Actividades:

1. Presentarse con el paciente para brindar confianza
2. Comentar la experiencia emocional del paciente
3. Identificar el factor desencadénate del miedo
4. Explicar las posibles complicaciones de su enfermedad y alternativas para ser tratadas
5. Animar al paciente a que exprese sus sentimientos e ideas a cerca de su estado de salud
6. Escuchar expresiones de sentimientos y creencias
7. Favorecer la conversación o el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional
8. Proporcionar ayuda en toma de decisiones

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad r/c inadaptación al medio hospitalario m/p expresión verbal de preocupación: “no me gusta el hospital, no se que pase con mi embarazo me preocupa mi bebe”

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel de ansiedad	Disminución de la ansiedad

Indicador:

preocupación exagerada por eventos vitales

Escala:

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

Actividades:

1. Utilizar un enfoque tranquilo que brinde seguridad
2. Tratar de comprender la respuesta del paciente ante una situación preocupante
3. Proporcionar información objetiva, clara y veraz, acerca del diagnostico, tratamiento y pronostico
4. Escuchar con atención
5. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
6. Identificar los cambios en el nivel de la ansiedad
7. Dar información de una manera mesurada y tranquila
8. Recomendar siestas cortas
9. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

CANCER CERVICOUTERINO

CONCEPTO

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, que se pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada y severa.
Evolucionan a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y/o a cáncer invasor, en que el compromiso traspasa la membrana basal

ETIOLOGIA

El cérvix o cuello uterino es la parte más baja del útero, el lugar en el que crece el bebé durante el embarazo. El cáncer de cuello uterino es causado por varios tipos de un virus llamado virus del papiloma humano (VPH). El virus se contagia por el contacto sexual. El cuerpo de la mayoría de las mujeres es capaz de combatir la infección de VPH. Pero algunas veces, el virus conduce a un cáncer. Si fuma, tiene muchos hijos, ha utilizado pastillas anticonceptivas por largos periodos o tiene una infección por VPH tiene más riesgo de que eso ocurra.

En un principio, el cáncer de cuello uterino quizá no causará síntomas, pero más adelante puede haber dolor en la pelvis o sangrado vaginal. Suele tomar varios años para que las células normales del cuello uterino se conviertan en células cancerosas.

Factores de Riesgo

Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años
Infección por virus del papiloma humano
Mujeres de 25 a 64 años de edad
Múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer)
Antecedentes de haber padecido enfermedades de transmisión sexual
Tabaquismo
Desnutrición
Deficiencia de antioxidantes
Pacientes con inmuno-deficiencias
Nunca haberse practicado el estudio citológico

FISIOPATOLOGIA

Los virus genitales, pueden causar LSIL o NIC-1 en la zona de transformación del cuello uterino (es la unión entre el epitelio columnar del endocervix y el epitelio escamoso del ectocervix).

Una metaplasia escamosa atípica, inducida por algún virus que se desarrolle en está región, puede progresar a una HSIL, que también se conoce coomo NIC-2 o NIC-3, las verdaderas precursoras del CaCu.

Se da produciendo una replicación continua de células inmaduras y eventualmente la acumulación de anormalidades genéticas que favorecen la malignidad.
Los cánceres cervicales son predominantemente del tipo escamocelular (85-90%); el 10-15% restante corresponde a adenocarcinomas, especialmente los tumores de células claras con la exposición intrauterina al dietilestibestrol (DES). Son más frecuentes en mujeres jóvenes y su incidencia se halla en aumento.

El cáncer cervical comienza con un cambio neoplástico en la unión escamocolumnar. Con el tiempo las células anómalas progresan hasta afectar la totalidad de este epitelio. Estos cambios se denominan neoplasia intraepitelial cervical (NIC).

En los cánceres cervicales es posible observar tres tipos de lesiones:

1. Lesión exofítica: con aspecto de coliflor, fungos, friable, sangra con facilidad, puede ser pequeña o extensa.
2. Lesión ulcerativa necrótica o excavada: la parte superior de la vagina y del cuello es sustituida por una úlcera o un cráter que sangra con facilidad.
3. Lesión endofítica: se presenta en el interior del canal endocervical, no hay tumor o úlcera visible y el cuello aparece duro al tacto.

CUADRO CLINICO

La mayor parte del tiempo, el cáncer cervical inicial es asintomático. Los síntomas que se pueden presentar abarcan:

- Sangrado vaginal anormal entre períodos, después de la relación sexual o después de la menopausia.
- Cualquier sangrado después de la menopausia.
- Flujo vaginal continuo, que puede ser pálido, acuoso, rosado, marrón, con sangre o de olor fétido.
- Períodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal.

Los síntomas del cáncer cervical avanzado pueden ser:

- Dolor de espalda.
- Fracturas óseas.
- Fatiga.
- Sangrado vaginal profuso.
- Fuga o filtración de orina o heces por la vagina.
- Dolor en las piernas.
- Inapetencia.
- Dolor pélvico.
- Inflamación en una sola pierna.
- Pérdida de peso.

DIAGNOSTICO

Los cambios precancerosos del cuello uterino y el cáncer cervical no se pueden ver a simple vista. Se necesitan exámenes y herramientas especiales para descubrir tales enfermedades.

- Las citologías vaginales detectan los precánceres y el cáncer, pero no ofrecen el diagnóstico final.
- Si se encuentran cambios anormales, generalmente se examina el cuello uterino bajo aumento o ampliación microscópica, lo cual se denomina colposcopia. Durante este procedimiento, se extraen fragmentos de tejido en forma quirúrgica (biopsia) y se envían al laboratorio para su análisis.

Otros exámenes pueden abarcar:

- Legrado endocervical (LEC) para examinar la abertura del cuello uterino
- Conización quirúrgica

Si a una mujer se le diagnostica cáncer cervical, el médico ordenará más exámenes para determinar qué tan lejos se ha diseminado dicho cáncer, lo cual se denomina estadificación. Los exámenes pueden abarcar:

- Radiografía del tórax
- Tomografía computarizada
- Cistoscopia
- Pielografía intravenosa (PIV)
- Resonancia magnética

TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser farmacológico (con medicamentos), conservador o bien oncológico…

Cirugía: Conización, crioterapia o ablación mediante láser, histerectomía radical vaginal o abdominal y disección nodal pélvica, exenteración pélvica.

Radioterapia: radiación externa, terapia intracavitaria

Quimioterapia: cisplatina, carboplatino, ciclofosfamida, melfalán, 5-FU, vincristina, metotrexato, hidroxiurea.

COMPLICACIONES

Inmediatas

- Hemorragia
- Sepsis
- Infarto de miocardio
- Accidente vascular cerebral
- Perforación uterina
- Complicación de la anestesia

Posteriores

- Estenosis cervical
- Infertilidad
- Incompetencia cervical
- Aumento en la incidencia de partos prematuros.
- Algunos tipos de cáncer de cuello uterino no responden bien al tratamiento.
- El cáncer puede retornar (reaparecer) después del tratamiento.
- Las mujeres que reciben tratamiento para salvar el útero tienen un alto riesgo de retorno (reaparición) del cáncer.
- La cirugía y la radiación pueden causar problemas con la función sexual, intestinal y vesical.
- Reacciones cutáneas
- Cistitis por radiación aguda
- Embolia pulmonar
- Edema pulmonar
- Infección pélvica

INTERVENIONES Y DIAGANOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad r/c situación actual (CaCu) m/p preocupación

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autocontrol de la ansiedad	Apoyo emocional
Indicador: Eliminar precursores de la ansiedad **Escala:** 1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado	**Actividades:** 1. Comentar la experiencia emocional con el paciente. 2. Abrazar y tocar al paciente para proporcionarle apoyo. 3. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ira, ansiedad o tristeza. 4. Escuchar las expresiones de sentimiento y creencias. 5. Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas habituales a los miedos. 6. Proporcionar apoyo durante la ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. 7. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. 8. Permanecer con el paciente y proporcionar seguridad durante los períodos de más intensidad. 9. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Baja autoestima situacional r/c enfermedad terminal m/p informes verbales de que su situación actual desafía su valía personal.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Modificación psicosocial: Cambio de Vida	Aumentar el afrontamiento

Indicador:

Uso de estrategias de superación efectivas

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
2. Valorar la comprensión de paciente del proceso de la enfermedad.
3. Disponer un ambiente de aceptación.
4. Proporcionar al paciente información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
5. Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
6. Evaluar la capacidad del paciente para la toma de decisiones.
7. Animar al paciente a desarrollar relaciones.
8. Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
9. Explorar los éxitos anteriores del paciente.
10. Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente.
11. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Dolor agudo r/c la invasión de células malignas a órganos vitales m/p conducta expresiva (verbalización, llanto, posiciones, fascias)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel del dolor	Manejo del dolor
Indicador: Duración de los episodios de dolor **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades:** 1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad. Intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. 2. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. 3. Explorar los factores que alivian/empeoran el dolor. 4. Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo. 5. Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas de dolor, tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. 6. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias. 7. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor. 8. Seleccionar y desarrollar medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor. 9. Enseñar los principios de control del dolor. 10. Animar al paciente a vigilar su propio dolor e intervenir en consecuencia.

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Náusea r/c consecuencias del tratamiento (quimioterapia) m/p sensación de vómito.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control de náuseas y vómitos	Manejo de las náuseas

Indicador:

Utiliza medidas preventivas

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Evaluar experiencias pasadas con náuseas.
2. Conseguir un historial dietético donde consten los alimentos que más agradan a la persona, los que no le gustan y las preferencias culturales.
3. Evaluar en impacto de las náuseas sobre la calidad de vida.
4. Identificar factores que pueden causar o contribuir a las náuseas.
5. Controlar los factores ambientales que pueden evocar náuseas.
6. Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas antes, durante y después de la quimioterapia; antes de que se produzcan las náuseas o aumenten, junto con el control de las mismas.
7. Fomentar el descanso y el sueño para facilitar el alivio de las náuseas.
8. Utilizar el higiene bucal para fomentar la comodidad, a menos que esto estimule las náuseas.
9. Enseñar a realizar una alimentación alta en hidratos de carbono y baja en lípidos.
10. Administrar alimentos fríos, líquidos transparentes, sin olor y son color.
11. Ayudar a solicitar y proporcionar apoyo emocional.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

CANCER DE MAMA

CONCEPTO

El cáncer de mama es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse.

ETIOLOGIA

Factores de riesgo;

- edad y genero (mujeres mayores de 50 años)
- antecedentes familiares
- genes (defectos BRCA,BRCA2)
- ciclo menstrual temprano (12 años) y menopausia tardía (50 años)
- consumo de alcohol
- mujeres que nunca han tenido hijos
- obesidad
- no amamantar

FISIOPATOLOGIA

Daño en los lobulillos de la mama, no producción de leche el cáncer carcinoma in situ es el tipo de cáncer que se encuentra confinado en la luz de los conductos o lobulillos glandulares sin invadir tejidos vecinos, carcinoma invasivo proliferan endemasia hasta romper la membrana basal infiltrándose en los tejidos que rodean a los ductos y lobulillos mamarios penetrando el tejido circundante, su distribución es sanguínea y linfático.

CUADRO CLINICO

El cáncer de mama precoz generalmente no causan síntomas; razón por la cual los exámenes regulares de las mamas son importantes, a medida de que el cáncer crece, los síntomas pueden incluir:

- tumoraciones en las axilas que son duras, tienen bordes irregulares y generalmente no duelen
- cambio en el tamaño y textura de las mamas o el pezón por ejemplo se pueden presentar enrojecimiento, agujeros o fruncimientos que luce como cascara de naranja
- secreciones de liquido proveniente del pezón por ejemplo se puede ser sanguinolento, claro o amarillento o verdoso y lucir como pus.

Los síntomas del cáncer de mama avanzado pueden abarcar:

- dolor óseo
- dolor o molestias en las mamas
- ulceras cutáneas
- hinchazón de un brazo (próxima a la mama con cáncer)
- pérdida de peso

DIAGNOSTICO

- examen físico. Ambas mamas, las axilas, área del cuello y tórax
- Resonancia magnética de las mamas. Para ayudar a identificar mejor la tumoración mamaria o evaluar un cambio anormal en una mamografía

- Ecografía de las mamas. Para mostrar si la tumoración es solida o llena de liquido
- Biopsia de mama
- Tomografía computarizada. Para ver si el cáncer de mama se ha diseminado
- Mamografía. Para detectar cáncer de mama o ayudar a identificar la tumoración o protuberancia mamaria
- Biopsia del ganglio linfático. Centinela para ver si el cáncer se ha diseminado

Los estadios o faces del cáncer de mama van del 0 al 4 cuanto más alto sea el numero del estadio, más avanzado esta el cáncer.

TRATAMIENTO

- Fármacos quimioterapéuticos para destruir las células cancerosas
- Radioterapia para destruir el tejido canceroso
- Cirugía para extraer el tejido canceroso
- Tumorectomia para la extirpar la tumoración mamaria
- Mastectomía para extirpar toda la mama o parte de ella y posiblemente las estructuras aledañas
- Hormonoterapia bloquean la producción de estrógenos

Estadio 0. Radiación y mastectomía

Estadio I y II. Radiación, mastectomía extirpación de ganglios, quimioterapia

Estadio III. Cirugía posible, quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica

Estadio IV. Cirugía, radiación, quimioterapia

COMPLICACIONES

- Radioterapia causa hinchazón temporal de la mama así como dolencia y dolores alrededor del área
- Imagen corporal
- Metástasis
- Quimioterapia causa la caída del pelo
- Anemia
- Sangrado de la encías

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad r/c su enfermedad (cáncer de mama) m/p angustia, preocupación creciente, incertidumbre, inquietud

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Aceptación: estado de salud	Disminución de la ansiedad

Indicador:

Se adapta al cambio en el estado de salud

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3=A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
2. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que han de experimentar durante el procedimiento
3. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronostico
4. Proporcionar objetos que simbolicen seguridad
5. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
6. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tenciones
7. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipítenla ansiedad
8. Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina
9. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Deterioro de la integridad cutánea r/c la proliferación de células malignas en la mama izquierda o derecha m/p deformación de la mama y/o el pezón

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Vigilancia de la piel
Indicador: Integridad de la piel **Escala:** 1= Gravemente comprometido 2= Sustancialmente comprometido 3= Moderadamente comprometido 4= Levemente comprometido 5= No comprometido	**Actividades:** 1. Observar si hay enrojecimiento, color extremo, enema o drenaje en la piel 2. Observar su color, calor, pulso, textura y si hay inflamación, edema y ulceración 3. Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de la integridad de la piel (p. ej; escala de Braden) 4. Vigilar color y temperatura de la piel 5. Observar si hay zonas de descoloración y mallugaduras en la piel y perdida de la integridad 6. Observar si hay erupciones o abrasiones en la piel 7. Observar si hay zonas de presión y fricción 8. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Trastorno de la imagen corporal r/c consecuencias del tratamiento (mastectomía) m/p verbalización de sentimientos que refleja una alteración de la visión del propio cuerpo (p.ej., aspecto, estructura, función)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Imagen corporal	Potenciación de la imagen corporal
Indicador: Adaptación a cambios en el aspecto físico **Escala:** 1= Nunca positivo 2= Raramente positivo 3= A veces positivo 4= Frecuentemente positivo 5= Siempre positivo	**Actividades:** 1. Utilizar una guía previsora en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles 2. Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la cirugía 3. ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía persona 4. Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la mastectomía 5. Utilizar dibujos de sí mismo como mecanismo de evaluación de las percepciones de la imagen corporal 6. Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Náusea r/c consecuencias del tratamiento (quimioterapia) m/p sensación de vomito

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control de nauseas y vómitos	Manejo de las náuseas

Indicador:

Informa de nauseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados.

Escala:

1=Nunca demostrado

2=Raramente demostrado

3=A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Observar el aprendizaje de estrategias para controlar las nauseas
2. Realizar una valoración completa de las nauseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes.
3. Evaluar experiencias pasadas con nauseas
4. Conseguir un historial dietético donde consten los alimentos que mas agraden a la persona, los que no le gustan y las preferencias culturales
5. Evaluar el impacto de las nauseas sobre la calidad vida (p. ej; apetito, actividad, desempeño laboral, responsabilidad y sueño)
6. Controlar los factores ambientales que pueden evocar nauseas (p. ej; malos olores, ruidos, estimulación visual desagradable)
7. Identificar estrategias exitosas en el alivio de las nauseas
8. Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las nauseas
9. Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la persona con nauseas
10. Administrar alimentos fríos, líquidos transparentes, sin olor y sin color, según sea conveniente.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

ABORTO (amenaza de aborto, en evolución, provocado, inevitable, séptico, habitual, huevo muerto, incompleto y completo)

CONCEPTO

Es la interrupción del embarazo o pérdida del producto de la concepción con menos de 20 semanas de gestación y con peso aproximado de 500 gramos.

ETIOLOGIA

-Las causas se asocian con un defecto del embrión o trofoblasto que serian incompatible con la vida o que podría dar lugar a un niño mal formado (errores cromosómicos)
-Las infecciones agudas graves (neumonía, pielitis, fiebre tifoidea)
-Las afecciones endocrinas que alteran los niveles de progesterona y estrógeno que producen recubrimiento del endometrio uterino.
-Anomalías del aparato reproductivo de la madre (cérvix corto congénito, malformaciones uterinas, etc.)
-Causas ovulares (implantación anormal del cordón umbilical, anomalías placentarias)
-Infecciones uterinas.
-Infecciones urinarias.

Tipos de aborto:

Aborto espontaneo: Es la pérdida espontanea de un feto antes de la semana 20 del embarazo, es el aborto natural y se refiere a los hechos que ocurren naturalmente.

Aborto consumado: Todos los productos de la concepción salen del cuerpo.

Aborto incompleto: Partes del feto o del material placentario permanecen dentro del útero.

Aborto completo: El cual todo el feto y la placenta han salido del útero antes de la semana 20.

Aborto inevitable: Es en el que no se pueden detener los síntomas de aborto, puede ser cuando hay RPM y perdida del liquido amniótico, puede o no existir contracción uterina y no existe modificación cervical.

Aborto séptico: El revestimiento del útero o cualquier producto de la concepción resultan infectados, cuando resulta una infección en el material fetal o placentario.
Aborto diferido o huevo muerto retenido: Muerte del embrión sin que exista la expulsión del mismo durante 2 meses, clínicamente se detiene el crecimiento uterino, disminuye el volumen de la gestación, no hay movimientos fetales.

Aborto en evolución: Es aquel en el cual ya se ha establecido un trabajo de parto en el útero que ha sido capaz de modificar el cuello, produciendo su borramiento y dilatación, este aborto ya no puede evitarse es consecutivo de la amenaza de aborto con mayor intensidad en dolor y sangrado.

Aborto habitual: Se define como la concurrencia de 3 o más abortos consecutivos por la cual una de sus causas puede ser: Alteraciones cromosómicas, malformaciones fetales, incompatibilidad Rh, anomalías uterinas, etc.

Aborto provocado: Cuando existe la voluntad de hacer el hecho de extraer el contenido embrionario del útero.

FISIOPATOLIGIA

-Varía de acuerdo al tipo de aborto y a la edad gestacional
-La placenta se separa de la pared uterina por anomalías de implantación de la misma.
-Cambios en el cuello por dilatación total por la producción excesiva de hormonas
-Por una infección se rompen las membranas y sale líquido amniótico y provoca la muerte del feto y por consiguiente se presenta el aborto.

CUADRO CLINICO

-Sangrado vaginal -Expulsión de tejidos ovulares.
-Dolor cólico en parte baja del abdomen.
-Hemorragia por la separación del cigoto de su unión con el útero
-Calambres pélvicos. -Sangrado de más de 3 días
-Taquicardia -Fiebre. -Palidez.

DIAGNOSTICO

-Examen físico para determinar la causa de la hemorragia vaginal, se examina la vagina y el cérvix.
-Utilizar técnicas de ultrasonido para diferenciar los fetos vivos de los muertos
-Exámenes de laboratorio para verificar factor Rh, grupo sanguíneo, niveles de Hormona de Gonadotrofina Corionica,
-Ecografía para revisar a detalle el abdomen por si tiene mola o presenta embarazo ectópico.

TRATAMIENTO

-Reposo en cama y abstinencia sexual.
-Considerar transfusión (paquete globular, sangre fresca total)
-Legrado uterino convencional.
-Progesterona. –oxitocina.
–misoprostol.

COMPLICACIONES

-Infecciones. -Embolia gaseosa. -Perforación uterina.
-Laceraciones o desgarros del cuello uterino. -Lesiones de vejiga.
-Infertilidad. -Muerte materna.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Déficit de volumen sanguíneo r/c probable perdida del producto (por caída de la madre) m/p sangrado activo vía vaginal.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Severidad de la pérdida de sangre.	Cuidados por cese de embarazo.
Indicador: Sangrado vaginal. **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades**: 11. Preparar física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento de aborto. 12. Proporcionar los analgésicos o antieméticos prescritos. 13. Pesar la perdida sanguínea. 14. Vigilar signos vitales. 15. Observar si hay signos de shock. 16. Informar sobre los procedimientos (raspado de succión, evacuación uterina, etc.) 17. Enseñar a la paciente los cuidados postaborto y el control de los efectos secundarios. 18. Animar al ser querido a que apoye a la paciente antes, durante y después del aborto. 19. Administrar productos sanguíneos. 20. Poner en marcha una segunda línea i.v. para administrar líquidos.

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Alteración hemodinámica r/c perdida de volumen sanguíneo m/p presión arterial baja (70/50 mmHg)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Estado de los signos vitales.	Regulación hemodinámica.

Indicador:

Presión arterial sistólica y diastólica.

Escala:

1= Desviación grave del rango normal

2= Desviación Sustancial del rango normal

3= Desviación Moderado del rango normal

4= Desviación Leve del rango normal

5= Sin desviación del rango normal

Actividades:

11. Reconocer la presencia de alteraciones en la presión sanguínea.
12. Comprobar y registrar la frecuencia y el ritmo cardiacos y los pulsos.
13. Vigilar los niveles de electrolitos.
14. Mantener el equilibrio de líquidos administrados, líquidos i.v o diuréticos según sea el caso.
15. Monitorizar la presión arterial y la presión venosa central.
16. Colocar el posición de Trendelenburg, cuando se precise
17. Monitorizar la presión sanguínea después de que el paciente tome medicamentos prescritos, si es posible.
18. Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos y comparar, si procede.
19. Observar si hay llenado capilar normal.
20. Controlar la presión sanguínea, pulso y respiraciones antes, durante y después de las actividades para el cese de la perdida sanguínea.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Baja autoestima situacional r/c fracaso en su embarazo (por anomalías uterinas) m/p informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autoestima.	Potenciación de la autoestima.
Indicador: Verbalizaciones de autoaceptación. **Escala:** 1= Nunca positivo 2= Raramente positivo 3= A veces positivo 4= Frecuentemente positivo 5= Siempre positivo	**Actividades:** 11. Observar las frases del paciente sobre su propia valía. 12. Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. 13. Animar a la paciente a identificar sus virtudes. 14. Reafirmar las virtudes personales que identifique en el paciente. 15. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. 16. Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos o alternativas. 17. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. 18. Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente. 19. Observar los niveles de autoestima. 20. Brindarle apoyo emocional

EVALUACION

f e c h a						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Afrontamiento ineficaz r/c situación actual m/p verbaliza expresiones de no saber cómo manejar su situación, de cómo va a reaccionar o superar el acontecimiento de haber perdido su embarazo.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Afrontamiento del problema.	Aumentar el afrontamiento.
Indicador: Afronta su problema. **Escala:** 1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado	**Actividades:** 12. Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. 13. Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación. 14. Disponer un ambiente de aceptación. 15. Ayudar al paciente a realizar una valoración objetiva del acontecimiento. 16. Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. 17. Utilizar un lenguaje sencillo concreto y exacto durante el contacto con el paciente cognitivamente alterado. 18. Fomentar el dominio gradual de la situación. 19. Animar al paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros. 20. Favorecer situaciones que fomenten la autoestima del paciente. 21. Estar a un lado del paciente escuchando sus sentimientos. 22. Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

DISTOCIAS EN EL PARTO (óseas, de partes blandas y dinámicas)

DISTOCIAS OSEAS

CONCEPTO

Son anomalías en el tamaño o características del canal del parto que presentan una dificultad para el descenso del feto pueden ser de origen congénito o adquirido.

