

ENFERMERIA MEDICOQUIRURGICA

UNIDAD I

GENERALIDADES DE ENFERMERIA MEDICOQUIRURGICA*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas serán capaces de prestar cuidados a pacientes con desviaciones del estado de salud que producen cambios en el funcionamiento integral del ser humano, guiando sus acciones para que el individuo desarrolle al máximo su nivel de autocuidado.

* Temas que se describen:

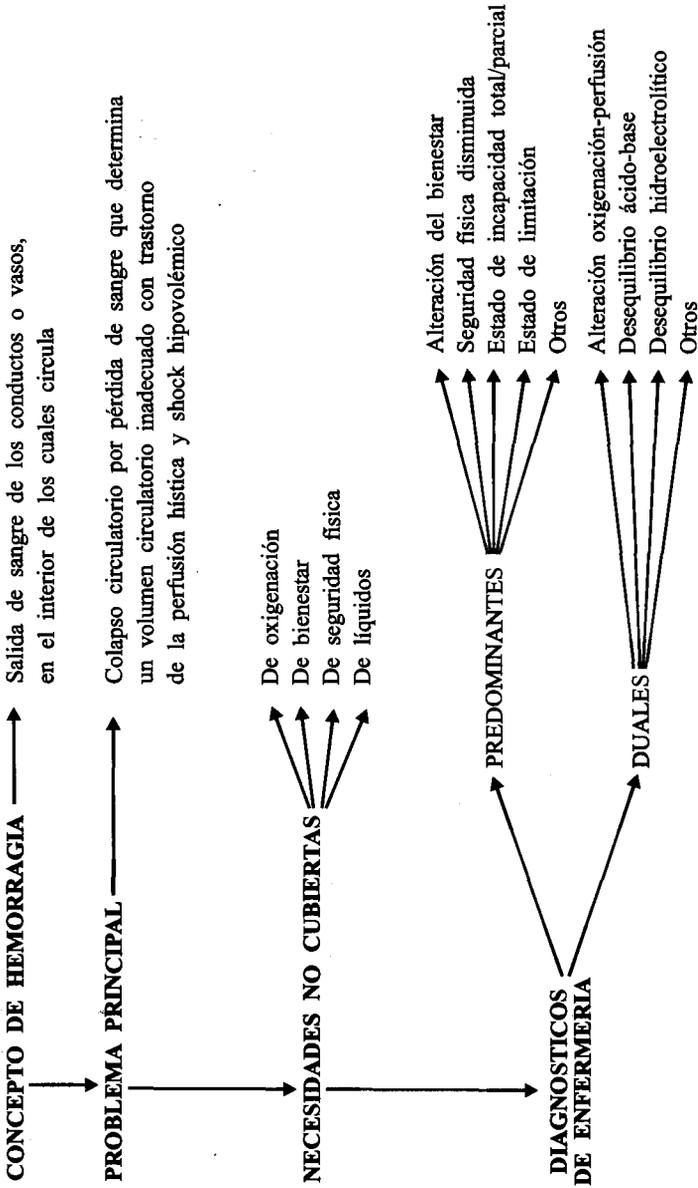
- El síndrome hemorrágico
- Cuidados de enfermería al paciente oncológico.

TEMA: EL SINDROME HEMORRAGICO

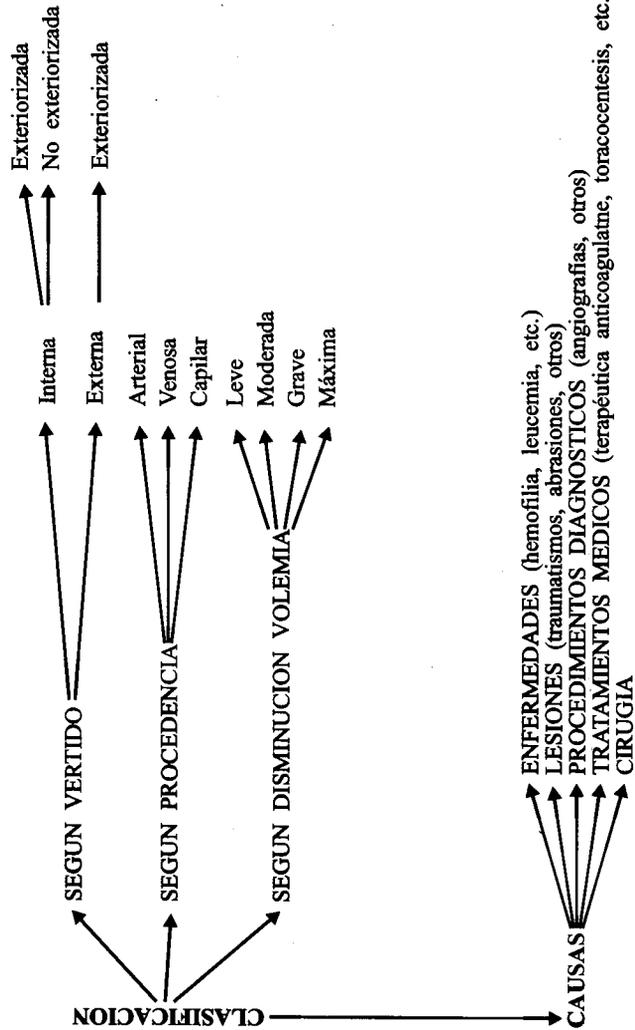
OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1. Describir el concepto de hemorragia, las causas y clasificación de las mismas, así como los mecanismos de compensación del organismo humano cuando existe hemorragia.**
- 2. Describir las manifestaciones comunes que presentan los enfermos con un problema de hemorragia.**
- 3. Identificar los problemas del enfermo derivados de esta alteración.**
- 4. Determinar las acciones de enfermería más adecuadas para solucionar los problemas identificados.**
- 5. Describir los criterios de normalidad y/o adaptación que denotan la mejoría del enfermo.**

EL SINDROME HEMORRAGICO (I)

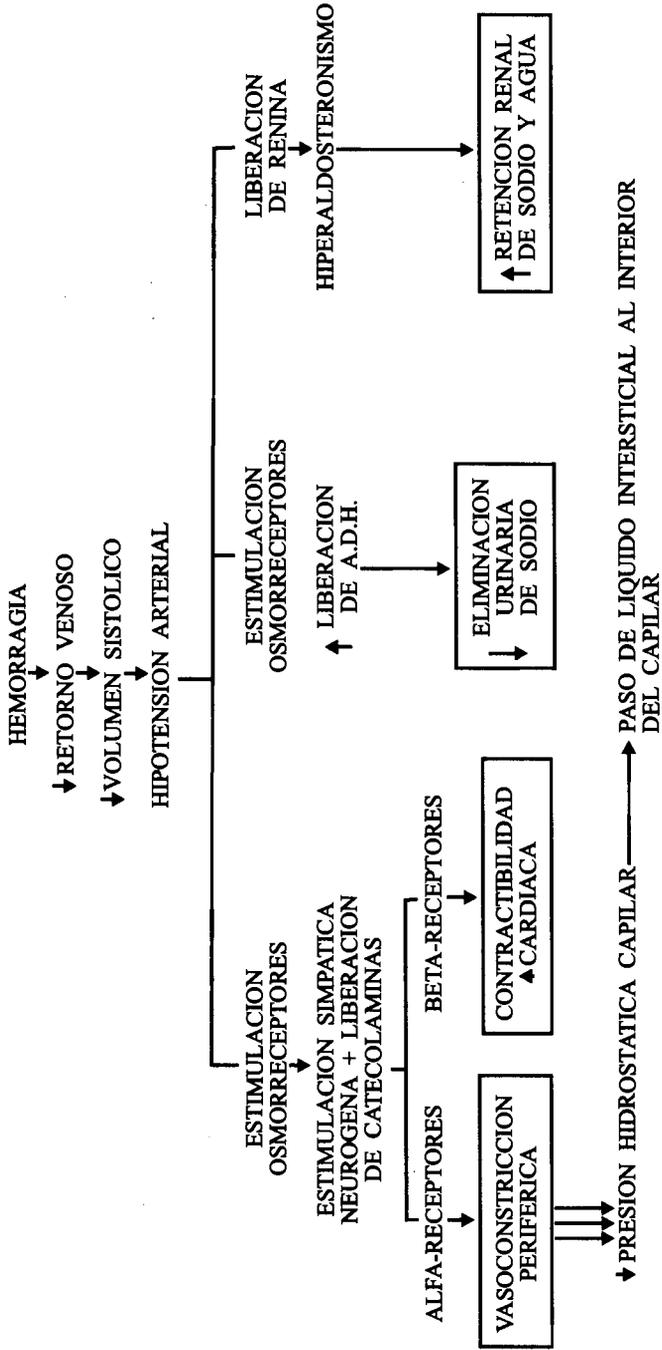


EL SINDROME HEMORRAGICO (II)