ETIOLOGIA

Estenosis del estrecho superior: Cuando el diámetro antero posterior es de 10 centímetros o menos y el diámetro transversal es menor a 12 centímetros.

- **Estenosis de la excavación o estrecho medio:** Cuando el diámetro interespinoso desciende por debajo de 9,5 centímetros o cuando la suma de los diámetros biisquiáticos y sagitales posteriores, normalmente de 15.5 centímetros, se encuentra por debajo de los 13,5 centímetros.
- **Estenosis del estrecho inferior:** Cuando disminuye el diámetro intertuberoso a 8 centímetros o menos.

FISIOPATOLOGIA

Cualquier disminución de los diámetros, independientemente del tipo de pelvis, puede causar distocia pélvica tienen mucha mayor importancia los diámetros pélvicos en los tres planos (superior, medio e inferior), que la forma de la pelvis debido a alteraciones de los diámetros de los estrechos superior o/y estrecho inferior y/o de la excavación.

CUADRO CLINICO

- Mayor altura uterina de la edad gestacional
- Dificultad de la flexión cabeza fetal
- Cabeza descendiente pero no puede rotar(detención del desenso con anomalías en la posición fetal)
- Disfunción uterina(parto prolongado y/o hipodinamia o hiperdinamia uterina, ruptura uterina)

DIAGNOSTICO

- Inspección: puede ser atravez de morfotipo (enanismo o raquitismo) o rombo de michaelis.
- Palpación abdominal: palpación mesuradora de pinard
- Palpación abdominovaginal:maniobra de muller
- Polimetría: Interna (el tacto ,medición de la conjugación diagonal), Externa (el uso del compas)
- Por la imagen: Radiológica , Ecografia y Tac

- Valoración pélvica materna: tamaño, conformación y diámetros (pelvis de tipo ginecoide).

TRATAMIENTO

Métodos extractores (cesárea).

COMPLICACIONES FETALES

Lesiones traumáticas (caput, fracturas, hematomas, hemorragia intracraneal, etc.), hipoxia y sufrimiento fetal, trastornos neurológicos a largo plazo, Prolapso de cordón umbilical, muerte.

COMPLICACIONES MATERNAS

Rotura uterina, Fistula ùtero-vesicales, fracturas óseas, agotamiento materno, Desgarros del canal blando del parto, Mayor pérdida sanguínea materna, Infección puerperal, por los tactos repetidos a lolargo de un parto prolongado, Otras: Rotura prematura de membranas, gestación prolongada, mal situaciones fetales, muerte, etc.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

DISTOCIAS DE PARTES BLANDAS

CONCEPTO

El canal blando del parto es el conjunto de estructuras no óseas por donde debe pasar el feto al salir al exterior. Sirve de protección frente al canal óseo y está formado por cuello uterino. Vagina y la desembocadura de esta vulva. Estos órganos deben distenderse para permitir el paso del feto, de forma que una anomalía de cualquiera de ellos puede ocasionar una alteración en el curso del parto.

ETIOLIOGIA

Las causas que originan la aparición de una distocia del canal blando del parto pueden tener su origen en cualquiera de sus componentes, así como en sus elementos extrínsecos y se pueden agrupar en:

a) Útero y tumoraciones pélvicas:
- Malformaciones uterinas.
- Anteflexión/retroflexión uterinas forzadas.
- Miomas.
- Tumores ováricos/paraováricos.
- Riñón pélvico.
- Cicatrices uterinas previas: Cesáreas, miomectomías, metroplastias.

b) Cuello uterino: Su dilatación puede estar dificultada por:
- Malformaciones e hipoplasia (estenosis).
- Distopias cervicales.
- Estenosis cicatriciales: Secundarias a suturas (cerclajes) o intervenciones (conización, traquelorrafias,
- amputaciones).
- Tumores benignos o malignos.

c) Vagina:
- Malformaciones: Tabiques, sobretodo los transversales de situación alta.
- Estenosis vaginal:
- Congénita.
- Adquirida: Suturas, cirugía, cauterizaciones, lesiones por cáusticos, etc.
- Tumores.

d) Vulva:
- Grandes malformaciones y estenosis.
- Tumores mixtos vulvovaginales: Especialmente los condilomas acuminados.

e) Distocias fetales
- Macrosomía fetal :(≥4500 g, ó 4000 g para otros)
- Genera distocia de hombros.
- Macrosomías fetales localizadas
    - Cabeza
    - Cervicales
    - Tronculares

- Duplicidad fetal.
- Monstruos dobles

FISIOPATOLOGIA

Las causas que originan la aparición de una distocia del canal blando del parto pueden pueden actuar produciendo un fenómeno obstructivo o una alteración en la distensión de los órganos que forman el canal blando durante el parto. Imposibilando en ocasiones el parto vaginal.

CUADRO CLINICO

Alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal (sufrimiento fetal)
Dolor intenso en el canal de parto.
Dependiendo de la causa materna que origina la distocia puede haber obstrucción del canal de parto.
Puede haber hemorragias.
Alteración de los valores normales de los signos vitales.
Signos de infección si el parto es prolongado.

DIAGNOSTICO

Revisión de la historia clínica para buscar si hay presencia cualquier causa que pueda originar una distocia en el canal blando.
Anamnesis.
Palpación abdominal.
Exploración vaginal.
Ultrasonografía.
Ecografía.
Cardiotocografia.

TRATAMIENTO

(Preventivo)Tratamiento para el padecimiento de la causa de la distocia.
Si se trata de un tumor previo y es extirpable se hará una exégesis quirúrgica durante el embarazo.
Manejo de cesárea

COMPLICACIONES
Agotamiento materno.
Desgarros del canal blando del parto.
Mayor pérdida sanguínea materna.
Hemorragia.
Hipoxia y sufrimiento fetal

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

DISTOCIAS DINAMICAS

CONCEPTO

Las distocias dinámicas son aquéllas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación. De las cual se clasifican en dos tipos: Hipodinamia e hiperdinamia.

Hipodinamia: Las hipodinamias es un tipo de alteraciones de la dinámicas uterinas caracterizada por una disminución de la frecuencia, intensidad o del tono basal del útero. Las hipodinamias pueden ser primarias cuando el útero nunca llega a contraerse normalmente. Las hipodinamias secundarias ocurren cuando, una vez iniciadas las contracciones uterinas normales y por razón de algún impedimento en el mecanismo del parto, generalmente cansancio del miometrio, se altera la dinámica uterina.

ETIOLOGIA

- Desarrollo insuficiente del músculo uterino
- Patología del miometrio
- Sobre distensión uterina
- Trabajo de parto prolongad Anestesia
- Agotamiento y fatiga
- Posición materna.
- Factores miogénicos (intrínsecos)
    - Despolarización inadecuada
    - Trastornos inónico (Ca, Mg)
    - Trastornos en la inervación
    - Alteraciones en los receptores
    - Falta de propagación de la onda contráctil
    - Alteraciones de las uniones GAP
    - Alteraciones en el gradiente de contracción

- Factores neurogénicos (inervación)

    - Disminución del impuso excitador
    - Aumento del impulso inhibidor
    - Incoordinación entre ambos sistemas

- Factores hormonales

    - Proporción de estrógenos/progesterona inadecuada
    - Alteraciones en los receptores hormonales
    - Alteración en las uniones GAP de origen endócrino
    - Alteración en el metabolismo de las prostaglandinas.

FISIOPATOLOGIA

Usualmente la actividad insuficiente la actividad insuficiente del musculo uterino, origina retraso o detención del progreso del parto.

CUADRO CLINICO

Duración de la contracción: 10 a 15 segundos
Intensidad Menos de 20 mmHg
Frecuencia: menos de 2 contracciones en 10 minutos.
Desde el comienzo de la contracciones son débiles breves y espaciadas, útero blando a la palpación, duración de las contracciones de 15 a 20 min. El tacto vaginal confirma la débil actividad uterina.

DIAGNOSTICO

Percepción de la gestante
Palpación uterina
Toco grafía externa e interna
Curva de dilatación cervical.

TRATAMIENTO

Rehidratación
Adm.de solución energética
Descartar desproporción pelvi fetal.
Primitiva: se trata con oxitócica y prostaglandinas (PGE-2)
Secundaria: reposo temporal al útero con la administración de uteroparalizantes o espasmolíticos, glucosa isotónica y vitamina B1 (disminuye la formación de lactato y piruvato en el músculo uterino).

COMPLICACIONES:

Mayor mortalidad y morbilidad, incluyendo dolor, daños de algunos órganos, trastornos de la fertilidad, infecciones, trombosis, coágulos, anemias y las secuelas que por lo general acompañan a las transfusiones sanguíneas. Hipoxia y parto precipitado, ruptura uterina, abruptito placentario, hipodinamia hipotónica y atonía post parto. Prolongación o detención del trabajo de parto, fatiga y ansiedad materna, aumento del riesgo de infección y alteraciones en el alumbramiento

Hiperdinamia: Las distocias por hiperdinamias se caracterizan por una dinámica uterina en exceso e inefectiva, lo que conlleva a un parto prolongado. Éstas también son de tipo primarias y secundarias

ETIOLOGIA

- Mayor excitabilidad uterina
- Aumento de la secreción o administración de oxitocina
- Contracción vigorosa del miometrio.
- Factores miogénicos (intrínsecos)
- Despolarización inadecuada
- Trastornos inónico (Ca, Mg)
- Trastornos en la inervación
- Alteraciones en los receptores
- Falta de propagación de la onda contráctil
- Alteraciones de las uniones GAP
- Alteraciones en el gradiente de contracción
- Factores neurogénicos (inervación)
- Disminución del impuso excitador

- Aumento del impulso inhibidor
- Incoordinación entre ambos sistemas
- Factores hormonales
- Proporción de estrógenos/progesterona inadecuada
- Alteraciones en los receptores hormonales
- Alteración en las uniones GAP de origen endócrino
- Alteración en el metabolismo de las prostaglandinas.

FISIOPATOLGIA

Usualmente la actividad insuficiente la actividad insuficiente del musculo uterino, origina en menor frecuencia aumento súbito de la actividad uterina, dando como resultado un parto rápido o precipitado.

CUADRO CLINICO

- Duración de la contracción mayor de 70 segundos
- Intensidad Mayor de 50 mmHg
- Tono uterino: Bueno.
- FCF irregular y bradicardias.
- Dolores intensos casi continuos y prolongados,

Debe diferenciarse del tétanos uterino ya que en este el útero permanece duro y lechoso con una hipertonía generalizada y de la retracción porque en ella el útero permanece duro.

DIAGNOSTICO

- Exploración vaginal
- Auscultación
- Exploración radiológica tomografía computarizada
- Ecografía.
- Curva de dilatación cervical.

TRATAMIENTO

Mantener al apaciente en decúbito lateral.
Interrupción de fármaco en iatrogenia.
Eventual cesárea
Sedación
Anestesia general.

COMPLICACIONES.

Daños de algunos órganos, trastornos de la fertilidad, infecciones, trombosis, coágulos, anemias y las secuelas que por lo general acompañan a las transfusiones sanguíneas, parto precipitado y rotura uterina..

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Temor r/c situación actual (distocias por estrechez pélvica) m/p miedo a que el bebe le suceda algo durante el nacimiento.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autocontrol del miedo	Disminución del miedo

Indicador:

Refiere aumento de la duración entre episodios.

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado.

3= A veces demostrado.

4= Frecuentemente demostrado.

5= Siempre demostrado.

Actividades:

1. Escuchar con atención al paciente.
2. Crear un ambiente que facilite la confianza.
3. Dar apoyo emocional.
4. Establecer actividades recreativas encaminadas a reducir el miedo.
5. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
6. Proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico.
7. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
8. Administrar medicamentos que reduzcan el miedo
9. Observar si hay signos verbales y no verbales de miedo.
10. Dar apoyo psicológico

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Infección r/c Ruptura Prematura de Membranas mayor a 10 horas m/p temperatura.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control de la infección.	Control de la infección

Indicador:

Reconoce signos y síntomas de la infección

Escala:

1= Ningún conocimiento

2= Conocimiento escaso.

3= Conocimiento moderado.

4= Conocimiento Sustancial.

5= Conocimiento Extenso.

Actividades:

1. Toma registro y interpretación de signos vitales.
2. Aislar a la persona expuesta a enfermedades transmisibles.
3. Enseñar a la paciente acerca de la técnica correcta de lavado de manos.
4. Lavarse las manos antes y después de cada procedimiento realizado al paciente.
5. Usar guantes al realizar cualquier procedimiento.
6. Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de venoclisis.
7. Enseñar al paciente y a los familiares acerca de los signos y síntomas de la infección.
8. Obtener un cultivo urinario (para identificar el microorganismo casual)
9. Administrar medicamentos (Antibióticos ejemplo: Amoxilina 500 mg c/8 h , Eritromicina 500 mg VO c/6 h)
10. Hidratación de vía intravenosa.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Deterioro de la integridad tisular del recién nacido r/c parto difícil por desproporción cefalopélvica m/p área de tejido edematoso con límites muy marcados (cefalohematoma).

RESULTADO (NOC): Integridad tisular piel	**INTERVENCION (NIC):** Vigilancia de la piel
Indicador: Piel intacta **Escala:** 1= Gravemente comprometido 2= Sustancialmente comprometido 3= Moderadamente comprometido 4= Levemente comprometido 5= No comprometido	**Actividades:** 1. Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones. 2. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel. 3. Observar si hay enrojecimiento y perdida de la integridad tisular. 4. Observar si hay zonas de presión y fricción 5. Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas 6. Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel. 7. Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. 8. Observar si el gorro queda ajustado. 9. Vigilar el color de la piel. 10. Comprobar la temperatura de la piel. 11. Tomar nota de los cambios en la piel. 12. Instruir al miembro de familia sobre el problema y acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Impotencia r/c situación actual (parto prolongado) m/p expresiones de insatisfacción por la incapacidad de control sobre la situación.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Guía de anticipación	Creencias sobre la salud: percepción de recursos.

Indicador:
Apoyo percibido del personal sanitario

Escala:

1= Muy débil.

2= Débil.

3= Moderado.

4= Intenso.

5= Muy intenso.

Actividades:

1. Proporcionar información sobre expectativas realistas relacionadas con el comportamiento del paciente.
2. Determinar los métodos de solución de problemas habituales.
3. Ayudar al paciente a decidir la forma de resolver los problemas.
4. Utilizar ejemplos de casos que potencien la habilidad del paciente para solucionar problemas.
5. Ayudar al paciente a identificar los recursos y opciones disponibles.
6. Establecer los factores y situaciones que desencadena momentos de crisis.
7. Ayudar a implementar estrategias para enfocar la atención en otras aspectos.
8. Implementar técnicas respiratorias para la relajación y la oxigenación.,
9. Proporcionar información sobre la situación
10. Crear un ambiente que propicie confianza.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de TCE r/c procedimiento invasivo (aplicación de fórceps)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Conocimiento: seguridad física infantil	Terapia del trauma: niño
Indicador: Actividades apropiadas para el nivel de desarrollo del neonato. **Escala:** 1= Ningún conocimiento 2= Conocimiento escaso 3= Conocimiento moderado 4= Conocimiento sustancial 5= Conocimiento extenso	**Actividades:** 1. Enseñar técnicas específicas de control del estrés antes de la exploración del trauma para establecer el sentido de control sobre los pensamientos y sentimientos. 2. Explorar el trauma y le significado par el niño. 3. Utilizar procedimientos de relajación. 4. Implicar a los padres o a cuidadores adecuados en la terapia si procede. 5. Ayudar a los padres a resolver su propio distres emocional sobre el trauma. 6. Explorar y corregir suposiciones inadecuadas sobre el traumatismo. 7. Ayudar la niño ha establecer un sentido de seguridad y de predicción en su vida. 8. Mantener monitorizado al niño para evitar otras posibles complicaciones. 9. Administración de medicamentos. Si procede. 10. 10. Instalar venoclisis.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad r/c falta de conocimiento sobre el trabajo de parto m/p expresión verbales de preocupación de parto prolongado.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel de ansiedad	Disminución de la ansiedad

Indicador:

inquietud

Escala:

1= grave

2= sustancial

3= moderado

4= leve

5= ninguno

Actividades:

1. Utilizar un enfoque sereno de relajación.
2. Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
3. Explicarle todos y cada uno de los procedimientos.
4. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
5. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
6. Administrar masajes en la espalda, cuello. Si procede.
7. Escuchar con atención al paciente.
8. Crear un ambiente que facilite la confianza.
9. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
10. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
11. Administra medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están preinscritos.
12. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

SEPSIS PUERPERAL

CONCEPTO

Es un proceso infeccioso septicémico y grave con invasión directa de microorganismos patógenos que afecta al organismo de la mujer después de los 42 días tras un parto, aborto y cesárea.

ETIOLOGIA

Esta causada por gérmenes como el Streptococcus agalactiae, o Escherichia coli que colonizan e infectan el tracto genitourinario durante la expulsión del feto. Factores de riesgo; trabajo de parto prolongado, exploraciones vaginales múltiples, parto instrumentado, retención de restos placentarios.

FISIOPATOLOGIA

Con la invasión del endometrio debido a la contaminación de la cavidad uterina la infección se extiende a la circulación linfática y al torrente sanguíneo.

CUADRO CLINICO

Malestar general, dolor abdominal, palidez, oliguria, taquicardia, frialdad cutánea, hipertermia 39º C, hipotensión <90/60, leucocitosis >15.000, ansiedad, nausea, vomito, temor.

DIAGNOSTICO

Realizar urocultivo, hemocultivo, EGO, BHC, grupo y Rh, antibiograma de exudados vaginales, ultrasonido y radiografía de tórax y abdomen.

TRATAMIENTO

Metronidazol 500mg IV c/8 hrs. por 7 a 10 días. Clindamicina 600mg IV c/6 hrs. + gentamicina 240 mg IV c/24 hrs. Ampicilina 2gr IV c/4 hrs. Cefotaxima 1g EV c/8 hrs. Antipireticos como paracetamol o metamizol. Laparotomia y lavado.

COMPLICACIONES

Endometritis, salpingitis, absceso pélvico, peritonitis generalizada, septicemia, tromboflebitis, infertilidad, perdida del útero o matriz, incapacidad para amamantar, insuficiencia renal, coagulacion intravascular diseminada, daño moral y muerte.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Vease planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Temor r/c amenaza en el estado de salud (sepsis puerperal) m/p expresiones de miedo ala muerte.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autocontrol de miedo	Apoyo emocional

Indicador:

Busca información para reducir el miedo

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado *

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado **

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Establecer relación terapéutica basada en confianza y respeto.
2. Proporcionar información objetiva.
3. Favorecer la expresión de sentimientos.
4. Ayudar a la paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos.
5. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
6. Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta a los miedos.
7. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de temor.
8. Animar ala paciente a que exprese sus sentimientos.
9. Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de miedo.
10. Desaconsejar la toma de decisiones cuando la paciente se encuentre bajo un estrés severo.

EVALUACION

fecha	30 08 11	31 08 11	01 09 11	02 09 11	
Lk	2	2	3	4	

Evaluación inicial: Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad r/c padecimiento actual (sepsis puerperal) m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel de ansiedad	Disminución de la ansiedad

Indicador:

Ansiedad verbalizada

Escala:

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderada

4= Leve

5= Ninguno

Actividades:

1. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
2. Explicar todos los procedimientos.
3. Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
4. Escuchar con atención.
5. Crear un ambiente que facilite la confianza.
6. Animar ala manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
7. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
8. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
9. Ayudar al paciente a identificar la situación que precipita la ansiedad.
10. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

EVALUACION

fecha	17 08 11	18 08 11	19 08 11	20 08 11	21 08 11
Lk	2	3	3	4	5

Evaluación inicial: Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Hipertermia r/c proliferación de bacterias E. coli en cavidad uterina m/p aumento de la temperatura 39ºC

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Termorregulación	Regulación de la temperatura

Indicador:

Temperatura cutánea aumentada

Escala:

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

Actividades:

1. Comprobar la temperatura al menos cada dos horas
2. Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura.
3. Observar periódicamente el color, la temperatura y humedad de la piel.
4. Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
5. Utilizar un colchón térmico y mantas caliente para ajustar la temperatura corporal alterada.
6. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
7. Administrar la medicación adecuada (antipiréticos).
8. Utilizar colchón refrigerante y baños tibios para ajustar la temperatura corporal.
9. Aplicar medios físicos.

EVALUACION

fecha	14 09 11	15 09 11	16 09 11	17 09 11	18 09 11
Lk	1	2	2	3	5

Evaluación inicial: . Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Infección r/c presencia de restos placentarios en cavidad uterina m/p temperatura mayor a lo normal 39ºC y loquios fétidos.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Conocimiento: control de la infección	Control de infecciones
Indicador: Descripción de actividades para aumentar la resistencia ala infección **Escala:** 1= Ninguno 2= Escaso 3= Moderado 4= Sustancial 5= Extenso	**Actividades:** 1. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. 2. Mantener las normas de asepsia apara el paciente. 3. Instruir ala paciente a cerca de las técnicas correctas de lavado de manos. 4. Usar guantes estériles. 5. Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. 6. Mantener un ambiente aséptico óptimo. 7. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. 8. Fomentar una ingesta nutricional adecuada 9. Fomentar la ingesta de líquidos. 10. Fomentar el reposo. 11. Administrar terapia de antibióticos.

EVALUACION

fecha	25 09 11	26 09 11	27 09 11	28 09 11	29 09 11
Lk	1	2	2	3	4

Evaluación inicial: Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (sífilis, gonorrea, virus del papiloma humano, condilomatosis y sida)

SIFILIS

CONCEPTO

La sífilis es una compleja enfermedad sistémica, con proteiformes manifestaciones clínicas, causada por la espiroqueta Treponema pallidum (TP). Su forma más frecuente de transmisión es por contacto sexual, y a diferencia de otras enfermedades de transmisión sexual, no se diagnostica por el aislamiento e identificación del germen etiológico.

ETIOLOGIA

La sífilis es causada por el Treponema pallidum spp. pallidum (TP), que desciende de la familia de las Spirochaetaceae, anaerobio estricto, que por sus características microbiológicas específicas no ha logrado cultivarse in vitro ni diferenciarse por marcadores inmunológicos, estructurales o metabólicos, de los treponemas no patógenos que se han aislado de la cavidad oral y vagina. Se multiplica por fisión en un período de 33 horas, y su poder patógeno es por invasividad e hipersensibilidad tipo III y IV.

FISIOPATOLOGIA

El treponema accede al huésped a través de lesiones cutáneas o mucosas desarrollando en unas 3 semanas un chancro y linfadenopatía local. Esta es la lesión primaria que desaparece entre 2-6 semanas. Tras curar el chancro, entre las 6-12 semanas se produce una espiroquetemia con linfadenopatías y rash cutáneo generalizados: esto es el estadio secundario que resuelve espontáneamente en 4 semanas y puede recurrir en dos años en el 25% de casos; en esta fase el treponema invade el tejido nervioso hasta en el 50 % de casos no tratados. Después se entra en el estadio latente durante el que pueden ocurrir recurrencias del secundarismo y unos pocos enfermos sufrirán la fase tardía o terciaria que se comporta como una endarteritis obliterante dando lugar a lesiones cardiovasculares y neurales.. En algunos casos se establece una infección latente asintomática durante años antes de aparecer los síntomas neurológicos. Esta conducta es uno de los aspectos peor comprendidos de esta enfermedad.

CUADRO CLINICO

Sífilis Primaria. Consta del chancro y la adenopatía satélite. El chancro primario clásico consiste en una erosión ovalada, húmeda, de 1 a 2 cm de diámetro, bordes netos, fondo limpio, indurado e indoloro. En la mujer, la localización más frecuente son los genitales externos, luego el cervix, periné, boca y canal anal. Las lesiones atípicas dependen del estado inmunitario, del tamaño del inóculo, de antibióticoterapia intercurrente y de infección secundaria de la lesión.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con lesiones traumáticas sobre infectadas, herpes genital, linfogranuloma venéreo y chancro blando. La adenopatía regional aparece

con posterioridad a la lesión primaria y se mantiene por meses, es unilateral, con un ganglio principal rodeado de otros pequeños (pléyade); son duros, indoloros y no supuran (diagnóstico diferencial con Linfogranuloma venéreo y Chancro blando).

Sífilis Secundaria. O diseminada, ocupa un lugar en la historia de la medicina como "la gran simuladora". Las lesiones clásicas ocurren en la piel y no son pruriginosas: máculas, pápulas, maculopápulas, y pústulas (no hay vesículas). Cualquier región del cuerpo puede comprometerse, siendo la afección de palmas y plantas lo que sugiere el diagnóstico. En zonas húmedas y calientes como la vulva, ano, cara interna de muslos y pliegues intermamarios, estas lesiones confluyen y se erosionan transformándose en condilomas planos con gran poder infectante y que se observan en un 10% de la población con LS. En las mucosas (vagina, boca) se producen erosiones superficiales llamadas placas mucosas (10 a 15%). Ambas lesiones son indoloras a menos que se sobreinfecten. En el compromiso sistémico, destaca el SNC (30 a 40% por LCR después del año de contagio), lo que determina la división del régimen terapéutico a este nivel de evolución de la enfermedad. Pueden comprometerse también el sistema linfático, pelo, hígado, ojos, huesos y articulaciones. Durante las recaídas, los condilomas planos y las lesiones cutáneas infiltradas son especialmente frecuentes.

Sífilis Terciaria. Descrita.

Sífilis Congénita o Prenatal. El curso de la enfermedad no es modificado por el embarazo pero su presencia en el contexto de embarazo constituye una emergencia médica. La ausencia de diagnóstico y tratamiento en una paciente con serología positiva es desastrosa para el feto. El paso del TP al feto puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, pero el daño se produce después del 4 mes, coincidiendo con el inicio de la respuesta inmune fetal.

El riesgo de infección fetal en la enfermedad reciente es de 75 a 95%, estabilizándose después de dos años a 30% por todo el tiempo que evolucione la enfermedad. El resultado de esta infección en madres no tratadas es: aborto del trimestre medio, mortinatos, muerte neonatal y el cuadro específico de sífilis congénita o prenatal que puede ser precoz (manifestación antes de 2 años) o tardía (clínica después de 2 años), e incluye los estigmas a largo plazo que las lesiones determinan.

Las manifestaciones de la sífilis congénita precoz aparecen en los primeros dos años de vida y se manifiestan como una lúes secundaria grave del adulto. La sífilis congénita tardía aparece después de los dos años y se asemeja a la lúes terciaria.

Sífilis perinatal. Es la que contrae el recién nacido en el canal del parto.

DIAGNOSTICO

1. Ultramicroscopía o microscopía de campo oscuro: en exudado de lesiones húmedas se observa el treponema. Es el examen de elección en la sífilis primaria.

2. Serología:

1. No treponémica: RPR y VDRL. Gran rendimiento en la sífilis secundaria:
2. a. Cualitativo: detecta la respuesta humoral tipo reagina que determina el treponema. Se debe efectuar en el **primer** y **tercer trimestre** y en el **cordón umbilical**.
3. b. Cuantitativo: Determina actividad con títulos sobre 1/8 ó 1/16, y además permite un seguimiento de la terapia efectuada.
4. Treponémica: FTA ABS: Se usa con fines confirmatorios. Se mantiene reactivo a pesar de terapia satisfactoria. Ninguno de estos exámenes discrimina con las espiroquetas saprófitas.

- Ante serología positiva sin terapia previa: tratar, pedir prueba confirmatoria, cuantificación de títulos y estudio completo de la pareja.
- Embarazada actual con antecedente de lúes tratada satisfactoriamente hace 1 a 2 años, que se pesquisa prueba NoT reactiva a títulos bajos (<1/4): fuerte sospecha de serología residual ---> no tratar (y repetir en 1 mes).
- Toda paciente con serología positiva, enviar a estudio anátomo patológico muestra de cordón, placenta o material de autopsia, solicitando además estudio específico de TP es decir: ultramicroscopía, o histología específica.
- Todo parto de madre con serología positiva debe ser comunicado al personal de RN a fin de su evaluación específica y seguimiento, en especial las madres que han recibido eritromicina, debido a que este antibiótico no alcanza concentraciones bacteriolíticas en el feto.
- RPR falso (+): errores técnicos, falta de ayuno, enfermedades virales, mesenquimopatías, cáncer avanzado, hepatopatías, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.
- RPR falso (-): sífilis primaria reciente y reacción de Prozona: el exceso de antígenos aglutina los anticuerpos impidiendo su pesquisa en suero no diluido. Se evita solicitando la prueba cuantitativa.

TRATAMIENTO

I.- Sífilis temprana o reciente o contagiosa o precoz (<1 año de evolución):

1. Penicilina benzatina 2.400.000 U i.m. por 1 vez.
2. Alergia a PNS: Eritromicina 2 gr día por 15 días (*).

II.- Sífilis Tardía (>1 año de evolución):

1. Penicilina Benzatina 2.400.000 U i.m. semanal por 3 veces.
2. Alergia A PNS: Eritromicina 2 gr día por 30 días (*)

Todo RN de madre tratada con eritromicina debe seguirse acuciosamente porque el paso transplacentario de la droga es límite para lograr concentraciones bacteriolíticas en la sangre fetal.

COMPLICACIONES

Tratada a tiempo, la enfermedad tiene cura sencilla sin dejar secuelas.

El padecer la sífilis aumenta el riesgo de contraer otras enfermedades de transmisión sexual (como el VIH), ya que los chancros son una vía fácil de entrada en el organismo.

Si no se trata a tiempo, puede ocasionar:

- Ulceraciones en la piel.
- Problemas circulatorios.
- Ceguera.
- Parálisis.
- Demencia.
- Trastornos neurológicos.
- Muerte.

En algunos casos, las personas que supuestamente ya han obtenido la cura todavía pueden infectar a los demás.

El haber padecido sífilis y haberse curado no implica inmunidad, ya que rápidamente se puede volver a contraer. Esto se debe a que la bacteria que produce la sífilis (Treponema pallidum) cuenta con tan solo nueve proteínas en su cubierta, lo cual no es suficiente para que el sistema inmunitario humano la reconozca y pueda producir anticuerpos para combatirla o inmunizarse.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Deterioro de la integridad tisular r/c presencia de la bacteria del treponema pallidium m/p ámpulas y enrojecimiento genital

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Conocimiento: control de la infección	Administración de medicación

Indicador:

tratamiento de la infección diagnosticada

Escala:

1= Ningún conocimiento

2= Conocimiento escaso

3= Conocimiento moderado

4= Conocimiento sustancial

5= Conocimiento extenso

Actividades:

1. Toma de signos vitales
2. -tomar nota del historial medico y de alergias del paciente
3. Detectar cuanto de información sobre la su enfermedad tiene el paciente y realizar docencia con el mismo de ser necesario.
4. recomendar medicamentos antibióticos de acuerdo con la autoridad de preinscripción
5. Administrar medicación indicada en tiempo y forma. Si el paciente es ambulatorio explicar la importancia de respetar el tratamiento
6. Dar información al paciente de los medicamentos que requiere para la bacteria del treponema pallidium
7. ayudar al paciente a tomar la medicación
8. administrar la medicación con la técnica y vías adecuadas
9. recomendar ropa interior de algodón
10. recomendar el baño diario

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de baja autoestima situacional r/c presencia de la bacteria del treponema pallidium en la tercera etapa

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autoestima	Apoyo emocional
Indicador: Verbalizaciones de auto aceptación **Escala:** 1= Nunca positivo 2= Raramente positivo 3= A veces positivo 4= Frecuentemente positivo 5= Siempre positivo	**Actividades:** 1. Grupos de ayuda mutua 2. informar sobre los procedimientos 3. comentar la experiencia emocional con el paciente 4. comentar las consecuencias de profundizar el sentimiento de culpa o vergüenza 5. proporcionar ayuda en toma de decisiones 6. brindar la información correcta sobre la bacteria del y treponema pallidium

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Temor r/c falta de conocimiento sobre los riesgos de la enfermedad ante la salud del bebe m/p verbalización de inquietud ante un posible contagio del treponema pallidium al bebe

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel de miedo	Orientación de la realidad
Indicador: Inquietud **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades:** 1. Hablar con el paciente acerca del temor 2. Informar al paciente acerca de la enfermedad 3. apoyo emocional 4. informar al paciente acerca del tratamiento 5. informar al paciente sobre el estado de salud de su bebe 6. recomendar medidas de manejo de infección 7. - grupos de ayuda

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Dolor agudo r/c lesiones en la cavidad oral por el contagio del treponema pallidium m/p dificultad para ingerir alimentos

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel del dolor	Manejo del dolor
Indicador: Intolerancia a los alimentos **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades:** 1. toma de signos vitales 2. administración de medicamento para calmar el dolor 3. recomendar/ proporcionar dieta liquida 4. dar información sobre el cuidado de la higiene bucal 5. considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo 6. explorar con el paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor 7. ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

GONORREA

CONCEPTO

Enfermedad de transmisión sexual producida por una bacteria llamada Neisseria gonorrhoae también conocida como blenorragia, blenorrea y uretritis gonocócica. Puede ser localizada en la garganta, vagina uretra y ano.

ETIOLOGIA

Bacteria diplococo intracelular gram negativa denominada gonococo o neisseria gonorrhoae.

Múltiples compañeros sexuales, nivel socioeconómico bajo.

FISIOPATOLOGIA

El gonococo suele transmitirse mediante contacto sexual íntimo con una persona infectada. El periodo de incubación es de 2 a 7 días. La neisseria gonorrhoae se adhiere a las células mucosas, se produce una lesión progresiva de las células mucosas e invasión de la zona por leucocitos, se forman micro abscesos submucosos y exudación de liquido purulento en el órgano infectado.

CUADRO CLINICO

*Asintomático *Ardor al orinar

*Secreción vaginal amarillento o con sangre *Dolor o hemorragia después de la

* Menstruación irregular *Relación sexual

*En el RN produce conjuntivitis

DIAGNOSTICO

*Historia sexual completa * EGO * Exploración física (secreciones)

*Tincion de Gram * Exudado faríngeo

TRATAMIENTO

*Ampicilina * Amoxicilina *Ceftriaxona *Penicilina

CONPLICACIONES

Enfermedad pélvica inflamatoria en ambos sexos pueden presentar Artritis, problemas en la piel, otras infecciones de órganos ocasionados por la extensión de la gonorrea.

En el hombre a veces pueden tener epididimitis, una infección de los testículos que es dolorosa y puede causar esterilidad

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Ansiedad r/c situación potencialmente estresante (gonorrea) m/p expresión de preocupación por cambios en el patrón sexual

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Afrontamiento de problemas	Enseñanza sexualidad
Indicador: Modifica el estilo de vida para reducir el estrés **Escala:** 1= nunca demostrado 2=raramente demostrado 3= a veces demostrado 4=frecuentemente demostrado 5=siempre demostrado	**Actividades:** 1. Alentar la responsabilidad de la conducta sexual. 2. Discutir los beneficios de la abstinencia. 3. Facilitar el juego de roles en los que se puedan practicar la toma de decisiones y las habilidades de comunicación para resistir las presiones sociales y de sus iguales sobre la actividad sexual. 4. Explicar al paciente la importancia de la comunicación con la pareja 5. Potenciar la autoestima mediante la comunicación con la pareja. 6. -Tomar precauciones con respecto a las relaciones sexuales. 7. instruir al paciente en las prácticas sexuales de bajo riesgo.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Deterioro de la integridad cutánea r/c proliferación de la bacteria Neisseria gonorrhoeae m/p lesiones moco cutáneas por secreciones amarillentas purulentas

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Enseñanza del sexo seguro
Indicador: Lesiones de la membrana mucosa **Escala:** 1=gravemente comprometido 2=sustancialmente comprometido 3=moderadamente comprometido 4=levemente comprometido 5=no comprometido	**Actividades:** 1. Discutir las actitudes del paciente acerca de los diversos métodos anticonceptivos. 2. incorporar creencias religiosas en las discusiones de métodos anticonceptivos 3. Animar al paciente a ser selectivo a la hora de elegir compañeros sexuales 4. Subrayar la importancia de conocer el historial sexual del compañero. 5. Instruir al paciente en las prácticas sexuales de bajo riesgo como las que evitan la penetración corporal o el intercambio de fluidos corporales. 6. Fomentar el uso de preservativos. 7. Instruir al paciente sobre la colocación y extracción correcta de los preservativos. 8. -Discutir con el paciente las formas de convencer al compañero para que use preservativos.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Disfunción sexual r/c alteración de la función corporal (gonorrea) m/p limitaciones reales (dolor a la penetración)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	Manejo de la conducta sexual
Indicador: Reconoce los signos y síntomas de ETS **Escala:** 1=nunca demostrado 2=raramente demostrado 3=a veces demostrado 4=frecuentemente demostrado 5=siempre demostrado	**Actividades:** 1. Proporcionar educación sexual 2. Dar instrucciones claras acerca del uso de medicamentos. 3. Identificar las conductas sexuales inaceptables. 4. Especificar expectativas relacionadas con la conducta sexual o manifestaciones verbales de sus limitaciones. 5. Instruir al paciente en las prácticas sexuales de bajo riesgo como las que evitan la penetración corporal o el intercambio de fluidos corporales. 6. Discutir con el paciente las formas de convencer al compañero para que exista otra forma de entendimiento. 7. Explicar al paciente que su padecimiento puede no deberse a su enfermedad (gonorrea) si no a su forma de ver las cosas. 8. Proporcionar información sobre métodos anticonceptivos para evitar el contagio a la pareja. 9. Discutir con el paciente las formas aceptables de realización de las necesidades sexuales individuales en privado.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c falta de conocimiento sobre su situación (gonorrea) m/p falta de interés por el tratamiento

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Conocimiento control de la infección	Enseñanza: procedimiento/ tratamiento
Indicador: Seguimiento de la infección diagnosticada **Escala:** 1= ningún conocimiento 2= conocimiento escaso 3= conocimiento moderado 4= conocimiento sustancial 5= conocimiento extenso	**Actividades:** 1. Informar al paciente de cuando y donde tendrá lugar el tratamiento. 2. Informar al paciente acerca de la duración esperada del tratamiento. 3. Reforzar la confianza del paciente en si mismo. 4. Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con le tratamiento. 5. Explicar el propósito del tratamiento. 6. Enseñar al paciente a cooperar. 7. Discutir la necesidad de medidas de higiene durante la aplicación del tratamiento. 8. Enseñar al paciente a utilizar técnicas de resolución de problemas dirigidas a controlar aspectos específicos sobre su enfermedad (gonorrea). 9. - Corregir la forma de pensar del paciente con respecto al tratamiento.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

CONCEPTO

Papiloma o Condiloma significa protuberancia crónica y son conocidos como verrugas genitales. Es un grupo grande de virus de los cuales se han identificado más de 100 tipos, de éstos cerca de 40 son transmitidos sexualmente e infectan el aparato genital masculino y femenino. El virus del Papiloma Humano produce infecciones de piel y afecta también las mucosas del tracto anogenital, oral (boca y garganta) y respiratorio. Alrededor de 30 tipos de VPH se conocen como VPH genitales debido a que afectan el área genital. Algunos tipos causan cambios en las células del revestimiento del cuello. Si no se tratan, estas células anormales pueden convertirse en células cancerosas. Otros tipos de VPH pueden causar verrugas genitales y cambios benignos (anormales pero no cancerosos) en el cuello. Muchos tipos de VPH pueden causar resultados anormales en las pruebas de Papanicolaou.

ETIOLOGIA

- Inicio de vida sexual activa a temprana edad (antes de los 20 años).
- Adolescentes con vida sexual activa.
- Gran número de compañeros sexuales.
- Enfermedades de transmisión sexual o inflamación del cuello del útero persistente o recurrente.
- Poca higiene personal.

FISIOPATOLOGIA

La unión escamo-columnar del epitelio cervical es la zona más susceptible a la infección por VPH, de ahí que sea el lugar más frecuente (hasta el 90%) de localización del carcinoma.13 El epitelio cervical exhibe una organización estratificada, en donde las células de la capa basal conservan la capacidad mitótica. Como resultado de la división celular, se da origen a dos células idénticas; una de ellas migra al estrato inmediatamente superior para completar su diferenciación terminal y la segunda permanece en el estrato basal como célula de ciclado lento y de recambio.

Al ocurrir la infección por VPH, el genoma viral es sintetizado en las células basales a partir de copias episomales, 5 afectando a la progenie, en donde una célula perpetuará la infección, y aquella destinada al cambio de estrato epitelial, presentará la expresión de genes tardíos, dando

inicio a la fase vegetativa del ciclo de vida del VPH. Finalmente, el ADN viral es empaquetado en la cápside y los viriones son liberados para reiniciar un nuevo ciclo de vida.

Cabe anotar que la diferencia en el riesgo para la progresión a carcinoma cervical radica en la persistencia de la infección y, por ende, a la integración del ADN viral al de la célula huésped.20 Los tipos de VPH de bajo riesgo tienden a permanecer como episomas, en tanto que los de alto riesgo se integran de forma covalente al ADN hospedero. Evidencia experimental sugiere que la integración al genoma es consecuencia de la inestabilidad y el compromiso de la integralidad cromosómica en las células basales, todo ello auspiciado por la expresión de las oncoproteínas E6 y E7. La relativa expresión de los oncogenes y sus productos, podría estar directamente influenciada por el contexto de la secuencia en el sitio individual de integración.

CUADRO CLINICO

VPH puede causar verrugas con muchas características diferentes. Pueden aparecer como pequeñas o grandes, planas o elevadas, sencillas o múltiples. A veces es posible que las verrugas no sean visibles. Las áreas más comunes donde se ven las verrugas son el exterior de la vagina, en el pene, y alrededor del ano. En la mujer VPH puede causar la producción de verrugas dentro de la vagina y en el cuello de la matriz (cérvix). En la mitad de los casos, la persona infectada por VPH no tiene ninguna verruga.

Existe una amplia gama de lesiones las cuales pueden expresarse de la siguiente forma:

- Clínica: son las que se observan a simple vista.
- Subclìnica: se evidencian solamente bajo la exhaustiva evaluación del médico con el uso de la colposcopia (lente de aumento a manera de microscopio).
- Latente: es la forma que solo se evidencia mediante técnicas de hibridación del ADN en individuos con tejidos clínicamente e histológicamente normales. Por lo tanto se refiere a los casos en los cuales en ausencia de evidencia clínica, colposcopia, citológica e histológica de la lesión, pueden individualizarse por lo general en material citológico, secuencias de VPH_DNA mediante técnicas de hibridación molecular.

DIAGNOSTICO

- Examen físico
- Examen clínico
- Biopsia
- Citología (Tinción de Papanicolaou)
- Hibridación in situ empleando sondas biotinaladas (HIS)
- Reacción en cadena de la Polimerasa (PCR)

- Análisis de Inmunohistoquimica (7,10).
- La colposcopia
- los resultados de la prueba Pap pueden indicar infección por VPH.

TRATAMIENTO

Debido a los cambios hormonales durante el embarazo, es posible que las verrugas crezcan lo suficientemente grande como para obstruir el canal de nacimiento. En tales casos, las verrugas podrían requerir cirugía, o podría ser necesaria una cesárea. En casos raros, VPH también puede infectarle al bebé, causando verrugas en su garganta.

Actualmente no hay ninguna cura para papillomavirus humano. Una vez infectada, la persona lleva el virus por el resto de la vida, aun si se operan las verrugas.

La vacuna contra el VPH:- En este momento se encuentran en investigación varias vacunas contra el VPH pero solo una ha sido probada para su uso en seres humanos por la FDA de los Estados Unidos. La vacuna combate la enfermedad y crea resistencia. No es un virus vivo ni muerto. La vacuna previene las infecciones de los VPH tipo 6, 11, 16 y 18 y tiene una efectividad del 95%.

Las pruebas realizadas en la vacuna demuestran únicamente problemas menores como fiebre después de su aplicación o irritación en el área donde se colocó la vacuna.

Podofilox solución al 0,5% o el gel es un medicamento antimitótico que ha sido ampliamente utilizado debido a que es relativamente fácil de administrar y es barato.

Los interferones (IFN) y el Imiquimod, actúan como agentes locales estimulando la producción de interferones o citoquinas.

Los interferones, ya sea natural o recombinante, deben ser administran por vía tópica para las lesiones del VPH; el interferón sistémico (vía oral) no es eficaz. La acción del interferón se debe probablemente al efecto antivirales e inmunoestimulantes.

Los interferones son costosos, sin clara ventaja sobre otros tipos de tratamientos.

El Imiquimod es una molécula sintética con potente actividad inmune-modificante. Erradica con efectividad las verrugas genitales externas y perianales. No proporciona la actividad antiviral directa, pero funciona a través de citoquinas inducidas por la activación del sistema inmune. La función principal de imiquimod es mejorar la producción de interferones.

Cidofovir:- se utiliza principalmente para tratar la retinitis por citomegalovirus, tiene un amplio espectro de actividad y es potencialmente activa contra todos los virus de ADN.

Si no se tratan, algunas verrugas genitales pueden desaparecer por sí solas. Hay varios tratamientos efectivos para quitarlas. Existen varias alternativas de tratamiento y es posible que se necesite más de uno para eliminar las lesiones con éxito. Estos tratamientos incluyen:

- Terapia laser, que usa la luz del laser o luces intensas para destruir las verrugas.
- Gel Podofilox, un tratamiento para verrugas genitales externas, aplicado por el/la paciente.
- Crema Imiquimod, un tratamiento para verrugas genitales y perianales, aplicado por el/la paciente.
- Tratamiento químico para destruir las verrugas (incluyendo el ácido tricloracético y podofilina), que debe ser aplicado por un/a profesional de la salud capacitado/a. Requiere de varias aplicaciones, causa maceracion del tejido así como dolor e irritación cuando se coloca en tejido sano.
- Crioterapia, que usa nitrógeno líquido para congelar las verrugas. Produce molestas descargas vaginales durante largo tiempo, que en ocasiones pueden infectarse secundariamente. Se reserva para lesiones extensas. Produce desplazamiento de la unión escamo columnar o zona de transformación.
- Electrocirugía, que usa una corriente eléctrica para quemar las verrugas. Produce una quemadura extensa que involucra muchas veces tejido sano, sin límites a la zona afectada. Como secuelas a nivel cervical se observa estenosis y cicatrices.
- Cirugía. En caso de lesiones aisladas y de tamaño considerable.
- Interferón intralesional, una droga antiviral, que se inyecta directamente dentro de la verruga. Su eficacia aun está siendo discutida.