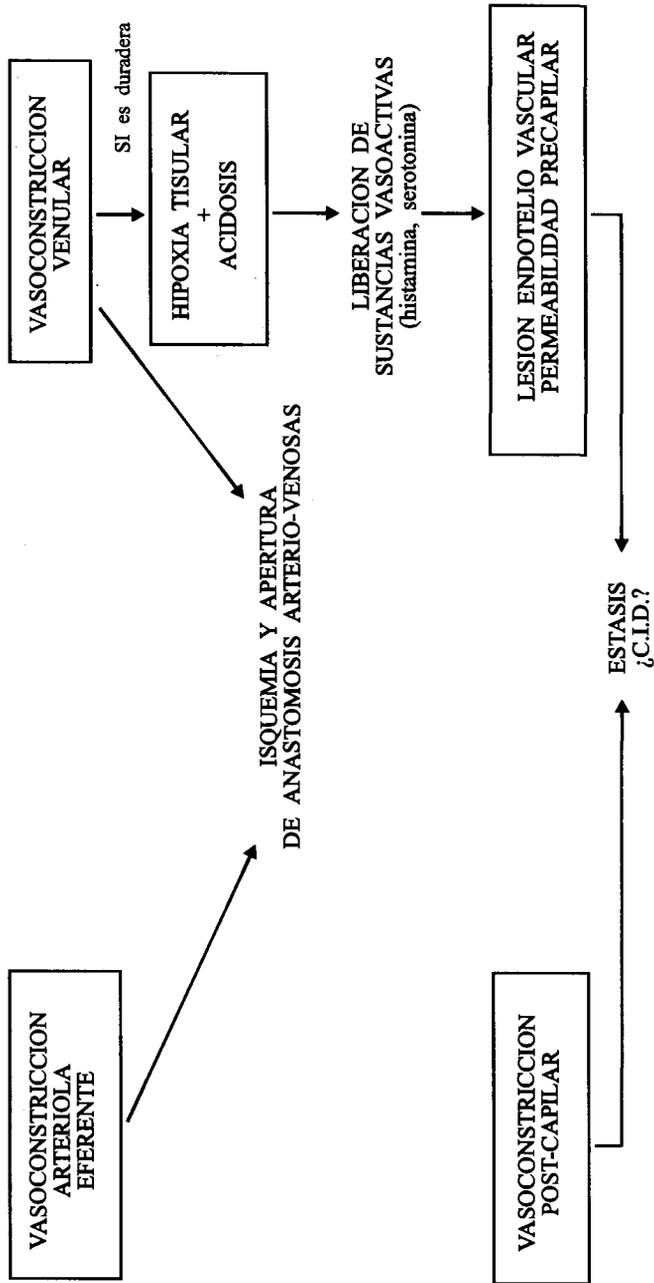
EL SINDROME HEMORRAGICO (III)

ALTERACIONES HEMODINAMICAS

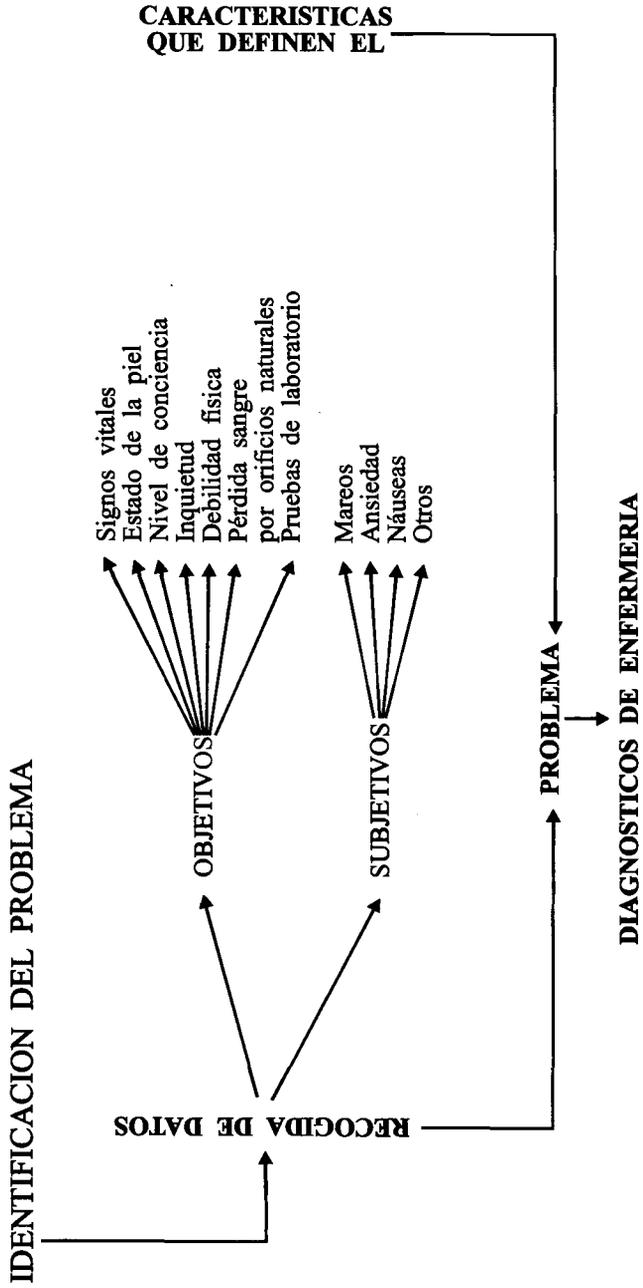


EL SINDROME HEMORRAGICO (IV)

ALTERACIONES A NIVEL HISTICO



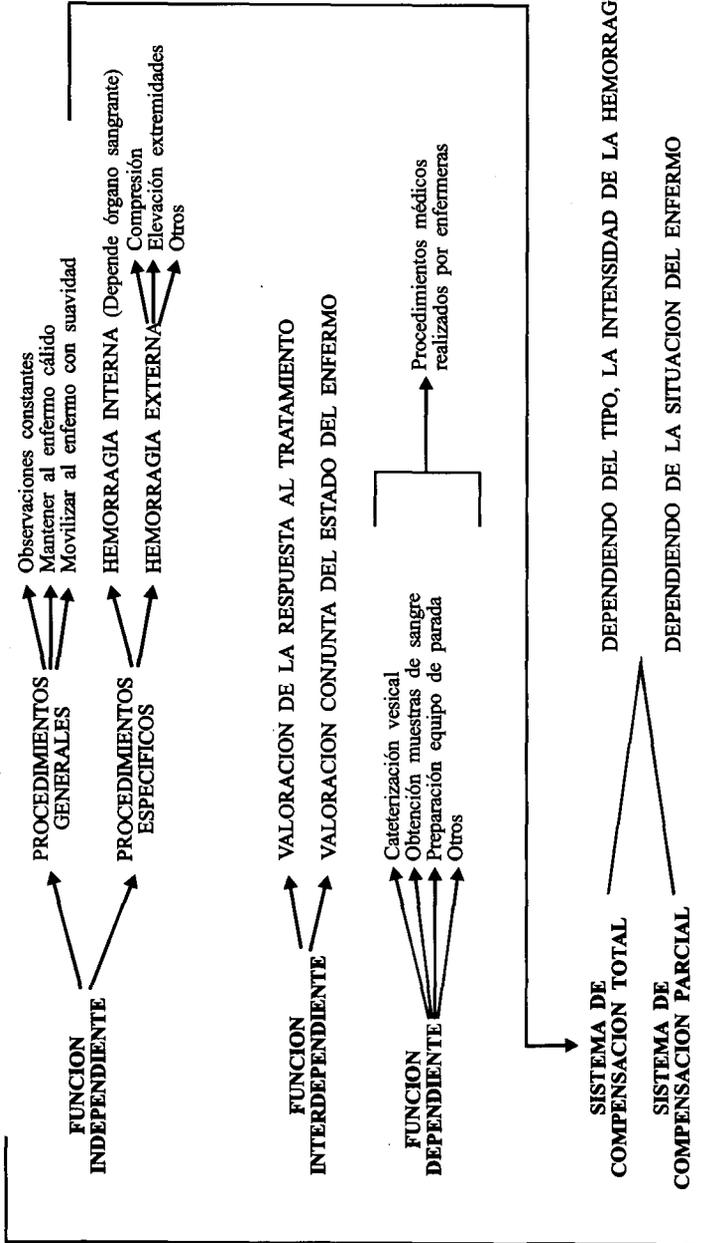
EL SINDROME HEMORRAGICO (V)