COMPLICACIONES

Debido a los cambios hormonales durante el embarazo, es posible que las verrugas crezcan lo suficientemente grande como para obstruir el canal de nacimiento. En tales casos, las verrugas podrían requerir cirugía, o podría ser necesaria una cesárea. En casos raros, VPH también puede infectarle al bebé, causando verrugas en su garganta o que están embarazadas, lo que puede ocasionar también un problema en el bebé que puede infectarse en el momento del nacimiento. Metástasis, conjuntivitis al RN y pérdida del útero.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de infección para el RN r/c presencia de VPH en el canal de parto

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control del riesgo: Enfermedades de Transmisión sexual (VPH).	Identificación de riesgos genéticos
Indicador: Se desarrollan estrategias efectivas para reducir la exposición al VPH. **Escala:** 1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado	**Actividades:** 1. Realizar correctamente los cuidados mediatos e inmediatos, como profilaxis oftálmica entre otras. 2. Observar y revisar un historial sanitario completo, incluyendo el historial prenatal y obstétrico, el historial de desarrollo y el estado de salud pasado y presente en relación con la condición genética confirmada o sospechada. 3. Observar y revisar el entorno(carcinógenos) y el estilo de vida de la madre. 4. Determinar la presencia y la calidad del apoyo familiar, de otros sistemas de apoyo y habilidades prematuras de afrontamiento. 5. Obtener un diagnostico documentado de miembros de la familia afectados. 6. Discutir la posibilidad de realizar pruebas a otros miembros de la familia, según sea posible. 7. Iniciar el asesoramiento genético según la identificación del riesgo. 8. Identificar los factores internos y externos que pueden mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias. 9. Centrarse en beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas. 10. Dar orientación sobre los signos y síntomas de alarma si fuera más allá del riesgo.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Alteración de la integridad tisular r/c proliferación de VPH m/p condilomas en el cérvix

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	Administración de medicación: vaginal.

Indicador:

Integridad de la piel

Escala:

1= Gravemente comprometido

2= Sustancialmente comprometido

3= Moderadamente comprometido

4= Levemente comprometido

5= No comprometido

Actividades:

1. Seguir los cinco principios de administración de medicación.
2. Tomar nota de historial médico y de alergias del paciente.
3. Hacer evacuar a la paciente antes de la administración.
4. Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
5. Determinar el estado de la piel de la paciente en la zona donde se aplicara la medicación.
6. Aplicar el fármaco tópico según este prescrito.
7. Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.
8. Enseñar y controlar la técnica de autoadministración.
9. Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas de la institución.
10. Mantener una higiene perianal correcta

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Disposición para el mantenimiento de la salud m/p interés de la paciente para llevar a cabo un buen tratamiento.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Conducta de fomento de la salud	Enseñanza: Procedimiento/tratamiento.

Indicador:

Utiliza conductas para evitar los riesgos

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Informar a la paciente donde tendrá lugar el procedimiento.
2. Reforzar la confianza de la paciente en el personal involucrado.
3. Determinar las experiencias anteriores de la paciente y el nivel de conocimiento tratamiento.
4. Explicar el propósito de procedimiento/tratamiento.
5. Describir las actividades del procedimiento/tratamiento.
6. Enseñar a la paciente como cooperar/ participar durante el procedimiento/tratamiento.
7. Proporcionar información acerca de lo que se oirá, olerá, vera o sentirá durante el procedimiento/tratamiento.
8. Describir las valoraciones/ actividades posteriores al procedimiento/tratamiento y el fundamento de las mismas.
9. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
10. Determinar las expectativas del procedimiento/tratamiento

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad r/c situación actual (presencia de condilomatosis) m/p preocupación, irritabilidad, nerviosismo e inquietud.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Modificación psicosocial: cambio de vida.	Aumentar los sistemas de apoyo.
Indicador: Uso de estrategias de superación efectivas. **Escala:** 1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado	**Actividades:** 1. Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. 2. Determinar el grado de apoyo familiar. 3. Observar la situación familiar actual. 4. Remitir a programas comunitarios de fomento/ prevención/ tratamiento/ rehabilitación. 5. Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y apoyo. 6. Implicar a la familia/ seres queridos en los cuidados y planificación. 7. Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar. 8. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. 9. Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. 10. Escuchar las experiencias de sentimientos y creencias.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

CONDILOMATOSIS

CONCEPTO:

Es una enfermedad causada por el Virus Papiloma Humano. Se caracteriza por el crecimiento de verrugas blandas en los genitales o en la región anal, o sea que crece entre los muslos y la parte interna de las nalgas, en el pene o en la vagina. Es considerada una enfermedad de transmisión sexual. Las verrugas tienen forma de coliflor y pueden ser desde 2mm hasta varios centímetros. Generalmente crecen en el área genital húmeda, ya que es un medio propicio para el crecimiento de las verrugas; hay que observar que se reproducen rápidamente en las zonas húmedas y no en las secas, cuando una persona esta infectada, es difícil mantener seca el área infectada; en el pene, las verrugas suelen ser más pequeñas que en los genitales femeninos, por lo mismo de la humedad.

ETIOLOGIA

El agente etiológico el virus papiloma humano (VPH), es un virus del grupo papovavirus, hay diversas formas clínicas de verrugas,

FISIOLOGIA

Inicialmente el virus esta en el núcleo de los queratinocitos, eventualmente ocupa el espacio nuclear por completo, luego pasa al citoplasma y se reproduce. En el estrato corneo el virus se deposita dentro de la masa de queratina.

CUADRO CLINICO

Estos son algunos de los síntomas más comunes y no ten comunes de el Condiloma Acuminado:

- Lesiones vegetantes.
- Superficie genital granulosa, húmeda y blanda.
- Color de piel rosa o grisáceo (hiperpigmentada)
- Las verrugas pueden estar cubiertas de un exudado seroso o hemorrágico, pueden ser sesiles o pediculadas, algunas son puntiforme, pero pueden llegar a medir hasta 20 cm.
- En le hombre afecta órganos genitales y en algunos casos el canal anal.
- En la mujer aparecen en cualquier zona de los genitales exteriores y ano, pudiendo también afectar vagina y cerviz.
- En la mujer el virus que causa verrugas venéreas también se ha asociado con el cáncer cervical y de la vulva.
- En el varón homosexual se ha relacionado la infección de este virus con la aparición de carcinoma rectal.
- Si se han tenido relaciones urogenitales también se puede sufrir de algunas lesiones orales.
- Las verrugas causan picazón y ardor en el área genital y el área perianal.
- En la mujer las verrugas no son fácilmente visibles, se necesitan exámenes que lo demuestren.

DIAGNOSTICO

Estas verrugas en cuello uterino son planas y no son fácilmente visibles sin procedimientos especiales. Como el VPH puede ser el principio de un cambio precanceroso en el cuello del útero (displasia cervical), es importante que se diagnostique y trate a la brevedad. El diagnostico de los condilomas se hace a través de estudios de laboratorio, siendo los más conocidos el papanicolau (citología exfoliativa), colposcopia y estudios sexológicos.

Un examen genital da a conocer lesiones en cualquier parte de los órganos genitales externos. Estas lesiones son superficiales, de color blanquecino, delgadas o gruesas, solas o en grupo. En las mujeres, un examen pélvico puede dar a conocer crecimientos sobre las paredes vaginales o en el cuello del útero. Para ver lesiones invisibles a simple vista se puede realizar una colposcopia. El tejido de la vagina y del cuello del útero puede tratarse con ácido acético para hacer que las verrugas se hagan visibles.

Pruebas adicionales para mujeres: Un Papanicolaou para ver posibles cambios asociados con el VPH. Una colposcopia para ver lesiones genitales externas o internas que son invisibles a simple vista.

TRATAMIENTO

Afortunadamente existe algún tratamiento capaz de controlar o acabar con las verrugas, ello requiere de mucho empeño por parte del paciente y mucho cuidado; hay varios tipos de tratamientos, y cada uno se aplica según el tamaño y la forma de las verrugas:

Tratamientos químicos.
1.-Podofilino al 10% - 30% en solución alcohólica.

- Aplicación local por profesional médico, matrona o enfermera.
- Repetir el tratamiento semanalmente hasta la desaparición de las lesiones.
- Los condilomas genitales externos y perianales deben lavarse profusamente con agua corriente 1 a 2 horas después de la aplicación.
- El Podofilino aplicado a las lesiones de la mucosa vaginal o anal debe dejarse secar antes de retirar el espéculo o anoscopio
- Grandes cantidades de Podofilino presentan peligro de absorción y toxicidad.
- Su uso durante el embarazo y la lactancia está contraindicado.

2.- Podofilotoxina al 0.5%

- Aplicación local por el paciente dos veces al día por cuatro días.
- La Podofilotoxina es uno de los componentes activos de la resina de Podofilina. Su eficacia es similar al Podofilino, pero causa menos toxicidad local.

3.- Ácido Tricloracético al 80-90%

- Aplicación local por medico sobre las lesiones.
- Repetir su aplicación a intervalos semanales hasta la desaparición de las lesiones.

- Es tratamiento de elección durante el embarazo.

Tratamientos físicos.
1.- Crioterapia (nitrógeno líquido).
2.- Electro cirugía.
3.- Extirpación quirúrgica.
4.- Láser.

Con un adecuado diagnóstico y tratamiento, los condilomas son normalmente controlables. Pero las verrugas reaparecen frecuentemente después del tratamiento. Por lo tanto, es conveniente la consulta unos meses después de dicho tratamiento, especialmente en la mujer, donde las lesiones pueden pasar más fácilmente inadvertidas. En general dan buen resultado los tratamientos tópicos con podofilino, ácido tricloracético o nitrógeno líquido, pero en algunos casos se hacen necesarios los tratamientos quirúrgicos, sobre todo cuando las verrugas son muy grandes.

COMPLICACIONES

Muchos de ellos se han asociado con el cáncer cervical y vulvar.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Aislamiento Social r/c alteración del bienestar (ETS/ condilomatosis) m/p Inseguridad en Publico

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Bienestar personal	Apoyo Emocional

Indicador:

Satisfacción con la interacción Social

Escala:

1= No del todo satisfecho *

2= Algo satisfecho

3= Moderadamente satisfecho*

4= Muy satisfecho

5= Completamente satisfecho

Actividades:

1. Explorara con el paciente que ha desencadenado las emociones.
2. Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
3. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados .
4. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira.
5. Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o de vergüenza.
6. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
7. Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación, y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
8. Identificar la función de ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
9. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
10. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de mas ansiedad.
11. Proporcionar ayuda en la tomo de decisiones.
12. Remitir a servicios de Asesoramiento.

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Baja autoestima situacional r/c Alteración de la Imagen Corporal (presencia de verrugas en genitales m/p Informes verbales de que la situación Actual desafía su valía personal.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autoestima	Potenciación de la Autoestima
Indicador: Nivel de Confianza **Escala:** 1= nunca Positivo 2= raramente Positivo 3= A veces Positivo 4= Frecuentemente Positivo 5= Siempre Positivo	**Actividades:** 1. Observar las frases del paciente sobre su propia valía. 2. Animar al paciente a identificar sus virtudes. 3. Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. 4. Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente. 5. Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. 6. Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar su situación 7. Ayudar a establecer objetos realistas para conseguir un autoestima más alta. 8. Explorara las razones de la autocritica o culpa. 9. Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. 10. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. 11. Observar las niveles de autoestima. 12. Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Disfunción sexual r/c alteración de la estructura Corporal m/p Limitaciones reales impuestas por presencia de verrugas en área genital (VPH)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control del riesgo: ETS(Condilomatosis)	Asesoramiento Sexual.

Indicador:

Reconoce las consecuencias personales Asociadas con ETS.

Escala:

1= nunca Demostrado

2= raramente Demostrado

3= A veces Demostrado

4= Frecuentemente Demostrado

5= Siempre Demostrado

Actividades:

1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
2. Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.
3. Proporcionar información acerca del funcionamiento sexual.
4. Discutir el efecto de la situación de la enfermedad actual.
5. Discutir el nivel de conocimiento del paciente acerca de la sexualidad en general.
6. Animar al paciente a manifestar verbalmente sus miedos y a hacer preguntas.
7. Discutir la necesidad de modificaciones de la actividad sexual.
8. Ayudar al paciente a expresar la pena y el enfado por las alteraciones del funcionamiento(aspecto corporal)
9. Determinar la cantidad de culpa sexual asociada con la percepción del paciente de los factores causales de la enfermedad.
10. Incluir al esposo/ compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible.
11. Remitir al paciente a un terapeuta sexual.

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Alteración de la integridad tisular r/c proliferación de VPH m/p hipertrofia del tejido tisular del cérvix.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Administración de medicación vaginal.
Indicador: Alteración Tisular (verrugas) **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial * 3= Moderado 4= Leve - 5= Ninguno	**Actividades:** 1. Seguir los 5 principios de administración de medicación. 2. Tomar nota del historial medico y de alergias de la paciente. 3. Determinar el conocimiento de la medicación y la compresión de la paciente del método de administración. 4. Hacer evacuar a la paciente antes de la administración. 5. Enseñar a la paciente a permanecer sobre su espalda durante, como mínimo 10 minutos. 6. Mantener una higiene perineal correcta. 7. Observar color de la piel. 8. Observar enrojecimiento, olor, pus u otras secreciones en la zona perianal. 9. Anotar cambios de la piel, membranas y mucosas. 10. Administrar los medicamentos indicados para su tratamiento de forma adecuada y constante para un mejor resultado.

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

CONCEPTO

Enfermedad producida por el retrovirus de inmunodeficiencia humana, se caracteriza por inmunosupresión que da lugar a infecciones oportunistas, neoplasias y manifestaciones neurológicas.

ETIOLOGIA

VIH. Virus de inmunodeficiencia humana. Retrovirus humano perteneciente a la familia de los lentivirus.
SIDA. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Fase final del VIH

Las tres vías de transmisión son:

Transmisión sexual: relaciones sexuales sin protección con personas que viven con el VIH-SIDA.
Vía parenteral: a través de transfusión de sangre y productos contaminados con el virus. (Agujas contaminadas y tatuajes).
Transmisión vertical de una madre que vive con el VIH a su hijo (materno infantil): a través de la placenta durante el embarazo, durante el parto o en la lactancia a través de la leche materna.

FISIOPATOLOGIA

Dos sistemas diana: Inmunológico y S.N.C
La característica principal es la afectación de la inmunidad celular con pérdida intensa de los linfocitos T CD4 y deterioro de la función de células colaboradoras, la infección de la célula T y la replicación Vírica es el principal mecanismo por el cual el virus produce lisis (Destrucción progresiva de órganos linfoides) Perdida de células inmaduras precursoras de CD4, Cuando hay linfógena sirven como lugar de replicación, las células Dendríticas de la mucosa tienen receptores para el virus y lo presentan de forma intacta ante las células T la inmunidad humoral está deteriorada hay hipergamaglobulinemia pero no hay capacidad para respuesta ante nuevos antígenos.

CUADRO CLINICO

1. Fase precoz o aguda

A partir del momento del contagio el virus se disemina rápidamente a través del organismo invadiendo múltiples órganos, principalmente los sistemas linfático y nervioso. A las 2-6 semanas de la inoculación la mayoría de los pacientes tienen una carga viral muy elevada, encontrándose infectados una gran proporción de los linfocitos CD4+.

Aparecen síntomas inespecíficos; Tos, sudoración nocturna, fiebre, que desaparece espontáneamente en el plazo de dos o tres semanas, quedando posteriormente el paciente asintomático durante varios años.

2. Fase intermedia o crónica
Durante esta etapa persiste una elevada actividad replicaría viral que es contrarrestada por la impresionante capacidad de regeneración de los linfocitos CD4+. Los pacientes no suelen tener síntomas en este período, aunque pueden presentar trombopenia, adenopatías o linfoadenopatías. El uso adecuado de los fármacos antirretrovirales interfiere a la inhibición sostenida de la replicación viral, hacen posible la reconstitución del sistema inmune, incluso en fases avanzadas de la enfermedad.
La mayoría de los pacientes (80%-90%) progresan a SIDA a partir de los 5 años, el (5%-10%), hasta 10 años.

3. Fase final o de crisis
Se produce un incremento de la actividad replicaría del virus. El sistema inmunológico es incapaz de reponer los linfocitos CD4+ destruidos. El VIH se replica rápidamente. "Enfermo de SIDA". supervivencia inferior al 15%-30% a los 3 años.
-Alteración del estado general
-Riesgo de infecciones oportunistas: Diarrea, neumonía, desnutrición, tumefacción paroidea.
-Neoplasias y trastornos neurológicos

DIAGNOSTICO

- 2 Pruebas de sangre (ELISA) + 1 prueba de WESTERNBLOT
- En menores de 18 meses
- 2 pruebas PCR (DNA) a los 2 y a los 6 meses
- 1 cultivo viral

TRATAMIENTO

- Antiretrovirales: Zidovudina 200 mg o 300 mg, 2 veces al día
- **Prematuros** 1,5 mg./Kg/dosis dentro de las 6 a 12 hs. de vida.

COMPLICACIONES

- Enfermedades oportunistas del SIDA
- Muerte.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTIOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Aislamiento social r/c situación actual (VIH) m/p expresa sentimientos de rechazo a las personas que lo rodean.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Comunicación	Acuerdo con el paciente

Indicador:

Intercambia mensajes con los de más.

Escala:

1=Gravemente comprometido

2=Sustancialmente comprometido

3= Moderadamente comprometido

4= Levemente comprometido

5= No comprometido

Actividades:

1. Determinar la capacidad mental y cognitiva del individuo para hacer un contrato.
2. Animar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades.
3. Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
4. Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que cree que espera el cuidador.
5. Ayudar al paciente a identificar las metas, evitar centrarse en el diagnostico o proceso de enfermedad únicamente.
6. Alentar al paciente a que escriba sus propios objetivos, haciéndolo parte de su proceso.
7. Estableces objetivos, así como conductas positivas que ayuden en su proceso.
8. Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de los objetivos o que le molesten en cierta forma.
9. Disponer de un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo.
10. Incluir en este acuerdo, el tratamiento contra el VIH y la relación normal con las personas que lo rodean.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de infección de enfermedades oportunistas r/c sistema inmunitario deficiente (SIDA)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control de riesgo	Aislamiento

Indicador:

Intercambia mensajes con los de más.

Escala:

1=Gravemente comprometido

2=Sustancialmente comprometido

3= Moderadamente comprometido

4= Levemente comprometido

5= No comprometido

Actividades:

1. Toma y registro de signos vitales Identificar conductas que necesitan atención para el paciente y sus seres queridos (si le causara un problema emocional el estar aislado)
2. Explicar al paciente y a los familiares, el procedimiento, propósito y periodo de tiempo de la intervención en términos comprensibles.
3. Ayudar a vestir con prendas seguras, retirar todo tipo de alhajas, gafas y objetos personales que traiga el paciente.
4. Retirar todos los objetos que se encuentren en la zona de aislamiento que puedan ser utilizados por el paciente para hacerse daño el mismo o al cuidador.
5. Apoyar en las necesidades de nutrición, eliminación, hidratación e higiene
6. Portar guantes, turbantes, bata y cubre bocas para protección personal
7. Administrar medicamentos establecidos.
8. Vigilar en todo momento, temperatura, seguridad y limpieza del lugar de aislamiento.
9. Disponer la limpieza rutinaria de la zona de aislamiento.
10. Registrar las razones de la intervención respectiva, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente y los cuidados sanitarios.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Temor r/c situación actual (portador de VIH) m/p expresa que siente miedo a que su bebé se infecte de VIH

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autocontrol del miedo	Disminución de la ansiedad

Indicador:

Intercambia mensajes con los de más.

Escala:

1=Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Toma y registro de signos vitales
2. Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
3. Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
4. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
5. Proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronóstico de su estado de salud.
6. Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
7. Escuchar con atención las necesidades de la paciente.
8. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
9. Identificar si el manifestarlos ha cambiado su nivel de temor.
10. Ayudar a la paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. (Nacimiento de su hijo)

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Déficit del autocuidado: alimentación r/c situación actual VIH (Tercera fase) m/p pérdida de peso

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autocuidado: actividades de la vida diaria	Alimentación

Indicador:

Come (finaliza una comida nutritiva)

Escala:

1=Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Toma y registro de signos vitales
2. Crear un ambiente placentero durante la comida.
3. Proporcionar alivio adecuado al dolor, y comodidad antes de la comida.
4. Facilitar higiene bucal después de las comidas.
5. Realizar selección de comida, si es posible tomar en cuenta al paciente para elegir lo que le agrada y que si puede comer.
6. Identificar la presencia del reflejo de deglución.
7. Sentarse durante la comida para inducir seguridad.
8. Preguntar al paciente sus preferencias del orden de los alimentos.
9. Evitar disimular fármacos con la comida.
10. Realizar alimentación sin prisas.
11. -Prestar atención al paciente durante la alimentación.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

ISOINMUNIZACION MATERNO-FETAL

CONCEPTO

Producción de un grupo especifico de anticuerpos en la embarazada como resultado de la transfusión feto-materna de elementos sanguíneos con características antígenas diferentes.

ETIOLOGIA

Cuando una mujer Rh negativo y un hombre Rh positivo conciben un hijo, la condición de Rh adquiere especial importancia. Los factores Rh se determinan genéticamente. Un bebé puede tener el grupo sanguíneo y el factor Rh de cualquiera de sus padres o bien una combinación de ambos. Los factores Rh siguen un patrón común de herencia genética. El gen Rh positivo es dominante (más fuerte) e incluso cuando se junta con un gen Rh negativo, el positivo prevalece. Después de transfusión de sangre incompatible. Después de una hemorragia feto-materna entre una madre y su feto incompatibles.

FISIOPATOLOGIA

Se desarrolla cuando una mujer embarazada tiene Rh negativo siendo el hijo Rh positivo. Durante el embarazo, los glóbulos rojos del feto pueden pasar al torrente sanguíneo de la madre a medida que ella lo alimenta a través de la placenta. Como la madre es Rh negativo, su organismo no puede tolerar la presencia de glóbulos rojos Rh positivos. En tales casos, el sistema inmunitario de la madre trata a las células fetales Rh positivas como si fuesen una sustancia extraña y crea anticuerpos contra dichas células sanguíneas fetales. Estos anticuerpos anti-Rh positivos pueden atravesar la placenta hasta el feto, donde destruyen los glóbulos rojos circulantes de éste.

CUADRO CLINICO

- Edema, hipertensión, infección, polihidramnios en la madre
- Anemia leve (eritrocitos normal 4 a 5 millones/ml)
- Hiperbilirrubinemia (elevación de los niveles de bilirrubina en la sangre 20 mg/dl limite mayor). La placenta ayuda a eliminar parte de la bilirrubina, pero no toda.
- Ictericia o coloración amarillenta del líquido amniótico, del cordón umbilical, la piel y los ojos.

DIAGNOSTICO

- Solicitar grupo Rh de la madre.
- Titulación de anticuerpos.
- Test de coombs directo e indirecto.
- ecografía
- amniocentesis - para medir la cantidad de bilirrubina en el líquido amniótico.

TRATAMIENTO

Tratamiento materno

- Disminución de ACS maternos
- Inmunoglobulinas endovenosas
- Plasmaféresis

Transfusión intrauterina

- Tratamiento de elección para anemia fetal grave
- Se realiza mediante cordocentesis
- Transferencia de sangre fresca 0 Rh(-)

Tratamiento del Recién Nacido

- Líquidos a través de la vena (por vía endovenosa -en caso de presión sanguínea baja).
- Ayuda para el problema respiratorio por medio de oxígeno o un respirador mecánico
- Exanguineotransfusion

COMPLICACIONES

- Prematurez.
- Anemia por la destrucción de eritrocitos
- Ictericia
- Aborto espontaneo
- Hidropesía

INERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de pérdida del producto r/c sensibilización al factor Rh materna en la segunda gesta.

RESULTADO (NOC): Control del riesgo	**INTERVENCION (NIC):** Identificación de riesgo.
Indicador: Reconoce factores de riesgo **Escala:** 1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado	**Actividades**: 1. Utilizar acuerdos con el paciente. 2. Determinar la presencia y calidad de apoyo familiar. 3. Determinara el nivel educativo. 4. Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidado. 5. Explicar a la paciente la inmunización necesaria recomendada para su situación. 6. Informar a la paciente sobre la inmunización protectora anti Rogam. 7. Suministrar información escrita sobre la inmunización. 8. Conocer las últimas recomendaciones sobre el uso de la inmunización. 9. Proceder a derivar a otro personal de cuidados y/o instituciones, según corresponda.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

sensibilización Rh r/c incompatibilidad al factor Rh m/p falta de la vacuna anti Ro-gam

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Conducta de cumplimiento	Manejo de la inmunización/ vacunación
Indicador: Solicita la pauta prescrita **Escala:** 1= nunca demostrado 2=raramente demostrado 3= a veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5=Siempre demostrado	**Actividades**: 1. Aplicarse la vacuna anti Ro-gam 2. Informar a los individuos de las inmunización protectora 3. Proporcionar una cartilla de vacunación para registrar fechas y tipo de inmunización administrada 4. Anotar la historia medica 5. Documentar la información sobre la vacunación según protocolo del centro 6. Seguir los consejos de los servicios de salud para la administración de inmunizaciones 7. Procurar el consentimiento informado para administración de la vacuna 8. Informar a la paciente acerca de los beneficios de la vacuna 9. Programar la inmunización y los intervalos adecuados

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las, hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Baja autoestima situacional r/c situación actual (incompatibilidad Rh) m/p expresión de angustia (culpa frustración)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Autoestima	Potenciación de la autoestima

Indicador:

Descripción del yo

Escala:

1= Nunca positivo

2= Raramente positivo **

3= A veces positivo

4= Frecuentemente positivo

5= Siempre positivo *

Actividades:

1. Animar al paciente a identificar sus virtudes.
2. Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente.
3. Abstenerse de realizar críticas negativas.
4. Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.
5. Facilitar actividades que aumenten la autoestima.
6. Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por el embarazo normal.
7. Observar las frases de la propia valía.
8. Observar los niveles de autoestima.
9. Mostrar confianza en la capacidad de la paciente para controlar la situación.
10. Explorar las razones de autocrítica o culpa.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: del 2011. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Sufrimiento moral de la madre r/c situación actual (Isoinmunizacion) m/p expresiones de angustia, culpa, frustración.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Afrontamiento de problemas	Apoyo emocional

Indicador:

Refiere disminución de los sentimientos negativos

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Abrazar o tocar a la paciente para proporcionarle apoyo.
2. Ayudar a la paciente a reconocer los sentimientos que le aquejan.
3. Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa.
4. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
5. Proporcionar apoyo durante la negación, angustia, culpa o frustración y aceptación de estas fases.
6. Identificar la función de estas que pueda ser de utilidad para disminuirlas
7. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
8. Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad y empatía.
9. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones
10. Proporcionar información adecuada de las causas de su problema para tener un menor riesgo posteriormente.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PATOLOGIAS DEL RECIEN NACIDO

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

CUIDADS MEDIATOS E INMEDIATOS DEL R.N

El objetivo es dar a todos los recién nacidos las condiciones óptimas para su adaptación inmediata a la vida extrauterina, favoreciendo siempre y evitando interferir en la interacción inmediata madre/ padre-hijo (vínculo temprano).

Los cuidados inmediatos son dentro de los 5 minutos de haber nacido el neonato y son los siguientes:

- Aspirar vías aéreas con perilla
- Apgar al minuto y a los 5 minutos
- Secar la piel de fluidos
- Dar calefacción

Los cuidados mediatos:

- Ligadura del cordón umbilical
- Profilaxis oftálmica
- Aplicación de vitamina K intramuscular
- Probar permeabilidad rectal y esofágica
- Toma de huella plantares
- Pulseras de identificación

Elementos y equipos necesarios para la atención neonatal

- Cuna térmica
- Báscula pediátrica o infantómetro

Equipo de aspiración:

- Pera de goma. Aspirador mecánico y tubos.
- Sondas de aspiración 5 ó 6 F, 8 F y 10 ó 12 F.
- SNG 8F (K 30, 31,33).
- Jeringa de 20 ml.
- Dispositivo para aspiración de meconio.
- Aspiración central o portátil con manómetro.

Equipo de bolsa y máscara:

- Bolsa neonatal con válvula de liberación de presión, o manómetro que suministre O2 90-100%.
- Máscaras tamaño para RN y prematuros (mejor con bordes acolchados).
- Oxígeno con medidor de flujo y tubuladuras.

Equipo de intubación:

- Laringoscopio hoja recta Nº 0 y Nº 1.
- Focos y baterías de repuesto
- Tubos endotraqueales 2,5; 3; 3,5 y 4 mm.

- Estilete (opcional).
- Tijeras.
- Cinta adhesiva.

Medicación:

- Adrenalina ampollas 1: 10.000 de 3 ó 10 ml.
- Sol. Fisiológica o Ringer Lactato 100- 250 ml.
- Bicarbonato de sodio al 4,2%.
- Naloxona ampollas 4mg/ml de 1 ml ó 1,0 mg/ml de 2 ml.
- Dextrosa al 10% 250 ml
- Ámpulas de vitamina K

Elementos para cateterizarían umbilical:

- Guantes estériles.
- Bisturí o tijera.
- Solución de yodo-povidona.
- Cinta para cordón umbilical.
- Sondas umbilicales 3,5 F, 5 F.
- Llave de tres vías.
- Jeringas de 1, 3, 5,10, 20, y 50 ml.
- Agujas calibre18, 21, 25 o dispositivo de punción para sistema sin aguja.

Varios:

- Sábanas o campos tibios.
- Guantes y protección apropiada para el personal.
- Fuente de calor radiante.
- Superficie de reanimación firme y acolchada.
- Reloj (o cronómetro).
- Ropa blanca calentada.
- Estetoscopio.
- Cinta adhesiva.
- Cánulas orofaríngeas.
- Monitor cardíaco y/o oxímetro de pulso (opcional).
- Pulseras de identificación

Guías de valoración: Signos vitales y mediciones del neonato normal

Valoración del neonato	Técnicas de valoración
Frecuencia respiratoria La frecuencia normal varía entre 30 y 60 por minuto.	Contar respiraciones durante un minuto completo observando el abdomen.
Frecuencia cardiaca La frecuencia normal varía entre 120 y 160 latidos por minuto. Puede disminuir a 100 durante el sueño o incrementar a 180 con el llanto.	Auscultar la frecuencia cardiaca durante un minuto completo sobre la punta del corazón, que normalmente se encuentra entre el tercer o cuarto espacio intercostal.
Temperatura La temperatura normal varía entre 36.4 y 37.2 ℃.	Efectuar la medición axilar siempre que sea posible; hay peligro de traumatizar o perforar la mucosa rectal cuando se toma la temperatura en ese sitio. Sostener el termómetro en el pliegue axilar durante 5 minutos. Si se requiere la medición rectal, la punta del termómetro no debe entrar más de 0.6 a 1.25 cm. Se sostiene el termómetro en su sitio durante cinco minutos. Se sujetan las piernas del lactante para impedir que el termómetro e desplace o se rompa.
Peso El peso promedio a termino es de 3 400 g; el 25% de los neonatos pesan entre 2 500 y 4 250 g.	Pesar al lactante a la misma hora todos los días, de preferencia antes de alimentarlo. Desnudarlo por completo, quitándole incluso el pañal, y ponerlo en la báscula en posición supina. Colocar una mano justo por arriba del lactante para protegerlo mientras se efectúa la lectura del peso.
Longitud (talla) La talla promedio del lactante a termino es de 49.5 cm.	Medir la talla desde el bregma (fontanela anterior) hasta los talones. Colocar al lactante sobre una superficie plana y tener cuidado de extenderle totalmente las piernas antes de medirlo.
Circunferencia cefálica La circunferencia cefálica promedio es de 35.5 cm (unos 2 cm mayor que la del tórax).	Colocar la cinta de medir por arriba de la cejas y de las orejas y alrededor de la parte más plena del occipucio.
Circunferencia torácica La circunferencia torácica promedio es de 33 cm (unos 2 a 3 cm menor que la cefálica).	Colocar la cinta métrica a través del borde inferior de los omóplatos y sobre los pezones.
Presión arterial: La presión arterial promedio al nacer es de 80/46 mm Hg	

Exploración física.

Hay que buscar:

- Integridad del paladar y labios
- Atresia esofágica
- Múltiples pezones
- Atresia de musculatura abdominal
- Centralización de la espina, espina bífida, meningocele, mielomeningocele
- Malformaciones urinarias y ambigüedad de género
- Malformaciones de extremidades
- Permeabilidad de orificios
- Líquido amniótico, meconio, sangre poco, mucho

Valoración de Apgar

Consideraciones:

Este examen expresa la adaptación cardiorespiratoria y función neurológica del recién nacido.

Se realiza al 1º y 5º Minuto de vida.

Para determinar la necesidad de reanimación

Un dato curioso es que popularmente se cree que Apgar es un acrónimo (Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory). Sin embargo, la escala recibe su nombre gracias a la pediatra Virginia Apgar (1909-1974).

- Appearance (color)
- Pulse (pulso)
- Grimace (reflejos)
- Activity (tono muscular)
- Respiratory effort (esfuerzo respiratorio).

El sistema de puntuación Apagar se basa en la observación de la frecuencia cardiaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la irritabilidad refleja, y el color de la piel.

A cada uno de estos aspectos se le da una puntuación de 0, 1 o 2. Se evalúan las 5 categorías 1 y 5 minutos después del nacimiento, y pueden repetirse las evaluaciones hasta que se estabilice el estado del neonato.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos.

Al recién nacido con calificación de Apgar de 7 o más se considera normal. Se debe continuar con su atención y pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

El recién nacido con calificación de 6 o menos amerita la atención a nivel hospitalario.

VALORACION DEL RECIEN NACIDO
METODO DE APGAR

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO. LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMI-DADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO. ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL. PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

Frecuenta cardiaca: es la cantidad de latidos en un minuto.

Tono muscular: es el grado de flexión y resistencia que opone el neonato cuando se le intenta extenderle las extremidades. La posición normal del neonato es la de flexión, contra las extremidades contra el cuerpo y los puños firmemente cerrados. Todo intento de modificar esta posición de flexión debe toparse con resistencia.

Irritabilidad refleja: Se juzga por la reacción del neonato a la introducción de un catéter en la punta de la nariz, después de haber hecho aspiración. También puede evaluarse palmeándose la planta del pie. La reacción ordinaria en recién nacidos sanos es un grito fuerte y de enojo.

Color: En la piel el color es un reflejo de la oxigenación de tejidos periféricos. En pocos neonatos es por completo rosa un minuto después del nacimiento. En la mayoría sigue habiendo un color azulado en las extremidades, en tanto que el resto del cuerpo es de color rosado. Es importante inspeccionar el color de las mucosas de boca y conjuntiva, además del color de labios, las palmas de las manos y plantas de los pies.

Valoración de Silverman y Anderson

Esta prueba valora la función respiratoria de un recién nacido, basado en 5 criterios que se muestran en la tabla siguiente:

Puntuación	**0**	**1**	**2**
Movimientos toraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil y abdomen en movimiento	Tórax y abdomen suben y bajan con discordancia
Tiraje intercostal	No se aprecia	Discreto	Acentuado y constante
Retracción xifoidea	No se aprecia	Discreta	Acentuado y constante
Aleteo nasal	No se aprecia	Discreto	Acentuado y constante
Quejido espiratorio	No se aprecia	Leve	Acentuado y constante

Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria. Contrario a la puntuación Apgar, en la prueba de Silverman y Anderson, la puntuación más baja tiene el mejor pronóstico que la puntuación más alta.

Interpretación:

La sumatoria de los puntos obtenidos durante la evaluación se interpreta de la siguiente manera:

- 0 puntos = sin asfixia ni dificultad respiratoria
- 1 – 3 puntos = dificultad respiratoria leve
- 4 – 6 puntos = dificultad respiratoria moderada
- 7 – 10 puntos = dificultad respiratoria severa

Valoración de Ballard

Sirve para medir la edad gestacional.

Su exactitud disminuye en forma significativa para neonatos menores de 26 o 28 semanas, y para neonatos mayores de 43 semanas.

Se utilizan seis signos físicos y seis signos neuro-musculares, sumándose los valores de ambos cuadros. El valor (calificación) se compara con la escala de madurez del recuadro inferior derecho, que establece las semanas de edad gestacional.

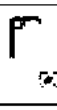
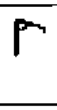
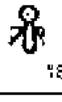
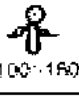
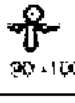
De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

Pretermino o prematuro: de 28 a 37 semanas (5 a 30 puntos). Se transfiere para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva, de acuerdo a su condición.

A término o maduro: los recién nacidos de 37 a menos de 42 semanas (35 a 43 puntos). Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

Postérmino o postmaduro: recién nacido de 42 o más semanas (45 a 50 puntos). Debe observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglucemia o hipocalcemia, pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

Maduración neuromuscular

	0	1	2	3	4	5
Postura						
Ángulo de la muñeca						
Rebote del brazo						
Ángulo poplíteo						
Signo de la bufanda						
Talón-oreja						

Madurez física.

	-1	0	1	2	3	4	5
Piel	Pegasosa, friable, transparente	Gelatinosa Roja Transparente	Lisa Rosa Venas visibles	Descamación superficial y/o erupción Pocas venas	Grietas Areas pálida Venas raras	Apergaminado Grietas profundas Sin venas	Gruesa Grictas Arrugas
Lanugo	No hay	Esparcido	Abundante	Fino	Areas lampiñas	Casi todo lampiño	
Superficie plantar	Talón-dedo 40-50mm -1 < 40mm – 2	> 50mm no surcos	Tenues marcas rojas	Surco transverso anterior solo	Surcos anteriores 2/3	Surcos sobre toda la planta	
Mamas	Imperceptible	Escasamente perceptible	Areola plana sin nódulo	Areola punteada Nódulo 1-2 mm	Areola levantada Nódulo 3-4 mm	Areola completa Nódulo 5-10 mm	
Ojo/Oreja	Ojos cerrados Débil –1 Fuerte –2	Ojos abiertos Oreja plana plegada	Lig. curvada Blanda, rebote lento	Bien curvada Blanda, rebote fácil	Formada firme, rebote instantáneo	Oreja rígida y gruesa	
Genitales masculinos	Escroto plano y liso	Escroto vacío, arrugas tenues	Testículo canal superior, arrugas raras	estículos descendiendo, pocas arrugas	Testículos bajos, arrugas definidas	Testículos péndulos, arrugas profundas	
Genitales femeninos	Clítoris prominente Labios planos	Clítoris prominente Labios menores pequeños	Clítoris prominente Labios menores más grandes	Labios mayores = menores	Labios mayores > menores	Labios mayores cubren clítoris y menores	

Escala de madurez:

Score	Semanas
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Valoración de Capurro

Se utilizan cinco datos somáticos:

1. Formación del pezón,
2. Textura de la piel,
3. Forma de la oreja,
4. Tamaño del seno (mama) y
5. Surcos plantares, y Dos signos neurológicos:
    a. Signo "de la bufanda"
    b. Signo "cabeza en gota".

Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se deben utilizar sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B").

Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

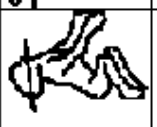
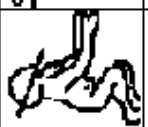
Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológica se utilizan los cinco datos somáticos (columna "A"), agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

Prematuro o pretermino: todo recién nacido que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria y/o pasar a terapia intensiva, de acuerdo a su condición.

A término o maduro: cuando el recién nacido sume de 261 a 295 días de gestación. Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

Postérmino o posmaduro: si el recién nacido tiene más de 295 días de gestación, debe de observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglucemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

A SOMATICO K= 204 dias	FORMA DEL PEZON.	Pezón-apenas visible. No se visualiza Areola. 0	Pezón bien definido Areola. 0.75 cm. 5	Areola bien definida. No sobresaliente. 0.75 cm. 10	Areola sobresaliente. 0.75 cm. 15	
	TEXTURA DE LA PIEL.	Muy fina Gelatinosa. 0	Fina y Lisa. 5	Lisa y moderadamente gruesa Descamación superficial. 10	Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial. 18	Gruesa y Apergaminada 22
	FORMA DE LA OREJA.	Plana y sin forma. 0	Inicio engrosamiento del borde. 5	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior. 10	Engrosada e incurvada totalmente. 24	
	TAMAÑO DEL TEJIDO MAMARIO.	No palpable 0	Diámetro 0.5 cm. 5	Diámetro 0.5-1.0 cm. 10	Diámetro > 1.0 cm. 15	
	PLIEGUES PLANTARES.	Ausentes 0	Pequeños surcos rojos en mitad anterior 5	Surcos rojos definidos en mitad ant. Surcos 1/3 anterior. 10	Surcos sobre mitad anterior. 15	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior. 20
B SOMATICO Y NEUROLOGICO K= 200 dias	SIGNO: "DE LA BUFANDA"	0	6	12	18	
	SIGNO: "CABEZA EN GOTA".	 0	 4	8	12	

Graficas de peso del recién nacido relacionadas con la edad gestacional

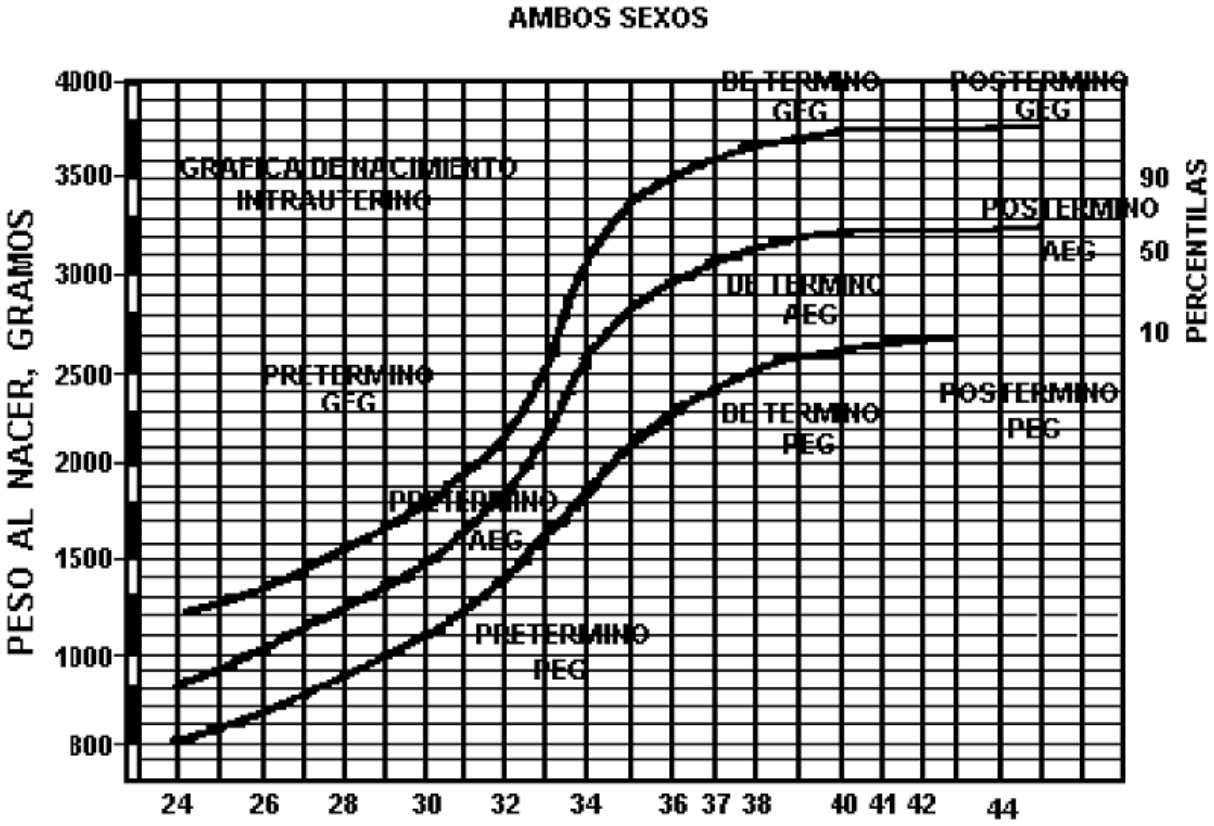
De acuerdo con el peso del recién nacido y a las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

De acuerdo con la edad gestacional:

- Pretermino: Todo recién nacido antes de la semana 37 de gestación.
- De término.- Los recién nacidos entre las semanas 37 y 42 de gestación.
- Postérmino.- Recién nacido después de 42 semanas de gestación.

Con respecto su peso al nacer:

- Pequeño.- Con peso por debajo de la percentila 10, correspondiente a su edad gestacional.
- Apropiado o adecuado.- Cuyo peso se localiza entre las percentilas 10 y 90 correspondientes a su edad gestacional.
- Grande.- Con peso por arriba de la percentila 90 correspondiente a su edad gestacional.



Lactancia materna:

Forma incomparable de proporcionar los alimentos ideales al bebe para su crecimiento y desarrollo, prevenirlo contra enfermedades e influir en su salud física, emocional y psicológica.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los 6 meses de edad y la continuación de la misma, con introducción gradual de los alimentos complementarios, hasta el segundo año de vida y más, si fuera posible.

Ventajas Maternas:

1. Ahorra tiempo, dinero y trabajo.
2. Producción de oxitócica
3. Producción de prolactina
4. Previene:
   a. Hipertermias
   b. Tumores
   c. Cáncer de mama y de ovario

Ventajas Recién Nacido:

1. Evita cólicos, estreñimiento y diarreas
2. Lactancia materna Siempre lista y a temperatura
3. Lactancia materna pura, limpia y nutritiva
4. Lactancia materna satisface la sed
5. Formación del vinculo
6. Previene:
    a. Infecciones
    b. Alergias digestivas
    c. Alergias respiratorias

Lactancia Materna a Demanda:

1. Olvidar los horarios y la duración de las tomas
2. Un bebe sano suele hacer de 6 a 8 tomas al día
3. Cada bebe tiene su propio ritmo y es normal que mame por la noche
4. Si el niño pide de mamar frecuentemente es porque no succiona la cantidad adecuada
5. Hay que esperar a que salga la “leche escondida”

Postura Correcta:

1. Espalda recta
2. Hombros cómodos y relajados
3. Acercar el bebe a la madre
4. Barriga con barriga
5. Adaptar correctamente boca y pecho

Problemas en el Amamantamiento:

1. Pechos pequeños
2. Pezones planos e invertidos
3. Lavar antes y después del amamantamiento
4. La inflamación es por una infección
5. Rechazo del pecho
6. Ingurgitación mamaria
7. Conductos obstruidos

Extracción de Leche (Técnica de Marmet):

Masajear

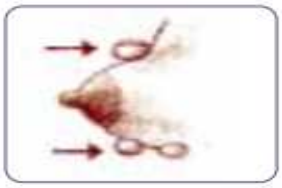
Frotar

Sacudir

Extracción Manual:

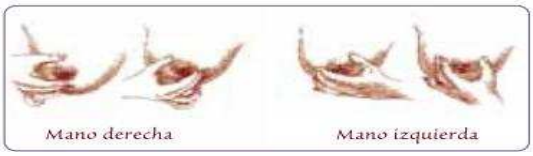
Sujetar el seno desde la areola

Presionar hacia ti



Jalar el seno hacia afuera

Mano derecha con seno derecho



Mano izquierda con seno izquierda

Programas para el cuidado del recién nacido (R.N):

Tamiz Neonatal y Ampliado: Es un estudio que consiste en la medición de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) al momento del nacimiento y que se extrae de la sangre de la arteria del cordón umbilical. Dentro del estudio se detectan enfermedades como:

1. Hipotiroidismo congénito
2. Hiperplasia adrenal congénita
3. Deficiencia de biotnidasa
4. Fibrosis quística
5. Fenilcetonuria

Mama Canguro: Este programa es conocido como el método de humanización para el cuidado de niños nacidos con bajo peso y/o prematuros, este método le da una visión al psicólogo de los lazos emocionales que desarrollan los bebes canguros al estar en contacto constante con su madre, padre y familiares cercanos.