EL SINDROME HEMORRAGICO (VI)
VALORACION CLINICA DE LA HEMORRAGIA

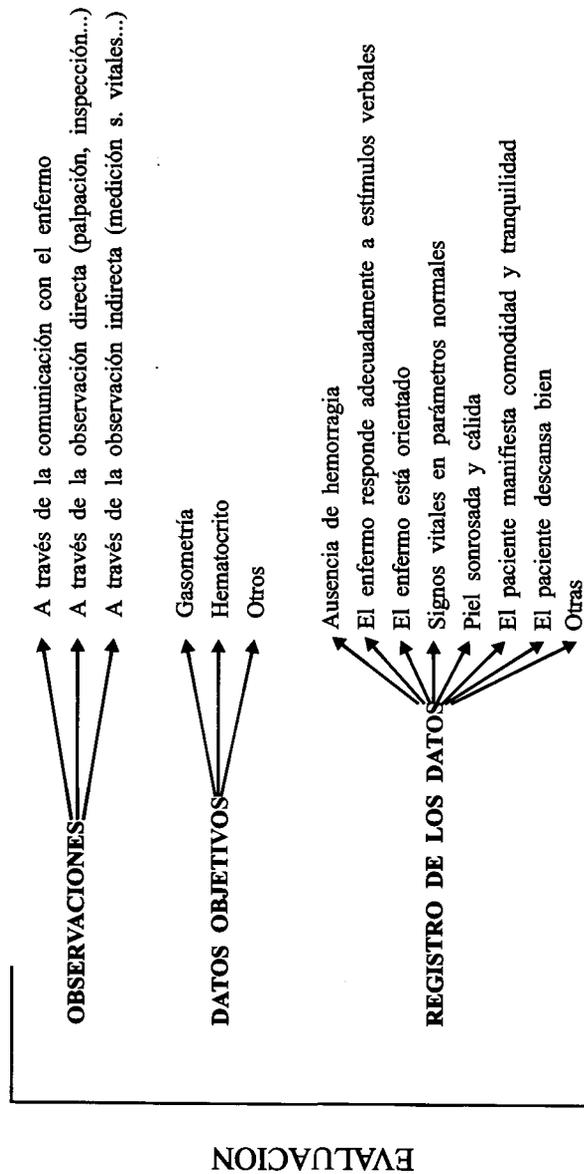
<i>Hemorragia</i>	<i>Disminución volémica</i>	<i>Datos clínicos</i>
Leve	10 % (500 c.c.)	<ul style="list-style-type: none"> — Equivalente a una donación normal de sangre. — Apenas existen modificaciones cardiorrespiratorias.
Moderada	10-25 % (500-1.250 c.c.)	<ul style="list-style-type: none"> — T.A. sistólica superior a 100 mmHg. — Pulso no superior a 100 lat/min. — Ligera vasoconstricción periférica (discreta palidez, pies y manos fríos). — Prueba inclinación: + -
Grave	25-35 % (1.250-1.750 c.c.)	<ul style="list-style-type: none"> — T.A. máxima menor de 100 mmHg. — Pulso entre 100-120 lat/min. — Evidente vasoconstricción periférica (palidez, marcada frialdad). — Inquietud y agitación. — Sed, sudoración, oliguria. — Prueba inclinación: +++
Masiva	35-50 % (1.750-2.500 c.c.)	<ul style="list-style-type: none"> — T.A. máxima menor de 7 mmHg. — Pulso superior a 120 lat/min. — Intensa vasoconstricción periférica (cianosis, acra). — Estupor, coma. — Sudoración profusa, oliguria. — Shock. — No hacer prueba inclinación.

EL SINDROME HEMORRAGICO (VII)



PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS

EL SINDROME HEMORRAGICO (VIII)

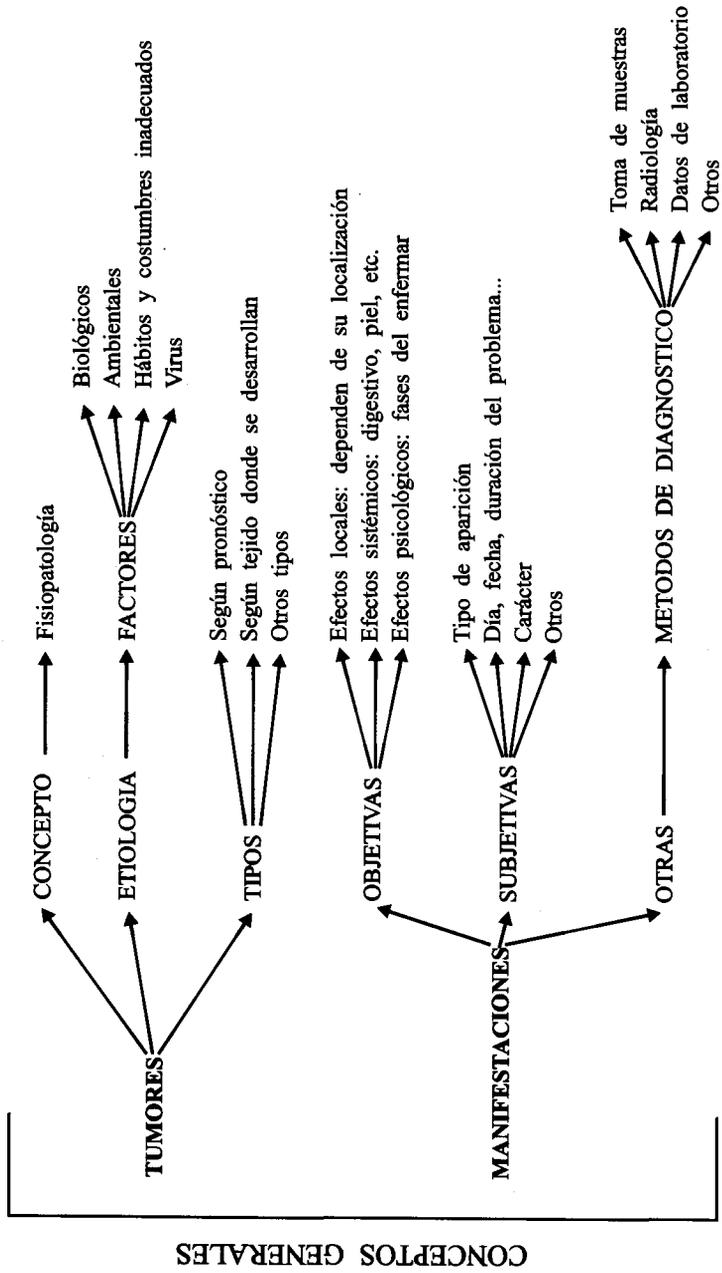


TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO

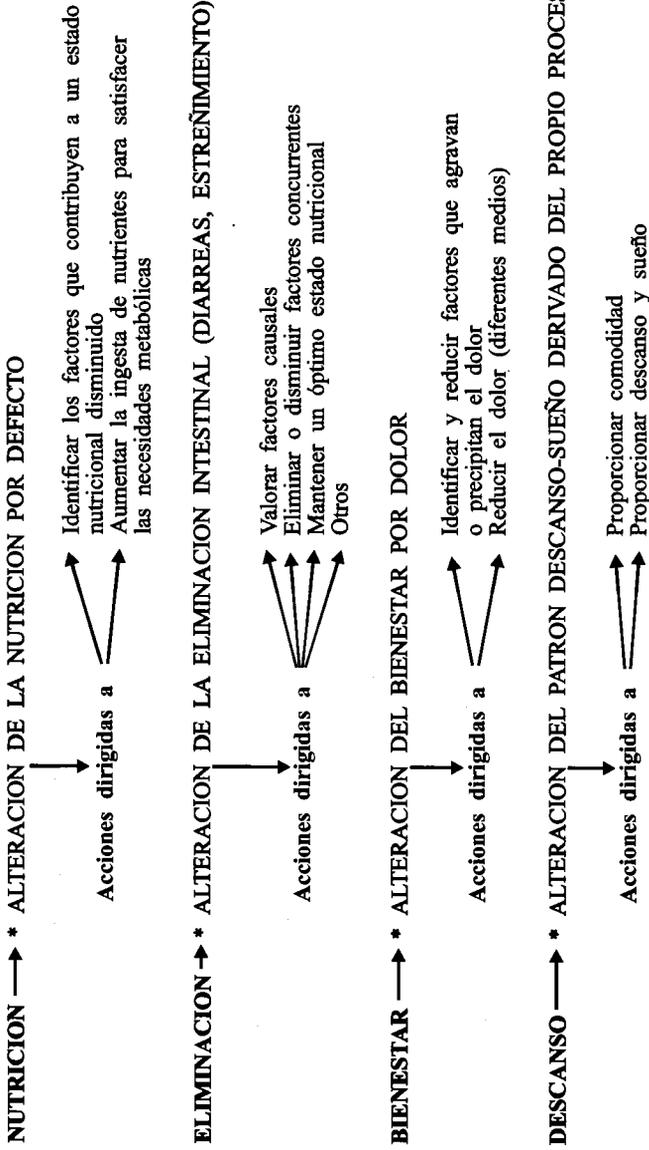
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las causas que alteran las necesidades fundamentales en el paciente oncológico.
2. Identificar los problemas que se producen como consecuencia de las necesidades alteradas.
3. Describir los problemas derivados de los tratamientos antineoplásicos.
4. Identificar las características que definen los problemas de estos enfermos.
5. Explicar las acciones de enfermería encaminadas a prevenir, mejorar y resolver los problemas que padecen o pueden padecer estos enfermos.
6. Describir las precauciones y normas generales que hay que seguir en la administración de quimioterapia antineoplásica.

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO (I)



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO (III)

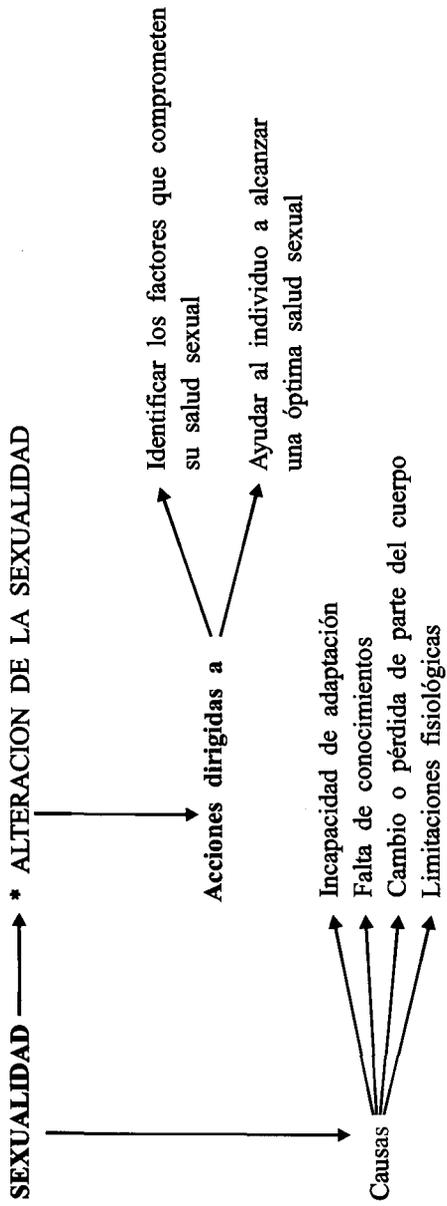


OTRAS NECESIDADES

PROBLEMAS DERIVADOS DE LOS AUTOCUIDADOS UNIVERSALES

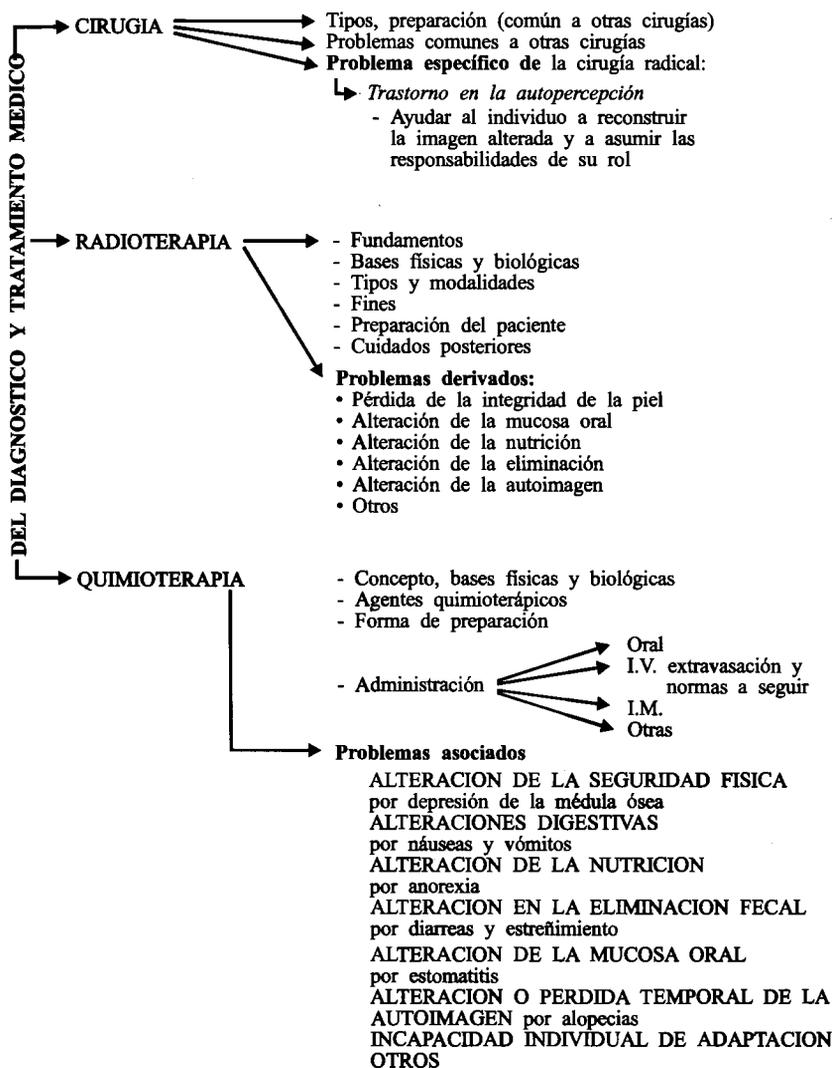
CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO (III)

PROBLEMAS DERIVADOS DEL PROCESO DE DESARROLLO HUMANO

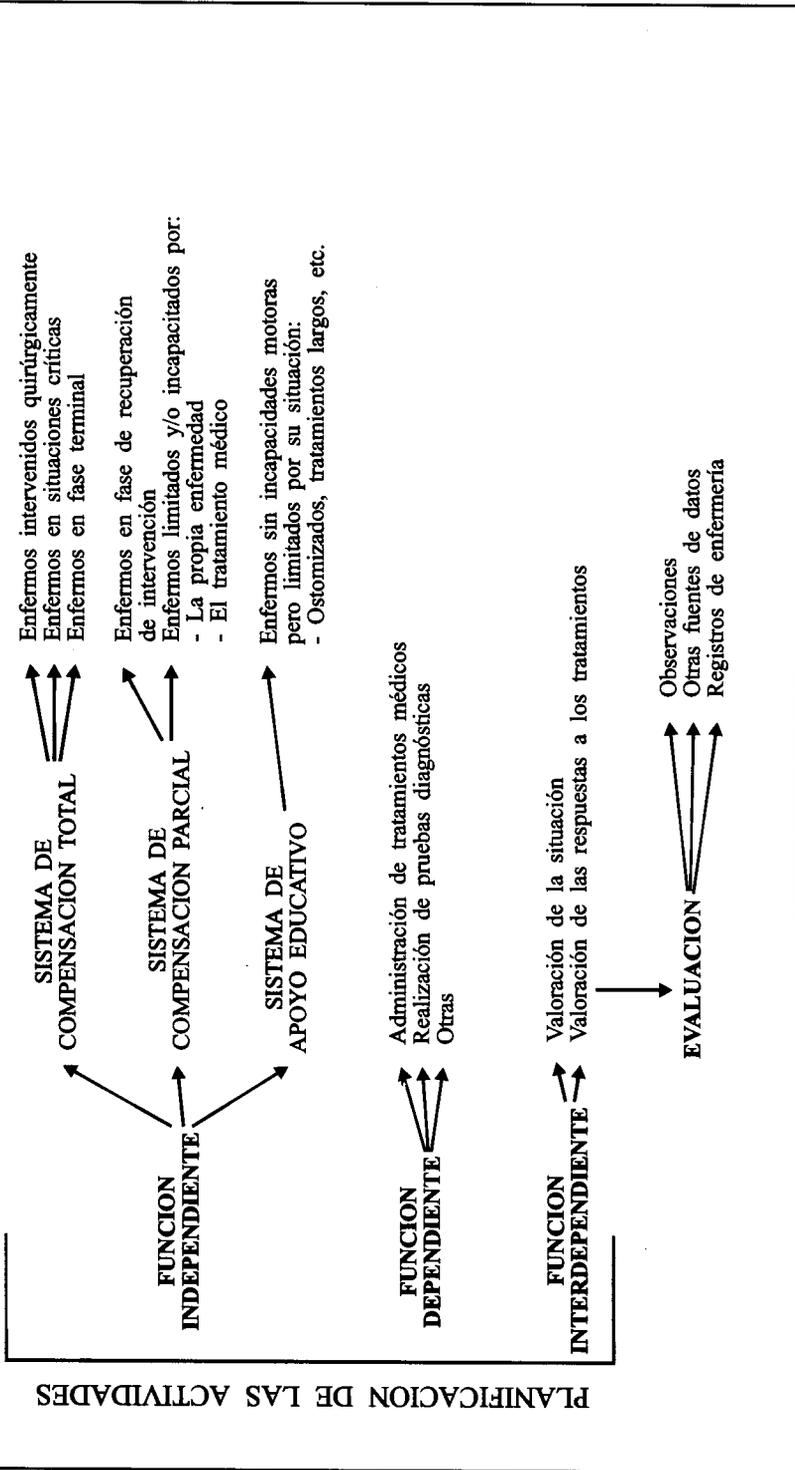


CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO (IV)

PROBLEMAS DERIVADOS DE LA DESVIACION DEL ESTADO DE SALUD DEL PROCESO DE LA ENFERMEDAD NEOPLASICA



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO (V)



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE GENERALIDADES MEDICOQUIRURGICAS

EJERCICIO 1

1. Describa el concepto y las funciones de la Enfermería Medicoquirúrgica.
2. Explique el proceso de cicatrización de las heridas.
3. Describa qué necesidades pueden alterarse en un enfermo con problema de dolor.
4. Describa los cuidados de enfermería específicos al paciente que padece shock hipovolémico producido por hemorragia externa.
5. Describa el desequilibrio ácido-base.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA EL CONCEPTO Y LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERIA MEDICOQUIRURGICA

Enfermería Medicoquirúrgica es la parte de la Enfermería básica que trata de los cuidados al enfermo que tiene las necesidades alteradas por una enfermedad o un proceso fisiopatológico. Estas necesidades alteradas originan una serie de problemas que se caracterizan por un déficit de los autocuidados universales derivados del estado de salud.

La función de la enfermera medicoquirúrgica la constituye una serie de actividades dirigidas a:

- Ayudar al enfermo a que mantenga y/o recupere el equilibrio perdido (fisiológico y psicosocial).
- Ayudar al individuo a que supere los problemas derivados de la alteración fisiológica.
- Ayudar a reducir las molestias, producidas por el proceso patológico, para que la persona enferma alcance cierto grado de bienestar.
- Ayudar a mantener la motivación necesaria mientras el enfermo se somete a los procedimientos necesarios para la reparación de la salud.
- Colaborar con el médico y otros miembros del equipo sanitario, en los aspectos diagnósticos y terapéuticos.