Objetivos:

1. Mejorar el pronóstico y resultados de los niños con bajo peso cuando la capacidad y la tecnología disponible son limitadas
2. Estimular una estrecha relacione entre el niño y su madre tan pronto como sea posible, después del nacimiento
3. Humanizar el cuidado hospitalario y ambulatorio de los niños prematuros
4. Animar y educar a la madre para que ofrezca a su hijo mejores cuidados en el hogar
5. Hacer uso más racional de los recursos tecnólogos, especialmente cuando están limitados
6. Reducir los costos de la hospitalización

INERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:
Riesgo de deterioro parental r/c separación de los padres y el niño.

RESULTADO (NOC): Ejecución del rol.	**INTERVENCION (NIC):** Fomentar el acercamiento.
Indicador: Ejecución de las conductas del rol parental. **Escala:** 1= Inadecuado. 2= Ligeramente adecuado 3= Moderadamente adecuado. 4= Sustancialmente adecuado. 5= Completamente adecuado.	**Actividades:** 1. Colocar al bebé sobre el cuerpo de la madre inmediatamente después del nacimiento. 2. Proporcionar alivio al dolor de la madre. 3. Dar a los padres la oportunidad de ver, agarrar y examinar el bebé inmediatamente después de nacimiento. 4. Animar a los padres a que agarren al bebé apoyándolo en su cuerpo. 5. Compartir la información obtenida de la valoración física inicial 6. Informar a los padres de los cuidados proporcionados al recién nacido. 7. Mantener al bebé con los padres después del nacimiento, cuando sea posible. 8. Disponer intimidad familiar durante la interacción inicial del recién nacido. 9. Animar a los padres a tocar y hablar al recién nacido. 10 .Ayudar a los padres en el cuidado del bebé.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c anomalía física (seno y pezón de la madre pequeños) m/p incapacidad para iniciar y mantener una succión correctas.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Establecimiento de la lactancia materna: lactante	Alimentación por biberón

Indicador:

Alineación y unión adecuadas

Escala:

1= Inadecuado

2= Ligeramente adecuado

3= Moderadamente adecuado

4= Sustancialmente adecuado

5= Completamente adecuado

Actividades:

1. Determinar el estado del bebé antes de iniciar la alimentación.
2. Calentar la fórmula a temperatura ambiente antes de proceder con la alimentación.
3. Coger al bebé durante la alimentación.
4. Colocar al bebé en una posición semi-Fowler durante la alimentación.
5. Hacer eructar al bebé frecuentemente en mitad de la toma y después de la alimentación.
6. Colocar la tetina en la punta de la lengua.
7. Fomentar la succión estimulando el reflejo del instinto, si fuera preciso.
8. Aumentar la efectividad de la succión comprimiendo las mejil1as al unísono, si procediera.
9. Proporcionar apoyo a la barbilla para disminuir la pérdida de la fórmula y mejorar el cierre de los labios.
10. Controlar la toma del alimento.

EVALUACION

fecha					
Lk					

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c ropa inadecuada para la temperatura del medio ambiente.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Termorregulación: recién nacido	Cuidados del recién nacido

Indicador:

Inestabilidad de temperatura

Escala:

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

EVALUACION

fecha						
Lk						

Actividades:

1. Mantener la temperatura corporal del recién nacido caliente.
2. Secar al bebe inmediatamente después del nacimiento para evitar perdida de calor.
3. Envolver al bebe en una manta inmediatamente después del nacimiento para mantener, si no se pondrá en calentador.
4. Poner un gorrito de punto para evitar la pérdida de calor.
5. Colocar al recién nacido en incubadora o calentador si es necesario.
6. Coger o tocar regularmente al bebé que está en la incubadora, si procede.
7. Dar primer baño al bebé después de que la temperatura se haya estabilizado (después de 12 hrs).
8. Monitorizar la temperatura de la incubadora, si procede.
9. Asegurar que la temperatura ambiente sea adecuada para el recién nacido.
10. Comprobar la temperatura de los sucedáneos para evitar enfriamientos o quemaduras.

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva m/p por mucha cantidad de flemas y cambios en el ritmo respiratorio.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Estado respiratorio: intercambio gaseoso.	Cuidados del recién nacido

Indicador:

Acumulación de esputo

Escala:

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

EVALUACION

fecha						
Lk						

Actividades:

1. Limpiar las vías aéreas inmediatamente después del parto.
2. Elevar el cabecero de la cama o incubadora para favorecer la función respiratoria.
3. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
4. Observar si se producen respiraciones ruidosas como cacareos o ronquidos.
5. Colocar al bebe en decúbito lateral o supino después de la alimentación.
6. Mantener contacto visual mientras se realizan procedimientos.
7. Responder a las necesidades del recién nacido para desarrollar su confianza.
8. Aspirar y limpiar secreciones cuando sea necesario.
9. Secar inmediatamente al recién nacido después del nacimiento para evitar perdida de calor.
10. Proteger al recién nacido frente a las fuentes de infección del ambiente hospitalario.

Evaluación inicial:

Observaciones:

RECIEN NACIDO PRETERMINO O POSTERMINO

CONCEPTO

Producto nacido entre las semanas 28 a la 36 SDG.

Clasificación

- **Prematurez leve:** es la más frecuente entre las 33 y las 37 SDG. peso de 2.5 kg o poco menos.
- **Prematurez moderada:** entre las 27 y 33 SDG. peso de 1.5 kg o menos.
- **Prematurez extrema:** afecta a los niños nacidos antes de la semana 27 de gestación. peso de 1 kg o menos.

ETIOLOGIA

- Desnutrición materna
- Padecimientos del corazón de la madre
- Diabetes materna
- Infecciones maternas
- Toxemia
- Anormalidades de la placenta como: placenta previa
- Ruptura prematura de membranas
- Toxicomanías maternas

FISIOPATOLOGIA:-

- Función respiratoria inadecuada

Los alvéolos y sacos aéreos no se maduran del todo los músculos que mueven el tórax; el abdomen esta distendido lo que ocasiona la compresión del diafragma, la estimulación del cerebro es inmadura y los reflejos del vomito y la tos son débiles.

- Síndrome de insuficiencia respiratoria (SRI) o enfermedad de la membrana hialina.

La membrana que rodea los alvéolos evita el intercambio de gases.

- Mal control de la temperatura corporal

Esto se debe a la falta de grasa y la excesiva perdida de calor, el centro controlador de la temperatura en el cerebro aun esta inmaduro

- Tendencia a la hemorragia

La sangre de los prematuros es deficiente en protrombina que es uno de los factores del mecanismo de coagulación.

- Poca resistencia a las infecciones

Debido a la inmadurez de su hígado la formación de anticuerpos es deficiente

- Mala nutrición

La capacidad de su estomago es pequeña.los músculos del estomago son inmaduros, por lo que se produce regurgitación y vomito. También son inmaduros los reflejos de succión y de deglución y poca su capacidad para absorber grasas.

- Piel y riñones inmaduros

La eliminación inadecuada de los desechos del organismo ayuda al desequilibrio de electrolitos y ácido básico. Es muy fácil que se deshidraten.

- Piel y riñones inmaduros

La eliminación inadecuada de los desechos del organismo ayuda al desequilibrio de electrolitos y ácido básico. Es muy fácil que se deshidraten.

CUADRO CLINICO

Características del recién nacido prematuro

- Cabeza (cabello, ojos, nariz, boca, pabellones, auriculares, fontanelas): diámetro occipital menor de 11.5, perímetro cefálico menor de 33, fontanelas más grandes e hipotensas, cabeza proporcionalmente más grande respecto al cuerpo, los cartílagos auriculares están pocos desarrollados y es fácil doblarles la oreja, el cabello es delgado y con textura de pluma y puede estar presente el lanugo en la espalda y cara, los prominentes ojos están cerrados, almohadillas de los labios son prominentes.

- Tórax: perímetro torácico menor 30 cm, flexibilidad del tórax e inmadurez de los tejidos pulmonares.

- Abdomen: la ubicación de la cicatriz umbilical es más cercana al pubis cuando menos desarrollo existe, los huesos de las costillas se sientes blandos.

- Genitales: en el hombre los testículos no están descendidos, las arrugas son mínimas y los testículos pueden estar en los conductos inguinales o la cavidad abdominal. en las niñas el clítoris es prominente y sus labios mayores están separados y escasamente desarrollados.

- Miembros superiores e inferiores: longitud del pie menor de 7 cm, las plantas de los pies tienen más turgencia y quizá más arrugas muy finas, actitud más relajada con miembros más extendidos, las palmas de las manos tienen pliegues mínimos por lo que parecen lisas.

- Piel: es de color rosado intenso, lisa y brillante (puede haber edema), con vasos sanguíneos de poco calibre claramente visibles bajo la epidermis, presencia de panículo adiposo escaso, fascia de anciano, las uñas son pequeñas, mayor superficie cutánea (pérdida calórica mayor).

- Aparato respiratorio: fragilidad respiratoria acompañada de cianosis, llanto débil, escasa capacidad de contracción de músculos respiratorios, determina las pocas posibilidades de expulsar flemas y moco bronquial, la flexibilidad del tórax y la inmadurez de los tejidos pulmonares y el centro regulador de la respiración originan respiración periódica e hipo ventilación, con periodos frecuentes de apnea.

- Sistema cardiovascular: frecuencia cardíaca alta (en el recién nacido a término oscila entre las 110-170latidos/min.) hipotensión, (esta aumenta con la edad de gestación y peso).

- Aparato gastrointestinal: deficiencias nutricionales y endocrinas, dificultades motoras, sus movimientos de succión y deglución son torpes y débiles por lo que existe regurgitaciones, la digestión de la grasa está limitada por deficiencia de absorción, fácilmente puede caer en hipoglucemia.

- Sistema neurológico: inmadurez neurológica, ausente, débil, ineficaz para el reflejo de succión, debilidad para deglutir, inactivo, labilidad térmica (tendencia hacia la hipotermia, influye el medio ambiente por inmadurez de los centros termorreguladores.

- Sistema hematopoyético: tendencia a hemorragias debido a la fragilidad capilar aumentada por la escases de tejido elástico, debido a una poca reserva de vitamina c indispensable en la elaboración de colágeno intercelular, anemia por reducción de eritrocitos, leucocitos y hemoglobina, desequilibrio hidroelectroliticos.

- Sistema inmunológico: susceptible a las infecciones por inmadurez fisiológica, no puede mantener la temperatura corporal, capacidad limitada para excretar los solutos en la orina.

- Sistema musculo esquelético: los músculos carecen de tonicidad, peso de 2000 a 1000 gr, talla menor de 47 cm, escasa contracción muscular.

DIAGNOSTICO

- La detección oportuna incluye dos etapas:

- Durante el embarazo y al nacimiento

- Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

- Para detectar el bajo peso al nacer, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero de acuerdo al apéndice a (normativo).

- El manejo de la prematurez, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretermino (prematuro).

- La altura del fondo uterino según la edad gestacional se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino.

- Anormal.- cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia

materna, etc.) y la orientación nutricional correspondiente. se deberá citar cada 15 días y consultar con especialista.

- Valoración del RN método de APGAR (criterios de clasificación del apéndice b normativo).
- Método de Capurro para evaluar la edad gestacional
- Valoración fisico-neurologica método de Ballard para valoración fisico-neurologica (criterios de clasificación del apéndice c normativo)

TRATAMIENTO:

El cuidado requerido para bebés prematuros es muy diferente dependiendo de la etapa de gestación, peso al nacer, y madurez general. Medidas que se pueden tomar en bebés extremadamente prematuros incluyen:

Poner al bebé en una incubadora. Los bebés prematuros son muy susceptibles a infecciones y prevenirlas es prioritario.

Los bebés de menos de 32 semanas generalmente no producen suficiente surfactante en los pulmones para permitirles respirar por ellos mismos. Si ese es el caso debe ser administrada esta sustancia para ayudarles.

En bebés extremadamente prematuros, una sonda respiratoria puede ser insertada en la tráquea, y puede ser usado un respirador y oxigeno

Nutrición adecuada por medio de una sonda alimentaria, o en caso de bebés extremadamente prematuros, suero intravenoso. si se usa una sonda alimentaria, por ningún motivo se debe suprimir el amamantar, ya que evita la enterocolitis necrosarte además puede producir cáncer a la persona prematura.

- Cuna de calor radiante
- Campos estériles calientes
- Perilla de aspiración, aspirador
- Fuente de oxigeno, bolsa de reanimación auto inflable cánulas oro faríngeas, mascarillas neonatales
- Hojas de laringoscopio
- Tubos endotraqueales de diámetro interno de 2.5 y 3 mm
- Medicamentos
- Monitor de oxigeno y pulso
- Unidad de cuidados intensivos
- Ventilación asistida
- Incubadora o cuna térmica

- Soluciones IV 60 a 100 ml/kg/día, solución glucosada al 10%
- Alimentación parenteral
- Fórmula o leche materna por sonda o por succión
- Programa de mamá canguro (su calor, su leche, su amor y su cuidado)

Tratamiento medico

- Gentamicina: se emplea como antibiótico para erradicar infecciones en el ojo contra bacterias sensibles. también sirve para tratar diversas enfermedades graves de piel, pulmón, estómago, vías urinarias y sangre.
- Surfactante pulmonar: el surfactante reduce en forma significativa la tensión superficial dentro del alvéolo pulmonar, previniendo el colapso durante la espiración.

COMPLICACIONES

- Síndrome de distres respiratorio
- Taquipnea transitoria del RN
- Hemorragia interventricular
- Fibroplastia retrolental
- Crisis apneicas
- Enterocolitis necronisante

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de infección r/c inmadurez del aparato reproductor de defensas por inmadurez (hígado)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control de riesgo	Manejo de la inmunización / vacunación

Indicador:

efectúa las vacunaciones apropiadas

Escala:

1= nunca demostrado

2= raramente demostrado

3= a veces demostrado

4= frecuentemente demostrado

5= siempre demostrado

Actividades:

1. Explicar a los padres en programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso,
2. Informar a los padres de las inmunizaciones protectoras contra enfermedades que actualmente no son obligatorias por la ley
3. Explicar a las personas/familias las vacunas disponibles en el caso de incidencia y/o exposición especial
4. Proporcionar una cartilla de vacunación para registrar fecha y tipos de las inmunizaciones administradas.
5. Documentar la información sobre la vacunación según protocolo del centro
6. Explicar que un retraso en la administración en serie no significa que haya que comenzar el programa desde el principio otra vez
7. Procurar el consentimiento informado para la administración de vacunas
8. Informar al paciente acerca de las medidas de alivio útiles después de la administración de fármacos de un niño
9. Observar al paciente durante un periodo determinado después de la administración de la medicación
10. Programar las inmunizaciones a intervalos adecuados

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Patrón respiratorio ineficaz r/c falta de surfactante pulmonar m/p disnea

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Estado respiratorio	Monitorización respiratoria

Indicador:

frecuencia respiratoria

Escala:

1= desviación grave del rango normal

2= desviación sustancial del rango normal

3= desviación moderada del rango normal

4= desviación leve del rango normal

5= sin desviación del rango normal

Actividades:

1. Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
2. Anotar el movimiento torácico mirando la simetría, utilización de los músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
3. Observar si produce en las respiraciones ruidos, cacareos o ronquidos.
4. Controlar el esquema de respiración: bradipnea y taquipnea.
5. Palpar para ver si a la expansión pulmonar es igual.
6. Anotar la ubicación de la tráquea.
7. Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución.
8. Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados.
9. Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
10. Observar la disnea y sucesos que mejoran o empeoran.
11. Establecer esfuerzos de resucitación, si es necesario.

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2011. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Termorregulación ineficaz r/c inmadurez del centro termorregulador m/p alteración en la temperatura corporal (especificar cuánto)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Adaptación del prematuro	Tratamiento de la termorregulación
Indicador: Termorregulación **Escala:** 1= Gravemente comprometido 2= Sustancialmente comprometido 3= Moderadamente comprometido 4= Levemente comprometido 5= No comprometido	**Actividades:** 1. Observar el color de la piel 2. Toma y registro periódico de S.V (Temperatura) 3. Colocar al R.N en una cuna de calor radiante o incubadora según proceda. 4. Vigilar la temperatura de la incubadora y del R.N en ella para evitar una alteración en la temperatura corporal. 5. Mantener informados a los padres sobre el estado del bebe. 6. Hablarles con un estado de serenidad para mantenerlos tranquilos.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de Alteración del acercamiento de los padres con el RN r/c bebe prematuro.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Establecimiento de la convivencia padres e hijo RN.	Cuidados de canguro (del niño prematuro)
Indicador: Aumento de peso adecuado para su edad. **Escala:** 1= Inadecuado 2= Ligeramente adecuado 3= Moderadamente adecuado 4= Sustancialmente adecuado 5= Completamente adecuado	**Actividades:** 1. Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas. 2. Discutir la reacción de la madre ante el nacimiento prematuro del bebe. 3. Determinar y monitorizar el nivel de confianza de la madre o el padre en los cuidados del bebe. 4. Animar a la madre a que comience con los cuidados del bebe. 5. Explicar los cuidados de canguro del niño prematuro y sus beneficios a la madre. 6. Determinar si el estado fisiológico del bebe cumple con las guías de participación en los cuidados del canguro. 7. Preparar un ambiente tranquilo, privado y libre de corrientes. 8. Conseguir que la madre lleve ropas cómodas abiertas por delante. 9. Instruir a la madre y/o padre acerca del traslado del bebe desde la incubadora, cama calentadora o cuna y el manejo del equipo y tubos. 10. Pasar la ropa de la madre alrededor del bebe o colocar mantas sobre el mismo para mantener la posición y temperatura del bebe.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

RECIEN NACIDO POSTERMINO O POSTMADURO

CONCEPTO

Un niño se le considera postmaduro si ha nacido a las 42 semanas de gestación o después. (OMS)

ETIOLOGIA

- La predisposición genética (paterna y materna).Descritas líneas familiares en (madres, hermanas) que pueden explicar determinados embarazos cronológicamente prolongados.
- Mecanismo de desencadenamiento del parto. La reducción en la liberación de oxido nítrico por el cérvix puede retrasar el inicio del parto
- Otros factores implicados en la gestación prolongada son: raza blanca, obesidad e hipotiroidismo.
- Primigravidas, madres con gran paridad (mayor de 4)
- RN anencefalico se cree que faltan ciertas funciones endocrinas importantes para desencadenar el trabajo de parto

FISIOPATOLOGIA

- Se derivan de la existencia o no de las tres complicaciones asociadas;
- 1. Disfunción placentaria. El feto será pequeño para la EG, a los problemas relacionados con la desnutrición se añaden la mayor incidencia de hipoxia y acidosis fetal.
- 2. Macrosomia fetal. Los problemas fetales estarán relacionados con el trauma del parto
- 3. Malformación fetal. Anencefalia, Síndrome de Shekel y cromosomopatías. Se necesita la integridad del eje hipofiso-suprarenal para el inicio normal del parto.

CUADRO CLINICO

- Por lo general el cráneo es normal, pero parece desproporcionado debido a lo reducido de las dimensiones del resto del cuerpo.
- Piel seca y agrietada, parecida al pergamino en el momento del parto.
- Uñas duras que se extienden mas allá de las puntas de los dedos
- Pelo abundante
- Disminución de las capas grasas subcutáneas cuyo resultado es la piel suelta que da al bebe la apariencia de viejito
- Cuerpo largo y delgado
- A usencia de vernix
- La mayoría tiene una apariencia alerta con los ojos abiertos que es sintomática de la hipoxia intrauterina crónica.

DIAGNOSTICO

- la edad gestacional por amenorrea se deben tener en cuenta los criterios de no confiabilidad como son: Ciclos menstruales irregulares, antecedente de consumo de anticonceptivos orales durante los tres meses previos a la fecha de la última menstruación y fecha de la última menstruación durante la lactancia.
- Una ecografía gestacional precoz sirve para calcular adecuadamente la edad gestacional.

TRATAMIENTO

Madurez cervical (cuello maduro): Si el cuello es inmaduro se tienen dos alternativas: maduración cervical con oxitocina o manejo expectante con pruebas de bienestar fetal.

Edad gestacional:

- 42 semanas o más: Con cuello maduro se debe inducir el trabajo de parto, con cuello inmaduro se debe madurar cuello e inducir el trabajo de parto.
- 41 semanas de edad gestacional con cuello maduro se debe inducir.
- Cuello inmaduro: algunas escuelas consideran que se debe madurar e inducir el trabajo de parto, otras consideran que se debe manejar con pruebas de bienestar fetal hasta la semana 42 e inducir a esa edad gestacional.

COMPLICACIONES

- Morbimortalidad a la cual se expone el binomio madre-feto.
- Sufrimiento fetal agudo intraparto.
- Síndrome de aspiración de meconio.
- Traumatismo fetal y materno debido principalmente a la macrosomía fetal y a las dificultades para el parto que ello conlleva:
- Cefalohematomas.
- Caput succedaneum.
- Distocia de hombros.
- Fracturas.
- Desgarros perineales
- Hipoglucemia.
- Síndrome de posmadurez con asfixia intra uterina y sufrimiento fetal.
- Anomalías congénitas.
- Tensión por frio a causa de pérdida de la grasa subcutánea o desarrollo pobre de la misma.

INTRVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de hipotermia r/c agotamiento de las reservas de grasa subcutánea

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Termorregulación: recién nacido	Monitorización de signos vitales

Indicador:

uso de postura conservadora de calor (hipotermia)

Escala:

1=gravemente comprometido.