2. EXPLIQUE EL PROCESO DE CICATRIZACION DE LAS HERIDAS

Recibe el nombre de cicatriz la formación de nuevo tejido conjuntivo, revestido de epitelio, que va a rellenar el espacio que dejara abierto una herida.

La pérdida de substancia que supone una herida no va a ser cubierta con tejido de la naturaleza que era antes de la lesión, sino simplemente por el conectivo; pero además, este tejido neoformado no tiene los caracteres normales. Así, la epidermis es muy delgada y no es festoneado como normalmente se ofrece su límite profundo en contacto con la dermis. Como carece de esta capa profunda no tiene pelos ni glándulas sebáceas ni sudoríparas. La capa queratínica queda reducida a una lámina translúcida.

El tejido conectivo está formado por una serie de planos paralelos a la epidermis, duros y fibrosos, observándose una serie de tabiques perpendiculares a éstos. Los vasos de la cicatriz, en un principio numerosos, van disminuyendo progresivamente; de aquí el cambio de color que va sufriendo la cicatriz con el tiempo. Primero es rojo vivo, va palideciendo poco a poco hasta transformarse en blanquecino. Los haces del conectivo van ahogando a los vasos para terminar siendo estos tabiques perpendiculares a los paralelos del revestimiento.

La cicatrización de las heridas tiene lugar de dos formas: cicatrización por primera y segunda intención.

En la *cicatrización por primera intención*, los labios de la herida se funden directamente, tardando en este proceso muy pocos días sin que tenga lugar la infección. Para que esta forma de cicatrización tenga lugar es preciso que los bordes de la herida estén bien captados, que sea aséptica y que no contenga substancias extrañas.

En la *cicatrización por segunda intención*, el tiempo de duración es mucho mayor, y ésta no tiene lugar hasta que el relleno de la cavidad de la herida no se ha hecho gracias a la formación de las granulaciones (mamelones carnosos). Esta forma de cicatrización tiene lugar cuando los labios de la herida están separados y queda entre ellos un espacio que ha de cubrir el tejido conjuntivo; cuando sobreviene la infección y cuando existe en su interior materias extrañas.

3. DESCRIBA QUE NECESIDADES PUEDEN ALTERARSE EN UN ENFERMO CON PROBLEMA DE DOLOR

El dolor es uno de los factores que pueden alterar todas las necesidades básicas, dependiendo de la intensidad, la duración, la localización y el tipo de dolor. También intervienen la reacción y la percepción de la persona al dolor.

Por todo esto es importante evaluar estos datos para identificar qué necesidades pueden alterarse en el enfermo con dolor. Pero de forma general son tres las necesidades que los pacientes con dolor van a tener comúnmente alteradas:

- a) *El bienestar*: los estímulos dolorosos hacen que la persona proteja su cuerpo adoptando la inmovilidad y posturas no habituales, contraiga los músculos y otras respuestas que impiden a la persona relajarse para sentirse a gusto consigo mismo y con todo lo que le rodea; para descansar y conciliar el sueño.
- b) *La seguridad*: el dolor tiene una función protectora que hace saber a la persona el peligro, real o potencial, de un daño a los tejidos orgánicos. Por otro

lado, un dolor intenso puede provocar un colapso de los mecanismos de adaptación del organismo.

- c) *La actividad*: la persona con dolor tiende a la inmovilidad pues, determinados movimientos hacen aparecer o intensifican el dolor, por lo que el enfermo restringe (en grado diferente) la movilidad habitual.

4. DESCRIBA LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA ESPECIFICOS AL PACIENTE QUE PADECE SHOCK HIPOVOLEMICO PRODUCIDO POR HEMORRAGIA EXTERNA

Las actividades de la enfermera, en el paciente con problema de shock hipovolémico, las podemos clasificar en tres apartados: actividades de asistencia, actividades de observación y procedimientos médicos realizados por la enfermera.

A) *Actividades de asistencia*:

- Colocar al enfermo en posición de decúbito supino o de Trendelenburg.
- Cubrirlo con mantas ligeras.
- Mantener una temperatura templada en la habitación.
- No administrar estimulantes orales.
- Administrar agua por vía oral (hasta un litro) si el enfermo está en condiciones de tomarla y la tolera.
- Administrar oxígeno humidificado.
- Si existe dificultad respiratoria, ventilar al enfermo.
- Colocar sonda vesical permanente.
- Monitorizar al paciente.

B) *Actividades de observación*:

- Medición de signos vitales (frecuencia según situación).
- Auscultar frecuencia y ritmo del latido en punta.
- Realizar balance hídrico.
- Vigilar gases arteriales.

C) *Procedimientos médicos*:

- Administración de líquidos intravenosos (solución salina isotónica o de Ringer lactato).
- Obtención de muestra de sangre para laboratorio, para determinar: recuento, gases arteriales, electrolitos y pruebas cruzadas.

- Preparar equipo para PVC y equipo de respiración mecánica.
- Administración de transfusiones de sangre.
- Administración de fármacos.

5. DESCRIBA EL DESEQUILIBRIO ACIDO-BASE

Se denomina así al desequilibrio fisiológico entre los iones hidrógeno y el bicarbonato en la sangre, en la relación normal.

En las alteraciones del equilibrio ácido-base se originan dos situaciones patológicas:

- Acidosis y alcalosis respiratorias (de origen predominantemente pulmonar).
- Acidosis y alcalosis metabólicas.

- A) *Acidosis respiratoria*: debida a una acumulación de ácido carbónico (hipercapnia). Aumenta el bicarbonato en sangre. Si este aumento no es capaz de compensar el exceso de ácido carbónico, desciende el pH (acidosis respiratoria descompensada).
- B) *Alcalosis respiratoria*: pérdida de un exceso de ácido carbónico por polipnea. En este caso hay un descenso de la proporción de bicarbonato. Si este descenso, del bicarbonato, no es capaz de compensar la pérdida de ácido carbónico, aumenta el pH (alcalosis respiratoria).
- C) *Acidosis metabólica*: es debida, generalmente, a residuos orgánicos que se acumulan en exceso (cetonemia diabética) o que son eliminados insuficientemente (insuficiencia renal).

Los catabolitos ácidos por efecto tampón provocan la transformación de los bicarbonatos en ácido carbónico con la siguiente disminución de la reserva alcalina. El pulmón tiende entonces a eliminar el exceso de ácido carbónico y el riñón a reconstruir los bicarbonatos. En este caso, los mecanismos de regulación pueden estar saturados, dando origen a una acidosis descompensada con descenso del pH.

- D) *Alcalosis metabólica*: se produce en los casos de pérdidas excesivas de componentes ácidos (vómitos abundantes) y también como resultado de una sucesión compleja de acontecimientos metabólicos que se desarrolla en todos los casos de hipopotasemia (disminución de la proporción de potasio en la sangre). Se tiene un aumento de reserva alcalina a expensa del ácido carbónico: el pulmón está prácticamente al margen, puesto que no puede disminuir de forma considerable la frecuencia respiratoria. El riñón trata de reducir la eliminación de los iones H^+ y la reabsorción de bicarbonato. Si el mecanismo renal resulta insuficiente, el pH aumenta.

UNIDAD II

**TECNICAS MAS USUALES EN EL CUIDADO
DEL ENFERMO***

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de esta unidad, las estudiantes habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios para llevar a la práctica las técnicas que se describen en el programa, utilizando los principios en que están apoyadas cada una de ellas.

* Tema que se describe:
El sondaje vesical.

TEMA: EL SONDAJE VESICAL

OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Definir el concepto de sondaje vesical.
2. Describir los fines del sondaje vesical.
3. Describir los tipos de sondas vesicales y aplicación específica de cada una.
4. Describir la técnica y los procedimientos del sondaje vesical.
5. Identificar los problemas que pueden derivarse de un sondaje vesical.
6. Describir las acciones necesarias para el buen mantenimiento de una sonda vesical.
7. Valorar la importancia de educación sanitaria al paciente con sonda vesical permanente, así como a su familia, en lo referente a los autocuidados específicos en situaciones concretas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Preparar correctamente, en la sala de demostración, el material necesario para la realización de un sondaje vesical.
2. Realizar con la técnica correcta, en el maniquí de prácticas, un sondaje vesical.
3. Realizar la preparación correcta, del maniquí de prácticas para efectuar un sondaje vesical.

EL SONDAJE VESICAL

CONCEPTO → Introducción de un catéter en la vejiga para drenar la orina o instilar soluciones

FINES

- **PRESTAR CUIDADOS:**
 - Proporcionar comodidad en pacientes con retención urinaria
 - Mantener la integridad de la piel en pacientes incontinentes
- **POR DERIVACION DEL TRATAMIENTO MEDICO:**
 - Extracción de orina para pruebas
 - Post-operaciones
 - Otras

TIPOS DE SONDAJES → **PERMANENTE** ← Cuándo y por qué?
→ **INTERMITENTE** ←

TIPOS DE SONDAS → **FOLEY** ← Cuándo y por qué?
→ **PECHER** ←
→ **RIGIDA** ←
→ **OTRAS** ←

PREPARACION → **DEL PACIENTE**
→ **DEL AMBIENTE** ← Descripción técnica
→ **DEL MATERIAL**

PROCEDIMIENTO → **SEGUN SEXO**
→ **SEGUN FINES**
→ **SEGUN NORMAS**

CUIDADOS POSTERIORES → **POR PARTE DE LA ENFERMERA**
ayuda, vigilancia, enseñanza, registro
→ **POR PARTE DEL ENFERMO/FAMILIA**
autocuidado (según capacidades/limitaciones)

PROBLEMAS DERIVADOS

- **PREOCUPACION DEL PACIENTE** en relación con el sondaje
- **INFECCION URINARIA** por falta de asepsia en el procedimiento y mantenimiento
- **DISMINUCION DE LA ACTIVIDAD** por falta de aprendizaje
- **OTROS**

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE TECNICAS EN EL CUIDADO

EJERCICIO 1

1. Describa tres factores que favorecen la aparición de tromboflebitis en el paciente con terapia intravenosa.
2. Explique las acciones de enfermería para el mantenimiento de una sonda vesical permanente.
3. Enumere los puntos a tener en cuenta al aplicar un vendaje.
4. Enumere las contraindicaciones y los riesgos derivados de la aspiración endotraqueal en un enfermo no intubado.
5. Describa el problema principal que puede producirse al transfundir sangre a un enfermo. Explique las acciones de enfermería en este problema.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA TRES FACTORES QUE FAVORECEN LA APARICION DE TROMBOFLEBITIS EN EL PACIENTE CON TERAPIA INTRAVENOSA

- a) *Vena lesionada*, durante la punción.
- b) *Desplazamiento de la aguja*, posterior a la punción.
- c) *Irritación del vaso*, por:
 - Tratamientos prolongados de terapia intravenosa.
 - Administración de fármacos irritantes.
 - Vena de escaso calibre para determinada cantidad y tipo de solución.
 - Ritmo de goteo lento que hace que se forme un coágulo en la punta del catéter o aguja.

Las manifestaciones locales de este problema son:

- Ritmo lento del goteo.
- Miembro edematoso.
- Dolor y calor alrededor de la zona de la punción.
- Vena dura al tacto.
- Color rojo en línea ascendente, desde el punto de la punción.

2. EXPLIQUE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA PARA EL MANTENIMIENTO DE UNA SONDA VESICAL PERMANENTE

- a) *Objetivo de las acciones de enfermería:* el cuidado al paciente con una sonda vesical permanente se dirige fundamentalmente a prevenir infecciones de vías urinarias.
- b) *Acciones:*
- Aseo de la región perineal-genital, al menos dos veces al día, con agua templada y jabón, retirando cualquier incrustación en la sonda.
 - Cambio periódico de sonda. La frecuencia del cambio viene dada por las políticas de cada institución.
 - Mantenimiento de la permeabilidad del sistema, comprobando que no existe obstrucción en el sistema de evacuación. La comprobación deberá realizarse al menos tres veces al día.
 - Prevención de contaminación del sistema, para lo que se procederá al vaciado de la bolsa utilizando técnica aséptica.
 - Enseñanza al paciente sobre:
 - La importancia de mantener siempre el sistema cerrado.
 - El mantenimiento del sistema por debajo de la vejiga.
 - Como debe prevenir la tensión sobre la sonda.
 - Forma de ser independiente.

3. ENUMERE LOS PUNTOS A TENER EN CUENTA AL APLICAR UN VENDAJE

- Limpiar y secar la parte del organismo que va a ser vendada.
- Colocar cómodamente al paciente antes de hacer el vendaje.
- El vendaje debe de ser adecuado a la parte del cuerpo que se quiere vendar (circulares u oblicuos en miembros; cruzados en T o en X cuando se aplica en un miembro con la unión al tórax).
- Proteger todas las prominencias óseas antes de hacer un vendaje.
- No aplicar el vendaje húmedo, pues al secarse aumenta la presión en la zona.
- No aplicar un vendaje de forma que queden en contacto dos superficies cutáneas (dos dedos, brazo y tronco, etcétera).
- Dejar, siempre, al descubierto las puntas de los dedos de manos y pies, para observar cualquier alteración circulatoria.

- No obstaculizar la circulación (arterial y venosa) por excesiva compresión.
- La zona que se va a vendar deberá estar en la posición que deberá conservar.
- El vendaje se comienza desde la parte inferior de los miembros a la parte superior.
- Un vendaje muy apretado puede producir dolor y dificulta la circulación.
- Un vendaje muy flojo se desplaza y no es eficaz en la sujeción.
- La sujeción del vendaje se hace en la parte contraria a la lesión corporal por la que se realiza el vendaje.

4. ENUMERE LAS CONTRAINDICACIONES Y LOS RIESGOS DERIVADOS DE LA ASPIRACION ENDOTRAQUEAL

A) *Contraindicaciones:*

- Pacientes asmáticos en crisis aguda.
- Obstrucciones de vías respiratorias altas por edema de laringe, faringe o crup.
- Hemorragias nasofaríngeas, varices esofágicas, pacientes leucémicos y hemofílicos.
- Estenosis traqueal.
- Infarto de miocardio en fase aguda.
- Enfermos intervenidos de resección de pulmón.

B) *Complicaciones:*

- Hipoxia.
- Broncoespasmo, estimulación vagal.
- Lesión de la mucosa respiratoria.
- Arritmias cardíacas. Paro cardíaco o respiratorio.

5. DESCRIBA EL PROBLEMA PRINCIPAL QUE PUEDE PRODUCIRSE AL TRANSFUNDIR SANGRE A UN ENFERMO. EXPLIQUE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA EN ESTE PROBLEMA

El principal problema es la **reacción a la transfusión**, producida por una reacción antígeno-anticuerpo o incompatibilidad del receptor de los componentes sanguíneos. Este problema puede producirse durante la administración de la sangre o después de ella. Según esto, las dos reacciones que se pueden producir son:

A) *Reacción por incompatibilidad* del grupo y/o factor Rh (muy grave). Los signos y síntomas de este problema son:

- Escalofríos y fiebre durante el tratamiento.
- Dolor súbito en tórax y espalda.
- Sensación de que «se estalla la cabeza».
- Distensión de las venas del cuello.
- Taquicardia, polipnea e hipotensión.
- Oliguria.

B) *Reacción alérgica*. Sucede cuando el receptor tiene anticuerpos contra fármacos, alimentos u otros antígenos de la sangre del donante. Se manifiesta con:

- Prurito, enrojecimiento facial, habones o exantema.
- Disnea, sibilancias y edema laríngeo.

Actividades de enfermería:

De asistencia:

- Suspender la transfusión inmediatamente y devolver la bolsa y el sistema al banco de sangre después de la reacción.
- Mantener una vía venosa con solución salina, para administración de fármacos en caso de shock y para prevenir el fracaso renal.
- Cubrir con mantas ligeras al enfermo en caso de escalofríos.
- Enviar muestra de sangre al laboratorio para determinación de pruebas cruzadas y tipificación.
- Enviar muestra de orina al laboratorio para determinación de hemoglobina en la orina (indica hemólisis intravascular).
- Preparar equipo de oxigenoterapia y fármacos específicos.

De observación:

- Cada quince minutos vigilar presión arterial, frecuencia y ritmo respiratorios, frecuencia, ritmo y volumen del pulso.
- Vigilar temperatura corporal cada quince minutos, al menos durante la primera hora.
- Medir diuresis horaria.

Administración del tratamiento médico:

- Adrenalina para aumentar la presión arterial y la contractilidad miocárdica.
- Noradrenalina para aumentar la presión arterial.
- Manitol para forzar la diuresis y reponer líquidos.
- Bicarbonato sódico para prevenir la precipitación de la hemoglobina en los túbulos renales.
- Antihistamínicos para evitar o rebajar la liberación de histamina.

UNIDAD III

EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de esta unidad, las estudiantes habrán adquirido los conocimientos necesarios para atender al enfermo en sus necesidades básicas antes, durante y después de una intervención quirúrgica, identificando las funciones propias de la enfermera dentro del equipo que actúa en la sala de operaciones.

OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Describir las funciones de la enfermera dentro del equipo quirúrgico.
2. Explicar el concepto de cirugía y sus tipos.
3. Describir las acciones de enfermería al paciente en las fases pre, intra y posoperatorias.
4. Describir las características, equipo técnico y material del departamento quirúrgico.
5. Determinar los métodos de esterilización adecuados para los diferentes tipos de materiales.
6. Identificar las necesidades del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica.
7. Identificar los problemas derivados de la anestesia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. En una mesa preparada, identificar el instrumental que hay en ella.
2. Vestirse adecuadamente con la ropa quirúrgica.

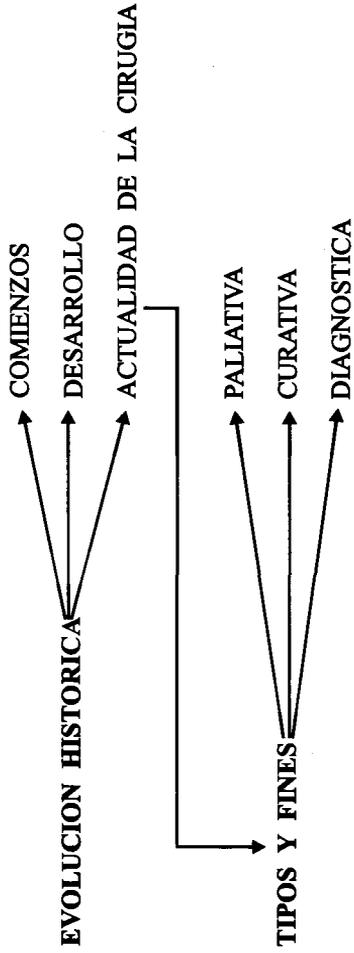
* Se describe la unidad completa.