2=sustancialmente comprometido

3=moderadamente comprometido

4=levemente comprometido

5=no comprometido

Actividades:

1. Presentar con familiar del recién nacido y tocar al recién nacido para hacernos presentes.
2. Dar apoyo emocional a l madre o familiar.
3. Hacerle saber a la madre o familiar del recién nacido los procedimientos que se le realizaran.
4. Tomar Tº hasta que se estabilice
5. Monitorización de ritmo cardiaco.
6. Registro de eliminación e ingesta.
7. Observar periódicamente presión sanguínea, pulso y estado respiratorio.
8. Observar la primera alimentación del recién nacido.
9. Observar el color del recién nacido.
10. Comprobar la capacidad de succión del recién nacido.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de asfixia r/c aspiración de meconio

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	Cuidados del lactante
Indicador: Frecuencia respiratoria **Escala:** 1= Desviación grave del rango normal 2= desviación sustancial del rango normal 3= desviación moderada del rango normal 4= desviación leve del rango normal 5= sin desviación del rango normal	**Actividades:** 1. toma de signos vitales 2. vigilar frecuencia respiratoria cada media hora 3. uso de oxigeno 4. aspiración de meconio 5. extracción de sangre frecuente para verificar la cantidad de oxigeno 6. aplicación de tensioactivos o surfactantes según sea indicado

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ictericia neonatal r/c niveles altos de bilirrubina en la sangre m/p piel amarillo-anaranjada

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Cuidados del lactante
Indicador: Pigmentación anormal **Escala:** 1= gravemente comprometido 2= sustancialmente comprometido 3= moderadamente comprometido 4= levemente comprometido 5= no comprometido	**Actividades:** 1. Toma de signos vitales 2. Fototerapia 3. Hidratar al bebe con leche materna para estimular las deposiciones frecuentes lo cual ayuda a la eliminación de la bilirrubina por medio de las heces 4. Control térmico cada 6 horas, ya que 5. es común que los niños hagan sobrecalentamiento.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Riesgo de hipotermia r/c agotamiento de las reservas de la grasa subcutánea

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Termorregulación.	Regulación de la temperatura
Indicador: Frecuencia respiratorio **Escala:** 1= extremadamente comprometido 2= muy comprometido 3=moderadamente comprometido 4= levemente comprometido 5= no comprometido	**Actividades:** **1.** Colocar al recién nacido en la incubadora. 2. Mantener alimentado al recién nacido de la forma más adecuada (por sonda naso gástrica) 3. Observar signos vitales frecuentemente. 4. Controlar el equilibrio de líquidos (ingestión , eliminación y peso diario) 5. Administración de oxigeno (15 lt/min.) 6. Colocar lampara de calor si procede

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones

RECIEN NACIDO DE BAJO PESO

CONCEPTO

Un R/N de bajo peso al nacer es un término que se utiliza para describir a los bebés que nacen con un peso menor a los 2.500 gramos y se clasifica como de muy bajo peso al nacer si no alcanza los 1500 gramos al nacimiento.

Retraso en el crecimiento intrauterino (RCIU)

Insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento del feto

(concepto biológico)

Todo FETO - RN cuyo peso al nacer se situa por debajo del percentil 10 del peso que le corresponderia por su edad gestacional , referida a la curva de crecimiento intrauterino del país (concepto bioestadístico).

Clasificación.

- Pretérmino: 20 - 37 semanas
- Término: 37-42 semanas
- Postérmino: > 42 semanas
- Bajo peso: < 2500 g
- Muy bajo peso: <1500 g
- Extremadamente bajo peso o diminuto: <1000g
- Micropremature: < 800 g

ETIOLOGIA

El bajo peso de nacimiento puede atribuirse a un periodo reducido de gestación, lo cual constituye la premadurez, o a un retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), lo cual da origen a un lactante pequeño para la edad gestacional.

<u>Maternas:</u>

- Bajo peso y talla (<45 kg y <150 cm)
- Exposición a tóxicos como: alcohol, nicotina, anticonvulsivantes.
- Exposición a infección intrauterina, principalmente las del síndrome de TORCH.
- Nivel socioeconómico bajo
- Desnutrición materna.
- Escolaridad insuficiente.
- Madre soltera.
- Edad materna < 18 ó > 40
- Enfermedad cardiaca materna.
- Anemia materna.
- Multiparidad.

Útero-placentarias:

- Disfunción placentaria que acompaña a los estados hipertensivos del embarazo.
- Desprendimiento crónico de la placenta
- Tamaño pequeño de la placenta.
- Disminución de flujo útero – placentario y placento – fetal.
- Malformaciones y tumoraciones uterinas que limitan el espacio disponible para el adecuado crecimiento fetal.
- Alteraciones del cordón umbilical

Fetales:

- Falta de control prenatal
- Embarazo múltiple
- Alteraciones genéticas del feto.
- Malformaciones congénitas

FISIOPATOLOGIA

Menor expansión del volumen plasmático materno (durante el embarazo)., probablemente secundarias a menores niveles de renina y aldosterona, por lo que habría menor flujo útero placentario y por tanto menor transporte de glucosa y aminoácidos.

CUADRO CLINICO

- Los bebés con bajo peso al nacer son mucho más pequeños que los que nacen con un peso normal.
- Son muy delgados, con tejido adiposo y musculo sobre mejillas, nalgas y muslos reducidos
- Su cabeza se ve más grande que el resto del cuerpo.
- Su cabeza es aparentemente grande, pero de circunferencia normal o casi normal. Son las circunferencia torácica y abdominal las que están reducidas.

Este hallazgo es causado por una disminución de la grasa subcutánea.

DIAGNOSTICO

El peso que tendrá un bebé al nacer se puede calcular de distintas maneras durante el embarazo. Por ejemplo,

- se puede medir la altura uterina (se mide la parte superior del útero) desde el pubis hasta el fondo uterino. Esta medida en centímetros generalmente coincide con la cantidad de semanas de gestación después de la semana 20. Si la cifra es baja para la cantidad de semanas, es posible que el bebé se ha mas pequeño que lo previsto
- La ecografía (un estudio a que utiliza ondas sonoras para generar una imagen de las estructuras internas) es el método más exacto para calcular el tamaño fetal.

TRATAMIENTO

- Alimentacion adecuada; el recien nacido de bajo peso debe de darsele mas calorias que a los ninos prematuros, se debe dar la ingesta calorica deacuerdo al peso que deberia tener al nacimiento
- La ganancia de peso en el recien nacido por dia es de 200 a 300 gramos
- Alimentacion materna temprana y exclusiva, sumamente esencial
- Toma de peso diario ala misma hora y en la misma bascula

COMPICACIONES

- Hipoglicemia
- Problemas nutricionales
- Hipotermia

Aquellos con BPN relacionado a malnutrición materna tienen hasta tres o cuatro veces más riesgo de morir, especialmente por episodios de diarrea, infección respiratoria aguda o sarampión si no están inmunizados.

Estos pacientes también presentan enfermedades crónicas degenerativas en la edad adulta, principalmente enfermedades cardiovasculares (en particular hipertensión arterial sistémica), diabetes tipo II, obesidad y osteoporosis

Material y equipo necesario para el cuidado.

- Incubadora o cuna térmica.
- Campos estériles calientes
- Fuente de oxigeno, bolsa de reanimación auto inflable, mascarillas neonatales.
- Programa de mama canguro(su calor, su leche, su amor y su cuidado

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Vease planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Recién nacido de termino de bajo peso r/c desnutrición de la madre durante el embarazo m/p peso menor a 2500 g

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control del peso	Ayuda para ganar peso
Indicador: Peso **Escala:** 1= desviación grave del rango normal 2=desviación sustancial del rango normal 3= desviación moderada del rango normal 4= desviación leve del rango normal 5=sin desviación del rango normal	**Actividades**: 1. Pesar al paciente a los intervalos determinados 2. Analizar las posibles causas del bajo peso corporal 3. Control periódicamente el consumo diario de calorías 4. Fomentar el aumento de ingesta de calorías 5. Alimentar al paciente 6. Registrar el proceso de la ganancia del peso en una hoja y colocarla en un lugar estratégico 7. Analizar con la familia los factores socioeconómicos que contribuyan a una nutrición inadecuada

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las, hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Déficit de crecimiento y peso en el recién nacido r/c malnutrición materna en el cuidado prenatal m/p parámetros anormales (bajos) de crecimiento físico en el recién nacido con forme a la edad gestacional.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Crecimiento y peso	Monitorización nutricional al RN
Indicador: Cambios físicos (bajo peso) del RN **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades**: 1. Pesar al paciente a los intervalos establecidos, a la misma hora y en la misma bascula. 2. -Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. 3. -Observar las interacciones padres/niño durante la alimentación. 4. -Comprobar el crecimiento y desarrollo. 5. -Controlar la ingesta calórica y nutricional. 6. -Determinar el estado del bebe antes de iniciar la alimentación. 7. -Animar a los padres/familia que alimenten al paciente. 8. -Prestar atención al paciente durante la alimentación. 9. -Registrar la ingesta del alimento que se le está dando. 10. -Establecer los alimentos de acuerdo a sus necesidades.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Hipotermia r/c reducción de las reservas de grasa subcutánea m/p temperatura menor a lo normal (36.1º a 36.7º).

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Termorregulación: recién nacido	Regulación de la temperatura
Indicador: Disminución de la temperatura cutánea **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial * 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno **	**Actividades:** 1. Comprobar la temperatura al menos cada 30 minutos. 2. Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. 3. Observar el color ya la temperatura de la piel. 4. Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada. 5. Envolver al bebe inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor. 6. Mantener la temperatura corporal del recién nacido. 7. Poner un gorrito para evitar la pérdida de calor del recién nacido. 8. Colocar al recién nacido en incubadora o calentador. 9. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. 10. Administrar medicamentos antipiréticos (paracetamol).

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: del 2011. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Retraso en el crecimiento y desarrollo en recién nacido de bajo peso r/c cuidados inapropiados de la madre durante su embarazo m/p abuso de sustancias nocivas.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Crecimiento	Ayudar a ganar peso
Indicador: Tasa de aumento de peso **Escala:** 1= Desviación grave del rango normal 2= Desviación sustancial del rango normal 3= Desviación moderada del rango normal 4= Desviación leve del rango normal 5= Sin desviación del rango normal	**Actividades:** 1. Analizar las posibles causas del abajo peso corporal. 2. Observar si hay nausea y vomito. 3. Controlar periódicamente el consumo diario de calorías. 4. Fomentar el aumento de ingesta de calorías. 5. Proporcionar alimentos nutritivos de lato contenido calórico. 6. Proporcionar alimentos adecuados para el paciente. 7. Registrar el progreso de la ganancia de peso en una hoja y colocarla en un sitio estratégico.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: del 2011. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE DIABETICA

CONCEPTO

Es un bebé nacido de una madre que sufre de diabetes. La frase se refiere específicamente a un bebé hijo de una madre que tuvo un nivel persistentemente alto de azúcar (glucosa) en la sangre durante el embarazo.

ETIOLOGIA

Las hormonas del embarazo pueden bloquear el trabajo que hace la insulina. Cuando esto sucede, Los niveles de glucosa se pueden incrementar en la sangre de una mujer embarazada.

- Usted está en mayor riesgo para la diabetes gestacional si:
- Tiene más de 25 años al quedar embarazada
- Tiene antecedentes familiares de diabetes
- Dio a luz a un bebé con un peso por encima de 4 kg (9 lb) o que tuvo un defecto congénito
- Presenta azúcar (glucosa) en la orina cuando acude al médico para una consulta prenatal regular
- Tiene hipertensión arterial
- Tiene demasiado líquido amniótico
- Ha tenido un aborto espontáneo o mortinato de manera inexplicable
- Tenía sobrepeso antes del embarazo

FISIOPATOLOGIA

La hiperglucemia prolongada de la madre al atravesar la placenta produce en el feto estimulación del páncreas fetal produciendo la hiperplasia de los islotes de Langerhans con el consiguiente hiperinsulinismo.

La glucosa atraviesa la barrera placentaria con facilidad y no así la insulina.

La alteración del metabolismo de la glucosa en una madre diabética afecta al lactante durante la vida intrauterina e inmediatamente después de nacer…

Las moléculas de glucosa cruzan con facilidad la placenta, lo que da por resultado concentraciones sanguíneas fetales de ésta que son 70 a 80% las de la madre; la insulina no cruza la barrera placentaria.

El feto reacciona mediante producción de grandes cantidades de insulina, lo que origina un estado de hiperinsulinemia.

Con la provisión abundante de glucosa la hiperinsulinemia facilita la utilización de ésta por las células, lo que acelera el crecimiento fetal y da por resultado la macrostomia.

La macrostomia fetal contribuye a la posibilidad de distocia y al aumento de riesgo de lesión del nacimiento y asfixia durante el parto.

Después del nacimiento, cuando se corta el cordón umbilical, disminuye con rapidez la provisión de glucosa pero la concentración de insulina permanece constante, lo que con frecuencia causa hipoglucemia neonatal

CUADRO CLINICO

El bebé generalmente es grande para su edad gestacional

- Color de piel azulado o con parches (manchas), frecuencia cardíaca rápida, respiración rápida (signos de pulmones inmaduros o insuficiencia cardíaca)
- Ictericia del recién nacido (piel amarilla)
- Alimentación deficiente, letargo, llanto débil (signos de hipoglucemia severa)
- Cara hinchada
- Apariencia rojiza
- Temblores o estremecimiento poco después del nacimiento

DIAGNOSTICO

- Glicemia seriada o destrostix
- Calcemia
- Hematocrito y hb
- Gases en sangre
- Rx en tórax si se presenta compromiso respiratorio
- Bilirrubinemia, ante aparición de ictericia.

TRATAMIENTO

- Se debe estar preparados para una reanimación neonatal, después del nacimiento debe realizarse glucemia y hematocrito y deben buscarse las alteraciones clínicas ya descritas
- Iniciar precozmente la alimentación para evitar la hipoglucemia.
- Hipoglucemia (< 40mg/dL) sintomática: Infusión endovenosa (IV) en bolo de dextrosa 10%, 2mL; seguida de infusión continua de dextrosa a 6 a 8 mcg/kg/minuto
- Hipocalcemia (< 7mg/dL) sintomática: Infusión IV de gluconato de calcio 10%, 1 a 2mL/kg en 5 a 10 minutos. Monitorizar la frecuencia cardiaca. Dosis de mantenimiento, IV u oral 2 a 8mL/kg/día.
- Hipomagnesemia sintomática: se sospecha cuando no se puede corregir la hipocalcemia. Infusión IV o intramuscular (IM), de tiosulfato de magnesio 50% (4mEq/mL de magnesio), 0.1 a 0.2mL/kg, repetir cada 6 a 12 horas.

- Monitorizar la frecuencia cardiaca. Otra alternativa es el sulfato de magnesio, IV ó IM, 25-50mg/kg, cada 6 a 8 horas.
- En casos de hipoglucemia persistente se pueden utilizar los siguientes medicamentos:
    - Prednisona 1-2 mg/kg/día VO
    - Glucagón 30-200 Ug/Kg IM/IV
    - Deutóxido 10-15 mg/kg/día dividido en 3 dosis VO o IV.
- Tanto la hiperbilirrubinemia, como la policitemia o una trombosis venosa central, deben ser manejadas en forma oportuna. Puede ser necesario realizar un recambio sanguíneo parcial si el hematocrito es > 65%.
- Evitar el trauma obstétrico secundario a macrostomia.
- En casos de hipoglucemia persistente se pueden utilizar los siguientes medicamentos:
- Predispone 1-2 mg/kg/día VO
- Glucagón 30-200 Ug/Kg IM/IV
- Diazóxido 10-15 mg/kg/día dividido en 3 dosis VO o IV.
- Tanto la hiperbilirrubinemia, como la policitemia o una trombosis venosa central, deben ser manejadas en forma oportuna. Puede ser necesario realizar un recambio sanguíneo parcial si el hematocrito es > 65%.
- Evitar el trauma obstétrico secundario a macrosomía.
- Suministrar al bebé una fuente de glucosa de efecto rápido. Esta alternativa puede ser tan simple como alimentar al bebé con una mezcla de glucosa y agua. En otros casos, puede ser necesaria la administración de glucosa por vía endovenosa. Los niveles de glucosa en sangre del bebé se controlan estrictamente después del tratamiento para determinar la reaparición de la hipoglucemia.
- Controlar la hipocalcemia (bajo nivel de calcio), que también puede presentarse en los bebés de madres diabéticas
- Aportar oxígeno o utilizar un respirador (en caso de dificultad respiratoria)
- Tratar cualquier problema provocado por una lesión en el parto
- Tratar cualquier problema relacionado con un defecto congénito

COMPLICACIONES

- Defectos cardíacos congénitos
- Insuficiencia cardíaca
- Nivel alto de bilirrubina (hiperbilirrubinemia) que puede causar daño cerebral permanente

- Pulmones inmaduros
- Policitemia neonatal(más glóbulos rojos de lo normal) que puede causar un bloqueo en los vasos sanguíneos o hiperbilirrubinemia
- Hipoglucemia severa que puede causar daño cerebral permanente
- Síndrome del colon izquierdo pequeño que causa síntomas de obstrucción intestinal
- Mortinato
- Hipocalcemia
- Hipomagnesemia
- Asfixia neonatal
- Acidosis metabólica
- Traumatismo Obstétrico (macrosomía)
- Síndrome de dificultad respiratoria
- Hipervolemia
- Visceromegalia
- Inestabilidad neurológica
- Trombosis venosa

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planos de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Disminución del Gasto Cardiaco r/c alteración de la Frecuencia Cardiaca m/p dificultad para respirar

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Estado respiratorio: ventilación	Cuidados cardiacos
Indicador: Facilidad de la inspiración **Escala:** 1= Grave Comprometido 2= Sustancialmente comprometido 3= Moderado comprometido 4= Levemente comprometido 5= No comprometido	**Actividades:** 1. Tomar nota de los signos significativos d disminución del gasto cardiaco. 2. Observar signos vitales con frecuencia – Monitorizar el estado cardiovascular. 3. Observar si hay disritmias cardiacas, incluyendo trastornos tanto de ritmo como de conducción. 4. Controlar el estado respiratorio 5. Controlar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardiacas, niveles de electrolitos). 6. Reconocer la presencia de alteraciones de la presión sanguínea. 7. Evaluar la respuesta del paciente a la ectopia o a las disritmias. 8. Disponer terapia antiarritmica según la política del centro (medicamentos antiarritmicos, cardioversión, si procede. 9. Vigilar la respuesta del paciente a los medicamentos antiarritmicos. 10. Observar disnea, taquipnea y ortopnea. 11. Promover la disminución de estrés.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Patrón respiratorio ineficaz r/c inmadurez pulmonar m/p disnea

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Estado respiratorio	Monitorización respiratoria

Indicador:

Disnea en reposo

Escala:

1= Desviación grave del rango normal

2= Desviación sustancial del rango normal

3= Desviación moderada del rango normal

4= Desviación leve del rango normal

5= Sin desviación del rango normal

Actividades:

1. Administrar aire u oxigeno ligeramente presurizado
2. Utilizar ventilador mecánico controlando la lectura y anotando los aumentos y disminución de la presión inspiratoria
3. Manipularlo suavemente
4. Vigilar la frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones
5. Anotar los movimientos torácicos checando la simetría
6. Auscultar los sonidos respiratorios anotando las áreas de disminución, la ausencia de ventilación y presencia de sonidos
7. Vigilar la capacidad vital , el grado de dificultad respiratoria y el volumen espiratorio forzado en un segundo
8. Observar si aumenta la intranquilidad y la falta de aire
9. Mantenerlo un ambiente adecuado y evitar las perturbaciones
10. Mantener su temperatura corporal ideal

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de glucemia inestable del RN r/c el metabolismo de la glucosa de la madre diabética

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Nivel de glucemia	Manejo de la nutrición
Indicador: Concentración sanguínea de la glucosa **Escala:** 1= Desviación grave del rango normal 2= Desviación sustancial del rango normal 3= Desviación moderada del rango normal 4= Desviación leve del rango normal 5= Sin desviación del rango normal	**Actividades:** 1. Fomentar la ingesta de calorías adecuadas para el RN 2. Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C 3. Dar comidas ligeras en puré y blandas 4. Proporcionar un sustituto del azúcar 5. Vigilar peso del RN 6. Informar a la madre sobre la alimentación adecuada del RN 7. Realizar exámenes de laboratorio 8. Observar coloración de la piel 9. Toma de signos vitales constante 10. Realizar destroxtix cada 30 min las primeras hrs de vida 11. Determinar un tratamiento si procede

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Crecimiento desproporcionado del RN r/c trastornos genéticos (madre diabética) M/P peso mayor de la edad gestacional (macrostomia)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Peso: masa corporal	Enseñanza: Nutrición del bebe

Indicador:

Peso

Escala:

1= Desviación grave del rango normal

2= Desviación Sustancial del rango normal

3=Desviación Moderada del rango normal

4= Desviación Leve del rango normal

5= Sin Desviación

Actividades:

1. Proporcionar a los padres materiales escritos adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
2. Enseñar a los padres o cuidador a alimentar solo con leche materna o formula durante el primer año (no dar alimentos sólidos antes de los 4 mese)
3. Enseñar a los padres a sujetar adecuadamente siempre que el bebe se le de biberón
4. Recomendar a los padres que eviten el introducir cereales en el biberon solo leche materna o formula.
5. Enseñar a los padres a limitar la ingesta de agua a entre 14 y 28g cada vez , 112g al día
6. Recomendar a los padres a evitar el uso de miel o jarabe de cereales
7. Enseñar a los padres a permitir la succión no nutritiva
8. Enseñar a los padres a evitar zumos o bebidas azucaradas
9. Recomendar toma de peso cada mes
10. Recomendar dieta prescrita.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE FACTOR RH NEGATIVO (-)

CONCEPTO

La eritroblastosis fetal, también llamada enfermedad hemolítica del recién nacido es un trastorno sanguíneo en la que una madre produce anticuerpos durante el embarazo que atacan los glóbulos rojos de su propio feto, cuando la madre y el bebé tienen tipos de sangre diferentes.

ETIOLOGIA

Cuando una mujer Rh negativo y un hombre Rh positivo conciben un hijo, la condición de Rh adquiere especial importancia. Los factores Rh se determinan genéticamente. Un bebé puede tener el grupo sanguíneo y el factor Rh de cualquiera de sus padres o bien una combinación de ambos. Los factores Rh siguen un patrón común de herencia genética. El gen Rh positivo es dominante (más fuerte) e incluso cuando se junta con un gen Rh negativo, el positivo prevalece.

FISIOPATOLOGIA

Se desarrolla cuando una mujer embarazada tiene Rh negativo siendo el hijo Rh positivo. Durante el embarazo, los glóbulos rojos del feto pueden pasar al torrente sanguíneo de la madre a medida que ella lo alimenta a través de la placenta. Como la madre es Rh negativo, su organismo no puede tolerar la presencia de glóbulos rojos Rh positivos. En tales casos, el sistema inmunitario de la madre trata a las células fetales Rh positivas como si fuesen una sustancia extraña y crea anticuerpos contra dichas células sanguíneas fetales. Estos anticuerpos anti-Rh positivos pueden atravesar la placenta hasta el feto, donde destruyen los glóbulos rojos circulantes de éste.

CUADRO CLINICO

- Anemia leve (eritrocitos normal 4 a 5 millones/ml)
- Hiperbilirrubinemia (elevación de los niveles de bilirrubina en la sangre 20 mg/dl limite mayor). La placenta ayuda a eliminar parte de la bilirrubina, pero no toda.
- Palidez debida a la anemia.
- Ictericia o coloración amarillenta del líquido amniótico, del cordón umbilical, la piel y los ojos.
- Es posible que el bebé no tome un color amarillento inmediatamente después del nacimiento, pero la ictericia puede desarrollarse rápidamente, por lo general durante las siguientes 24 a 36 horas.
- El recién nacido puede presentar crecimiento del hígado y del bazo.

DIAGNOSTICO

- ecografía - para detectar el agrandamiento de órganos o la acumulación de líquido en el feto.
- amniocentesis - para medir la cantidad de bilirrubina en el líquido amniótico.
- toma de muestras de algunas células de la sangre del cordón umbilical durante el embarazo para verificar que no haya anticuerpos, bilirrubina ni anemia en el feto.
- análisis de la sangre del cordón umbilical del bebé para determinar el grupo sanguíneo, el factor Rh, el recuento de los glóbulos rojos (eritrocitos) y de los anticuerpos
- Análisis de la sangre del bebé para determinar los niveles de bilirrubina
- Si es necesario, pedirá una ecografía para determinar si hay crecimiento del hígado, del bazo y del corazón.