3. Colocarse los guantes correctamente, al menos dos veces, en la sala de demostración.
4. Circular correctamente en la sala de demostración, preparada para una intervención quirúrgica.
5. Colocar correctamente, en la posición que se solicite, el maniquí de prácticas en la mesa quirúrgica.
6. Manipular el instrumental y material estéril en una intervención simulada en la sala de prácticas.
7. Realizar el lavado de manos quirúrgico al menos dos veces en la sala de prácticas.
8. Preparar la zona quirúrgica en el maniquí de prácticas.
9. Colocar los paños estériles en el maniquí de prácticas.
10. Montar, desmontar y enebrar las agujas en el portaagujas.

EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (I)

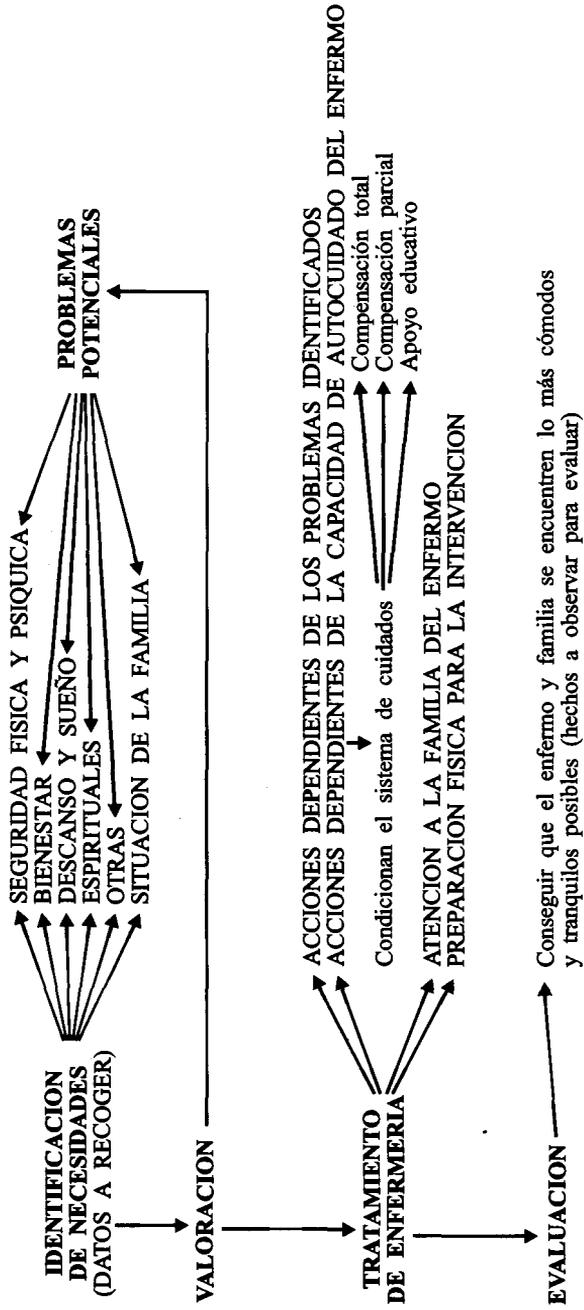
CONCEPTOS INTRODUCTORIOS

CONCEPTO DE CIRUGIA



EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (II)

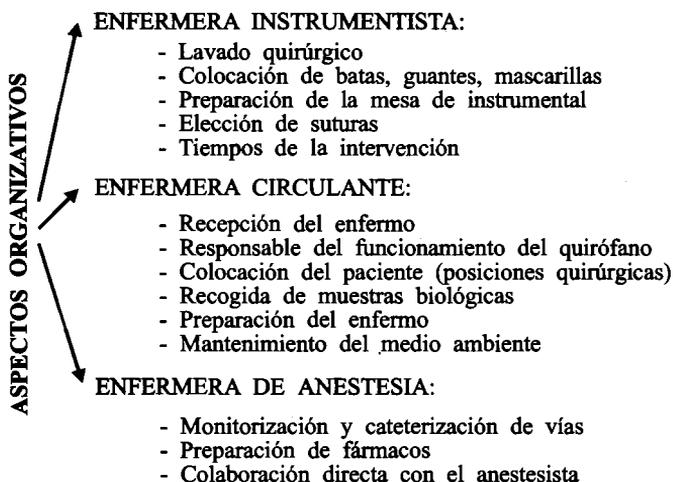
CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE EN EL PRE-OPERATORIO



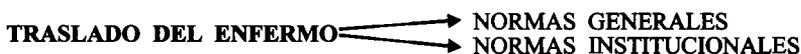
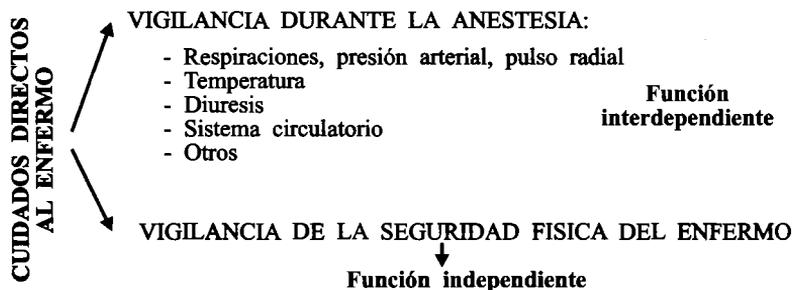
EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (III)

ACTUACIONES DE ENFERMERIA EN LA SALA QUIRURGICA

- ASPECTOS TECNICOS**
- Descripción del departamento quirúrgico
 - Descripción del equipo técnico
 - Material e instrumental
 - Asepsia y antisepsia quirúrgica
 - Tipos de intervenciones quirúrgicas

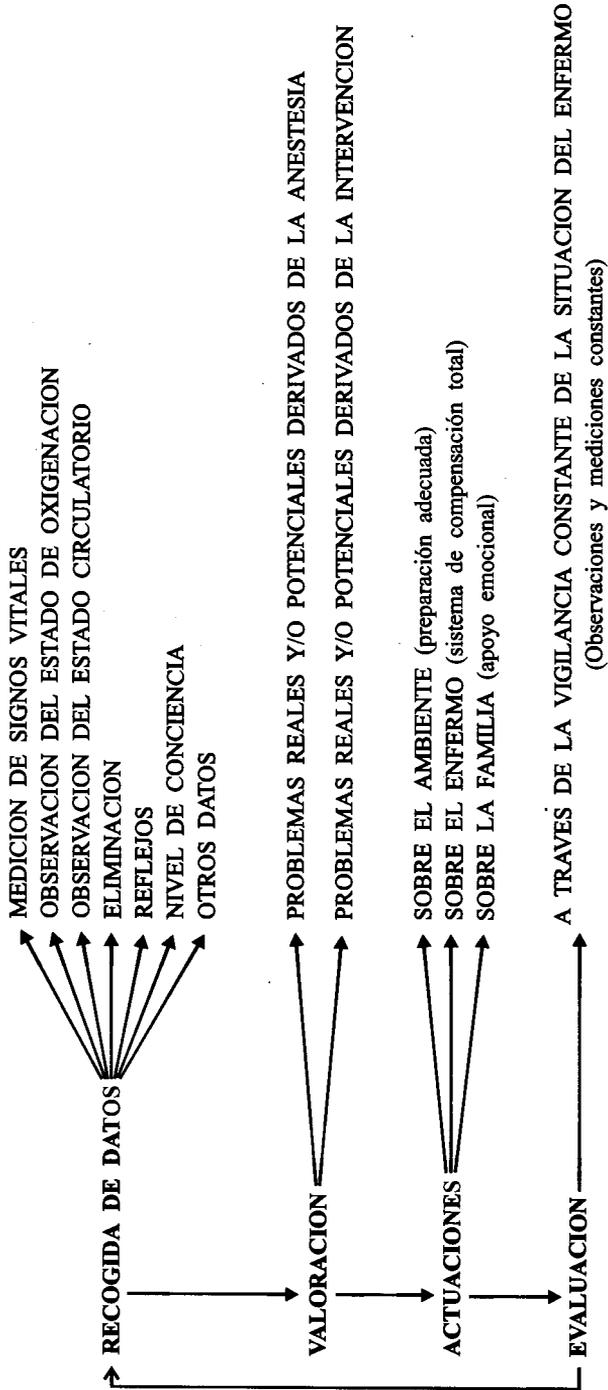


ATENCION A LA FAMILIA DEL ENFERMO



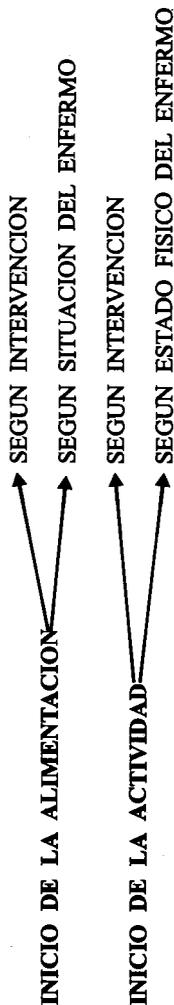
EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (IV)

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POST-OPERATORIO INMEDIATO



EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (V)

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA RECUPERACION POSTERIOR DEL ENFERMO



PROBLEMAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN EL ENFERMO

DEPENDIENDO DE LA INTERVENCION, ESTADO FISICO, PERSONALIDAD DEL ENFERMO Y OTRAS VARIANTES:

Alteración del bienestar por dolor
Alteración de la eliminación fecal por estreñimiento
Otros

ACCIONES DE ENFERMERIA → SEGUN DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA FORMULADOS

↓
SISTEMA DE COMPENSACION PARCIAL (generalmente)

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO

EJERCICIO 1

1. Describa la preparación física a un enfermo que va a ser sometido a una intervención quirúrgica.
2. Defina la denominación de los términos quirúrgicos que se citan:
 - A) Resección.
 - B) Ectomía.
 - C) Laparotomía.
 - D) Diéresis.
 - E) Gastroenterostomía.
 - F) Gastroenterotomía.
 - G) Enucleación.
 - H) Exéresis.
 - I) Toracoplastia.
3. Describa el problema de «colapso pulmonar» por acumulación de secreciones en el posoperatorio inmediato.