TRATAMIENTO

Tratamiento materno
- Disminución de ACS maternos
- Inmunoglobulinas endovenosas
- Plasmaféresis

Transfusión intrauterina
- Tratamiento de elección para anemia fetal grave
- Se realiza mediante cordocentesis
- Transferencia de sangre fresca 0 Rh(-)

Tratamiento del Recién Nacido
- Líquidos a través de la vena (por vía endovenosa -en caso de presión sanguínea baja).
- Ayuda para el problema respiratorio por medio de oxígeno o un respirador mecánico
- Exanguineotransfusion

Se realiza ya sea en un acceso periférico o en el cordón umbilical, una vez nacido el bebe, si es dentro de la madre se realiza una cordocentesis
El volumen sanguíneo se determina de acuerdo a normo grama de Rawlings (1982):

Peso de nacimiento	Volumen sanguíneo
< 2000 g	100 ce x kg
2000 - 2500 g	95 ce x kg
2500 - 3500 g	85 ce x kg
> 3500 g	80 ce x kg

- Fototerapia
  - Se realiza por medio de luz fluorescent
  - a 40 cm de separacion
  - Se cubren los ojos
  - Se cubren los genitales externos en los varones
  - Se coloca un termómetro axilar para monitorear la T° cada 2 o 4 horas
  - Se cambia de posición cada 3 a 4 horas
  - No c debe exponer a mas de 1000 hrs

COMPLICACIONES

- Anemia por la destrucción de eritrocitos
- Ictericia
- Aborto espontaneo
- Hidropesía
- Muerte intrauterina
- Kernicterus

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planos de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Retraso en el crecimiento intrauterino r/c la madre no se aplico la vacuna de ROGAM

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCIÓN (NIC):**
Crecimiento	Cuidados del embarazo de alto riesgo
Indicador: percentila del crecimiento intrauterino **Escala:** 1.-Desviacion grave del rango normal 2.- Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.- Desviación leve del rango normal 5.- Sin desviación del rango normal	**Actividades:** 1.-Crear una relación terapéutica y de apoyo con los padres. 2.- Monitorización de signos vitales. 3.- Ayudar a os padres a tener expectativas realistas sobre el desarrollo del bebe. 4.- Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (RCU) 5.-Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados. 6.-Escribir guías sobre signos y síntomas que requieren atención médica inmediata (hemorragias vaginal roja brillantes, cambios en el liquido, disminución de movimientos fetales, cuatro o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de la gestación, dolor epigástrico) 7.- Monitorizar el estado físico y psicológico muy atentamente durante el embarazo. 8.-Administrar globulina inmune Rho (D) 9.- Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo. 10. Notificar alguna complicación al medico

EVALUACION

Fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Exceso de volumen de liquido r/c incompatibilidad materna Rh (-) m/p edema generalizado.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Severidad de la sobrecarga de líquido	Manejo de líquidos
Indicado: Edema generalizado **Escala:** 1.- Grave 2.- Sustancial 3. - Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	**Actividades:** 1.-Monitorizar signos vitales. 2.- Monitorizar estado nutricional. 3.- Consultar con el médico sí los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran. 4.-Determinar la disponibilidad de productos sanguíneos para transfusión si se requiere. 5.-Preparar al paciente para la administración de productos sanguíneos si se requiere. 6.-Evaluar la ubicación y extensión del edema. 7.- Observar si hay indicios de sobrecarga detención de líquidos (precipitación, presión de cuña capilar, pulmonar, elevada edema, distención de venas de cuello) 8.-Notificar alguna complicación al médico 9.- monitorizar estado hemodinámica 10.- administrar los productos sanguíneos

EVALUACION

Fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de perfusión tisular inefectiva: cerebral r/c intoxicación por bilirrubina

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Perfusión tisular: cerebral	Mejora de la perfusión cerebral
Indicado: Deterioro cognoscitivo **Escala:** 1.- Grave 2.- Sustancial 3. - Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	**Actividades:** 1.- Toma y registro de signos vitales 2.-Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicas y mantener dichos parámetros dentro del margen debido 3.-Vigilar estado neurológico 4.-Calcular y monitorizar la presión de perfusión cerebral 5.-Vigilar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las respiración; niveles de PO2, PCO2,PH,y bicarbonato) 6.-Controlar los factores determinantes del aporte de oxigeno tisular, si hubiera disponibilidad 7.-Vigilar si hay signos de sobrecarga de líquidos 8.- Notificar alguna complicación al médico 9.Apoyo emocional y psicológico a la familia

EVALUACION

Fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Riesgo de crecimiento desproporcionado r/c incompatibilidad Rh (-)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCIÓN (NIC):**
Detención del riesgo	Monitorización fetal electrónica: antes del parto
Indicado: Detención del crecimiento **Escala:** 1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3. –A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado	**Actividades:** 1.- Toma y registro de signos vitales. 2.-Comprobar el crecimiento y desarrollo. 3.-Vigilar la tendencia de perdida y ganancia de peso. 4.- Ayudar a os padres a tener expectativas realistas sobre el desarrollo del bebe. 5.- revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (RCU) 6.- Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados. 7.- Monitorizar el estado físico y psicológico muy atentamente durante el embarazo. 8.- Escribir guías sobre signos y síntomas que requieren atención médica inmediata (hemorragias vaginal roja brillantes, cambios en el liquido, disminución de movimientos fetales, cuatro o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de la gestación, dolor epigástrico. 9.-Apoyo emocional y psicológico a la familia. 10.-Vigilar la perdida y ganancias de peso.

EVALUACION

Fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE PRECLAMPTICA

CONCEPTO

Se considera como fetopatía toxémica (FT) al conjunto de alteraciones que presenta el recién nacido que proviene de una madre con preeclampsia la cual se presenta después de la semana 20 de gestación. Estas alteraciones pueden repercutir sobre el crecimiento, desarrollo y homeostasis del producto en la vida fetal, durante el trabajo de parto o en la etapa neonatal. Esta patología es mas frecuente en primigestas; gestaciones múltiples; mujeres con alteraciones uterinas graves y pacientes con hipertensión o nefropatía crónica.

ETIOLOGIA

Se desconoce la etiología y patogenia de la preeclampsia-eclampsia pero se sabe que el síndrome sólo ocurre en los seres humanos, que el defecto básico obedece a la invasión incompleta del trofoblasto en las arterias espirales: hecho que ocurre al momento de la implantación del zigoto, por lo que se considera un defecto adquirido. Se sabe que esta enfermedad es más frecuente en mujeres que padecen de hipertensión arterial y diabetes.

CUADRO CLINICO

En los casos leves de esta enfermedad no hay repercusiones significativas para el feto; en cambio cuando la preeclampsia-eclampsia es grave las consecuencias pueden variar: desde fetos que cursan asintomáticos, con un crecimiento y desarrollo adecuados para la edad de gestación, hasta ser la causa de óbito fetal, se conocen 3 grados de disfucion placentaria durante la preeclapcia-eclapsia:

Grados de disfunción placentaria:

Grado 1
Abundante descamación del cabello, piel blanca, expresión despierta y observadora; la piel se aprecia floja, gruesa y seca, especialmente en los muslos y nalgas; uno de cada tres cursan con taquipnea transitoria o edema cerebral. No parece influir en la mortalidad.

Grado 2
El líquido amniótico está teñido de meconio, al igual que la placenta y el cordón umbilical; piel y vernix caseoso. Dos de cada tres presentan síndrome de aspiración por meconio y la mortalidad perinatal es mayor. Los sobrevivientes pueden tener secuelas neurológicas.

Grado 3
Las uñas y la piel son color amarillo brillante y el cordón umbilical es grueso y amarillo verdoso, y friable (se rompe fácilmente al ligarlo).Se consideran sobrevivientes del grado 2: por tener una mejor reserva fetal. Su mortalidad perinatal es de 15% y tienen menos complicaciones.

Cuadro clínico por efectos de medicamentos administrados a las madres

Diazoxido (hyperstat) se emplea para tratar la preeclampsia puede producir crecimiento excesivo de lanugo o ausencia de pelo en el neonato.
El sulfato de magnesio es el mas utilizado para tratar la preeclampsia y eclampsia tiene efectos depresivos sobre el feto, al nacer el neonato manifiesta respiración deprimida y débil, flacidez y con reflejos muy pobres, presentan hipermagnesemia.
Diacepam puede causar hipotermia al neonato

DIAGNOSTICO

En general se indica inicialmente internación para realizar un estudio completo materno-fetal que incluye laboratorio en sangre y orina, electrocardiograma materno, ecografías, Doppler obstétrico y monitoreo fetal.
Es preciso contar con el antecedente de preeclampsia-eclampsia en una mujer y documentar las repercusiones de ésta en el neonato.

TRATAMIENTO

Reposo en cama y vigilancia materna y fetal principalmente, se monitoriza la tención arteria y exámenes de laboratorio.
Se recomienda la cesárea, bajo anestesia general para evitar que se inicie el trabajo de parto y así obtener un producto en mejores condiciones físicas sin agudización del sufrimiento fetal crónico presente en estos niños.
Reanimación neonatal, ya que con frecuencia ésta es necesaria, a la hora del nacimiento.
valoración de Apgar al minuto y cinco minutos; al minuto para ver la necesidad de reanimación y la de los cinco minutos cuando ésta es menor de 7 tradicionalmente se ha asociado con una mayor posibilidad de secuelas neurológicas.
El recién nacido con Apgar satisfactorio y con un peso mayor a 2,500 g puede recibir el manejo habitual para el recién nacido normal.
Colocar en incubadora para mejor control térmico, examen dextrostix, oxígeno suplementario en caso necesario.
Administración de vitamina K para evitar hemorragias
Administración de vitamina D para prevenir el raquitismo
Alimentación precoz

COMPLICACIONES

- Hipoglucemia,
- Hipermagnesemia,
- Síndrome de dificultad respiratoria por deficiencia del factor surfactante,
- Síndrome de aspiración de meconio, encefalopatía hipoxia.
- Bajo peso al nacer menos de 2500 grs., Apgar bajo, Prematurez, Retardo en el crecimiento intrauterino, cesárea.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Alteración del patrón respiratorio r/c disminución de la capacidad pulmonar (déficit de surfactante) m/p disnea

RESULTADO (NOC): Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	**INTERVENCION (NIC):** Monitorización respiratoria
Indicador: Disnea en reposo **Escala:** 1= Grave 2=Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades**: 1. vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones 2. anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracción de músculos intercostales supraclaviculares 3. observar si se producen respiraciones ruidosas como cacareos o ronquidos 4. instaurar tratamiento de terapia respiratoria (administración de surfactante) cuando sea necesario 5. colocar al paciente en una posición que alivie la disnea 6. observar los sucesos que mejoran o empeoran la disnea 7. vigilar las secreciones respiratorias del paciente 8. anotar aparición, características y duración de la disnea 9. observar si aumenta la falta de aire 10. abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de asfixia r/c aspiración de meconio

RESULTADO (NOC): Estado respiratorio: ventilación	**INTERVENCION (NIC):** Monitorización del recién nacido
Indicador: Hallazgos (meconio) en la radiografía de tórax **Escala:** 1= Desviación grave del rango normal 2= Desviación sustancial del rango normal 3= Desviación moderada del rango normal 4= Desviación leve del rango normal 5=Sin desviación del rango normal	**Actividades**: 1. Realizar los cuidados mediatos e inmediatos del recién nacido 2. Realizar el test de apgar al primer minuto y a las 5 minutos después del nacimiento 3. Comprobar la frecuencia respiratoria y la forma de respirar 4. Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal si procede 5. Limpieza de vías aéreas con surfactante pulmonar 6. Observar el color del recién nacido 7. Identificación al paciente si requiere de manera real/potencial la intubación de vías aéreas 8. Observar el estado respiratorio comprobando si hay signos de distrés respiratorio: taquipnea, ensanchamiento nasal, gruñidos, retracciones, ronquidos o estertores 9. Observar si hay distrés respiratorio 10. Vigilar constantemente el estado respiratorio del recién nacido

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Termorregulación ineficaz r/c limitada capacidad de producción de calor (poco tejido adiposo) m/p hipotermia.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Termorregulación recién nacido	Aplicación de calor

Indicador:

Hipotermia

Escala:

1 Grave

2 Sustancial

3 Moderado

4 Leve

5 Ninguno

Actividades:

10. Utilizar un paño humedecido junto a la piel para aumentar la sensación de calor.
11. Comprobar la temperatura de la aplicación
12. Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas de conducta.
13. Sincronizar todas las aplicaciones cuidadosamente.
14. Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento.
15. Colocar de tal manera que haya movimiento desde la fuente de temperatura.
16. Ordenar no ajustar la temperatura de forma independiente sin instrucciones previas.
17. Cambiar el sitio de aplicación de calor o cambiar la forma de estimulación, si no se consigue el alivio.
18. Instruir a los padres acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación.
19. Enseñar a los padres a evitar lesiones en la piel después de la estimulación.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de asfixia r/c administración de medicamentos a la madre (diazepan)

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Estado respiratorio	Monitorización respiratoria

Indicador:

frecuencia respiratoria

Escala:

1= Gravemente comprometida

2= Sustancialmente comprometida

3= Moderadamente comprometida

4= Levemente comprometida

5= No comprometida

Actividades:

1. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
2. Observar si se producen respiraciones ruidosas.
3. Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.
4. Auscultar los sonidos respiratorios
5. Determinar la necesidad de aspiración.
6. Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran.
7. Instaurar tratamientos de terapia respiratoria
8. Establecer esfuerzos de resucitación, si es necesario
9. Controlar el esquema de respiración
10. Determinar si hay necesidad de aspiración.

EVALUACION

f e c h a					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE CON SIDA (VIH)

CONCEPTO

El SIDA neonatal, es la infección transmitida de una madre infectada con el virus del VIH al hijo, durante la gestación, el trabajo de parto o a través de la leche materna.

ETIOLOGIA

Factores Maternos:

- Madres con enfermedad avanzada de VIH, con CD4 bajo
- Madres con alta carga viral.
- La drogadicción endovenosa y tabaquismo durante el embarazo

Factores Obstétricos:

- 87% se reduce si es cesárea, incluyendo terapia antirretroviral
- Ruptura prematura de membranas.
- La presencia de corioamnionitis y de úlceras genitales.
- Episiotomía

Factores relacionados al feto:

- Niños prematuros y con muy bajo peso al nacer. inmadurez en el desarrollo del sistema inmune.
- El orden de nacimiento de gemelos. Si es vaginal el primer feto tiene un riesgo de infección de 35% el segundo 15%. Si es cesárea es16% y 8%

Lactancia Materna:

- Durante los meses 2 a 6, es de 0.7%, de 6 a 11 meses es de 0.6% por mes y de 0.3% desde los 12 a 18 meses.

Transfusiones de sangre y derivados, abuso sexual y objetos contaminados

FISIOPATOLOGIA

Dos sistemas diana: Inmunológico y S.N.C

Afectación de la inmunidad celular con pérdida intensa de los linfocitos T CD4 y deterioro de la función de células colaboradoras, la infección de la célula T y la replicación Vírica, produce lisis (Destrucción progresiva de órganos linfoides) Perdida de células inmaduras precursoras de CD4, Cuando hay linfógena sirven como lugar de replicación, las células Dendríticas de la mucosa tienen receptores para el virus y lo presentan de forma intacta ante las células T, no hay capacidad para respuesta ante nuevos antígenos.

CUADRO CLINICO

- Hepatoesplenomegalia
- Linfadenopatía generalizada
- Meningoencefalitis aséptica, manifestada por:
  -Letárgia, Irritabilidad, apatía y poca alimentación
- Retraso del crecimiento pondoestatural
- Diarrea persistente o crónica
- Retraso del desarrollo madurativo sin etiología certera
- Fiebre persistente

DIAGNOSTICO

En los niños <18 meses: test (PCR) que detecta la presencia del virus, ácidos desoxirribonucleicos específicos (ADN).

La sensibilidad en las primeras 48 horas de vida es del 38%. A los 14 días de vida, 93%, el 100% 6 meses de edad. (No se debe realizar estos estudios con sangre de cordón umbilical).

TRATAMIENTO

Fuese ideal entre las 14-34 semanas de gestación con (zidovudina):

AZT 100mgs. 5 veces por día, o,
AZT 200mgs. 3 veces por día, o,
AZT 300mgs. 2 veces por día, vía oral. Esto sería pre-parto.
Y durante el parto:
AZT IV a la madre durante el trabajo de parto 2mg/kg a pasar en 1 hora seguido de infusión iv 1mg/kg/hr hasta el parto.

Al nacer:
Comenzar AZT 2mg/Kg/dosis cada 6 hs. V.O ó 1,5 mg/Kg/ dosis I.V cada 6 hs. (en prematuros 1,5 mg./Kg/dosis) dentro de las 6 a 12 hs. de vida.

COMPLICACIONES

- Parto prematuro
- Cardiomiopatía
- Nefropatía
- Hemorragia cerebral Candidiasis oral severa
- Infecciones bacterianas
- Neumonitis intersticial severa
- TBC extrapulmonar.

INTERVENCIONES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
Véase planes de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Interrupción de la lactancia materna r/c enfermedad de la madre (VIH) m/p contraindicación de la lactancia materna.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Estado nutricional	Manejo de la nutrición
Indicador: Ingestión alimentaria con fórmula **Escala:** 1= Desviación grave del rango normal 2= Desviación sustancial del rango normal 3= Desviación moderada del rango normal 4= Desviación leve del rango normal 5= Sin desviación del rango normal	**Actividades:** 1. Orientación a la madre sobre el tipo de fórmula que se debe dar al recién nacido. 2. Instruir a la madre sobre la forma adecuada de dar la fórmula. 3. Indicar fórmula a libre demanda, de acuerdo a las necesidades del bebé. 4. Anima a los familiares a que se involucren en la alimentación a recién nacido. 5. Mantener el vínculo que existe entre hijo/ madre.

EVALUACION

Fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de deterioro de la función hepática r/c hijo de madre con VIH

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Función hepática	Función metabólica
Indicador: Funcionamiento hepático normal **Escala:** 1= Grave 2= Sustancial 3= Moderado 4= Leve 5= Ninguno	**Actividades:** 1. Monitorizar los signos vitales cada hora. 2. Tomar muestras de laboratorio. 3. Reportar cualquier anormalidad del estado general del estado general del recién nacido. 4. Checar signos de hiperbilirrubinemia (piel amarillo-anaranjada).

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial:

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de infección de VIH r/c madre con (VIH +) con 14 semanas de gestación.

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control de riesgo: proceso infeccioso	Enseñanza: proceso de enfermedad

Indicador:

Toma acciones inmediatas para reducir el riesgo

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Evaluar el conocimiento que tiene sobre su enfermedad.
2. Explicar la fisiopatología de la enfermedad y la relación con la anatomía (como puede infectar a su hijo).
3. Proporcionar información relacionada con los factores de riesgo identificados, en este caso información completa y detallada del VIH.
4. Informar sobre las pruebas de sangre (ELISA, WESTERN BLOT) para identificación de CD4 o CARGA VIRAL en el cuerpo.
5. Describir los signos y síntomas más comunes de la enfermedad.
6. Vigilar e identificar cualquier cambio anormal en el estado de salud de la paciente.
7. Vigilar el estado de salud del producto.
8. -Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.
9. -Proporcionar información acerca de diagnósticos disponibles.
10. -Informar sobre las opciones de tratamiento,(indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de este.

EVALUACION

fecha						
Lk						

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Fecha:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de infección r/c inmunodeficiencia

RESULTADO (NOC):	**INTERVENCION (NIC):**
Control de riesgo: proceso infeccioso	Control de infecciones

Indicador:

Los padres identifican estrategias para proteger al RN frente a otra probable infección

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Actividades:

1. Limpiar el ambiente adecuado después de cada uso por parte de los pacientes.
2. Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
3. Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.
4. Colocar en sitios de precaución de aislamiento designados, si procede.
5. Mantener técnicas de aislamiento, si procede.
6. Limitar el número de las visitas, si procede.
7. Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
8. Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
9. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
10. Llevar ropa de precaución o bata durante la manipulación de material infeccioso.

EVALUACION

fecha					
Lk					

Evaluación inicial: de del 2010. Evaluación subsiguiente a las , , hrs.

Observaciones:

CONCLUSION

Como resultado principal de la compilación de este materia, concluimos que es sin lugar a duda en la atención al paciente y al recién nacido en donde debemos de enfocarnos, ya que las rutinas hospitalarias suelen caer en la rutinizacion y se deja de lado el aspecto humano de la profesión, tratándose al paciente como un enfermo y basándose solo en indicaciones medicas.

Es por eso que este documento nos brindara la pauta para consultar y desarrollar cuidados individualizados para el paciente. Es importante detenernos a pensar en todas esas rutinas que se hacen solo por protocolo y busquemos aquellas acciones e intervenciones de enfermería que sean oportunas y eficaces para el paciente.

Las mujeres antes, durante y después del embarazo así como los recién nacidos de madres con problemas patológicos, manifiestan en las pacientes un trauma y un sentimiento de culpabilidad, por lo que trabajar con ellas en el ámbito emocional es también parte integral de nuestra tarea, darles apoyo y sobre todo orientarlas sobre el autocuidado y el que deben dar a su recién nacido.

Este manual es resultado de un esfuerzo conjunto que integra conocimientos enfermeros pero también está pensado en las necesidades de atención del paciente sin dejar el lado humanitario de la profesión.

SUGERENCIAS

Este manual es una guía fundamental para lograr un desarrollo eficiente en nuestra práctica clínica ya que a través del mismo incluimos planes de cuidado aplicables a la comunidad que se va a abordar por lo que sugerimos su uso durante el desarrollo de la práctica. Así mismo brindaremos un servicio de mayor calidad.

Sería conveniente que los planes de cuidado de enfermería contenidos en el documento sean planes estandarizados, con esto lograríamos un uso más práctico del manual.

De igual manera se sugiere que este manual se pudiera realizar en electrónico para que este disponible en línea como medio de consulta para cualquier persona que pudiera tener una complicación durante el embarazo, parto y puerperio así mismo lograr una mayor prevención en la población.

Habría sido importante estudiar un mayor número de patologías para tener un mayor aprendizaje, pues solo se abarcaron las principales.

Sería importante el haber tomado en cuenta los problemas en los ámbitos emocionales, psicológicos, sociales y no solo lo fisiológico que presenta la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

BIBLIOGRAFIA

- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/232_IMSS_09_Ca_Mama_2oN/EyR_IMSS_232_09.pdf
- http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D55.pdf
- http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_DPPNI.pdf
- http://embarazo10.com/2007/12/10/desprendimiento-de-placenta/
- http://es.scribd.com/doc/7124026/Desprendimiento-Prematuro-de-Placenta
- Obstetricia -Tema 31- distocias mecánicas Universitat do Valencia. España. Recuperado de: http://www.uv.es/~dpog/Remohi/OBSTETRICIA%20O-31.pdf
- Obstetricia -Tema 31- distocias mecánicas Universitat do Valencia. España. Recuperado de http://www.uv.es/~dpog/Remohi/OBSTETRICIA%20O-30%20(I).pdf
- Mercado P.M.E. “Distocias” Obstetricia Integral, siglo XXI. Cap. 15. p.p. 275-300. Extraído desdehttp://www.bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf
- Guerrero S. T. “Distocias dinámicas: conducta” Servicio de obstetricia y ginecología, Hospital Universitario Virgen de las nieves. Granada. 2008, p.p. 14. Extraído de:
- http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08.distocias_dinamicas.pdf
- http.//www.fertilab.net/om3839.html.
- http://www.uv.es/~dpog/Remohi/OBSTETRICIA%20O-30%20(I).pdf.
- http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1039/1/Distocias.-Anomalias-de-la-dinamica-uterina.
- http://www.patologia.es/volumen35/vol35-num2/pdf%20patologia%2035-2/35-2-07.pdf
- http://es.wikipedia.org/wiki/Mola_hidatiforme