RESPUESTAS

1. **DESCRIBA LA PREPARACION FISICA A UN ENFERMO QUE VA A SER SOMETIDO A UNA INTERVENCION QUIRURGICA**
 - Rasurado y lavado de la zona, en forma amplia, con agua y jabón. Si la zona operatoria tiene vello o pelo largo, cortar antes de rasurar.
 - Ducha con jabón antes de la intervención.
 - Mantener al enfermo en ayunas doce horas antes de la intervención (si el paciente va a recibir anestesia general).
 - Hacer que el enfermo evacue la vejiga antes de ser trasladado a quirófano.
 - Hacer que el enfermo defecue, si no lo ha hecho antes de las doce horas de la intervención.
 - Retirar las prótesis (dentales, oculares, etc.) si el enfermo las tuviera.
 - Recoger el pelo y colocar al paciente gorro.

- Retirar esmaltes de uñas. Advertir que no se maquille.
- Retirar anillos, pulseras, cadenas y otras alhajas.

2. DEFINA LA DENOMINACION DE LOS TERMINOS QUIRURGICOS QUE SE CITAN

- A) *Resección*: extirpación de parte de un órgano.
- B) *Ectomía*: extirpación.
- C) *Laparotomía*: apertura del abdomen.
- D) *Diéresis*: separación de los tejidos.
- E) *Gastroenterostomía*: creación quirúrgica de una comunicación entre el estómago y una porción del intestino.
- F) *Gastroenterotomía*: incisión quirúrgica del estómago e intestino.
- G) *Enucleación*: extirpación de un tumor encapsulado o del globo ocular.
- H) *Exéresis*: separación de una parte del cuerpo o extracción de cuerpos extraños.
- J) *Toracoplastia*: resección de parte de la pared torácica.

3. DESCRIBA EL PROBLEMA DE «COLAPSO PULMONAR» POR ACUMULACION DE SECRECIONES EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

A) *Causa del problema*: después de una intervención quirúrgica, con anestesia general, puede haber un aumento en la formación de secreciones debido a los gases anestésicos inhalados y a la propia intubación, que producen irritación de la mucosa del tracto respiratorio.

Además, la anestesia deprime la actividad de los cilios. El moco es más viscoso que normalmente debido a que el enfermo puede estar falto de líquido (el periodo preoperatorio de ayuno para asegurar un estómago vacío es un factor importante); la administración, en muchos casos, de atropina como parte de la premedicación anestésica, produce también sequedad de las secreciones. Por todas estas razones, es más difícil para la actividad ciliar mantener limpias las vías respiratorias.

B) *Características del problema*: como mecanismo de defensa al estimularse los nervios en las paredes bronquiales, por la presencia de secreciones, excita el reflejo de *la tos*. La fuerte espiración hace que se expulse el moco en forma de *esputo*.

La tos es dolorosa, por lo que los enfermos intervenidos de tórax o de abdomen

son reacios a toser con fuerza, por lo que no expulsan las secreciones que quedan acumuladas en los bronquios. No puede así entrar el aire en los alveolos y el aire estancado en ellos es absorbido rápidamente en la sangre y los alveolos se colapsan.

C) *Pacientes propensos*: son enfermos en riesgo de padecer este problema todos los que por alguna causa tengan aumentada la irritación local de las vías aéreas, como son:

- Enfermos con bronquitis aguda o crónica.
- Enfermos con gripe.
- Personas fumadoras.
- Pacientes muy obesos con dificultad para el movimiento.

D) *Cuidados de enfermería*:

- A todos los enfermos en riesgo, explicar la importancia de la tos y enseñarles a toser antes de la intervención.
- Enseñarles, antes de la intervención, ejercicios respiratorios profundos.
- aconsejar al paciente que deje de fumar unos días antes de la intervención.
- Una vez operados, ayudar a toser a los enfermos sujetándoles la herida quirúrgica para aliviar o evitar la aparición del dolor.
- Mantener a los pacientes, si no existe contraindicación, en posición de semisentados.
- A enfermos bronquíticos hacer drenajes posturales.
- Si es preciso, aspiración bronquial.
- Auscultación frecuente de los pulmones para detectar presencia de secreciones.
- A los pacientes en riesgo, si no existe contraindicación, se les debe levantar de la cama precozmente.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO

EJERCICIO 2

Con los datos que se le dan deberá:

1. Enunciar los problemas del enfermo en forma de diagnósticos de enfermería.
2. Elaborar un plan de cuidado que contenga los objetivos en relación con los diagnósticos formulados y las actividades a llevar a cabo.

Caso en estudio:

Paciente de setenta y ocho años, que fue intervenido de una peritonitis hace tres días. Presenta las siguientes manifestaciones:

- Mantiene signos vitales en los siguientes parámetros:
 - Presión arterial: 140/80 mmHg.
 - Pulso radial: 90/m.
 - Respiraciones: 20/m.
 - Temperatura: 36° C.
- Piel seca. Extremada delgadez.
- Diuresis de 600-650 cc.
- Inapetente. Bebe poco.
- Se queja de dolor en zona de herida quirúrgica. Herida en buenas condiciones.
- Le cuesta trabajo realizar los movimientos. Adinámico.
- Habla poco. Llama constantemente al personal de Enfermería sin solicitar nada en concreto. Impresiona de encontrarse triste. Pregunta constantemente por «la hora de las visitas». Dice que los días se le hacen muy largos.

RESPUESTAS

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <i>Diagnósticos de enfermería:</i> | <i>Objetivos:</i> |
| — <i>Incapacidad parcial para realizar el autocuidado, por senilidad (disminución de las capacidades).</i> | — El paciente tendrá cubiertas sus necesidades de autocuidados. Será capaz de realizarlos con el nivel de independencia adecuado, al alta. |

- *Aislamiento social*, por separación familiar.
- *Alteración del bienestar*, por dolor.
- *Potencial aparición de úlceras de decúbito*, por sus condiciones físicas.
- *Potencial deshidratación*, por disminución de la ingesta de líquidos.
- *Posible desnutrición*, por escasa ingesta de alimentos.
- Manifestará de forma verbal o no verbal su integración en el medio.
- Expresará encontrarse más a gusto.
- Mantendrá piel íntegra en todo momento.
- En el plazo de dos días presentará piel húmeda y diuresis de al menos 1.500 cc.
- En el plazo de cinco días el peso habrá aumentado, al menos en 200 g.

2. *Actividades a llevar a cabo:*

- Proporcionar ayuda en el aseo, ingesta, movilización, etc., hasta que sea capaz de asumir estas actividades.
- Facilitar la presencia constante de un familiar que le haga compañía.
- Hablar con el paciente sin prisas y hacerle visitas frecuentes.
- Mover al enfermo con suavidad y enseñarle a protegerse la herida al toser, al moverse, etcétera.
- Colocarlo en posición de decúbito supino y piernas ligeramente flexionadas y evitar presiones sobre la incisión.
- Administrar calmantes, si es necesario (siguiendo prescripción médica).
- Masajes con crema hidratante en puntos de presión, tres veces al día.
- Levantar durante dos horas, por la mañana y por la tarde, y darle paseos.
- Dar líquidos de su elección, aumentando progresivamente la ingesta hasta un total de 2.000 cc diarios.
- Hacer balance hídrico.
- Si rechaza los líquidos, consultar con el médico posible fluidoterapia.
- Proporcionar una dieta de 2.300 calorías/día rica en proteínas, respetando en lo posible los gustos del enfermo.
- Dar de comer frecuentemente y en pequeñas cantidades.
- Pesar cada tres días.

UNIDAD IV

ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON DESVIACIONES ESPECIFICAS DEL ESTADO DE SALUD*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las estudiantes habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios para poder valorar las alteraciones del organismo y aplicar los cuidados de enfermería en aquellos estados de salud que se estudian en esta parte del programa.

* Temas que se describen:

- Cuidados de enfermería a pacientes con problemas respiratorios.
- La paciente con problemas ginecológicos.

TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS

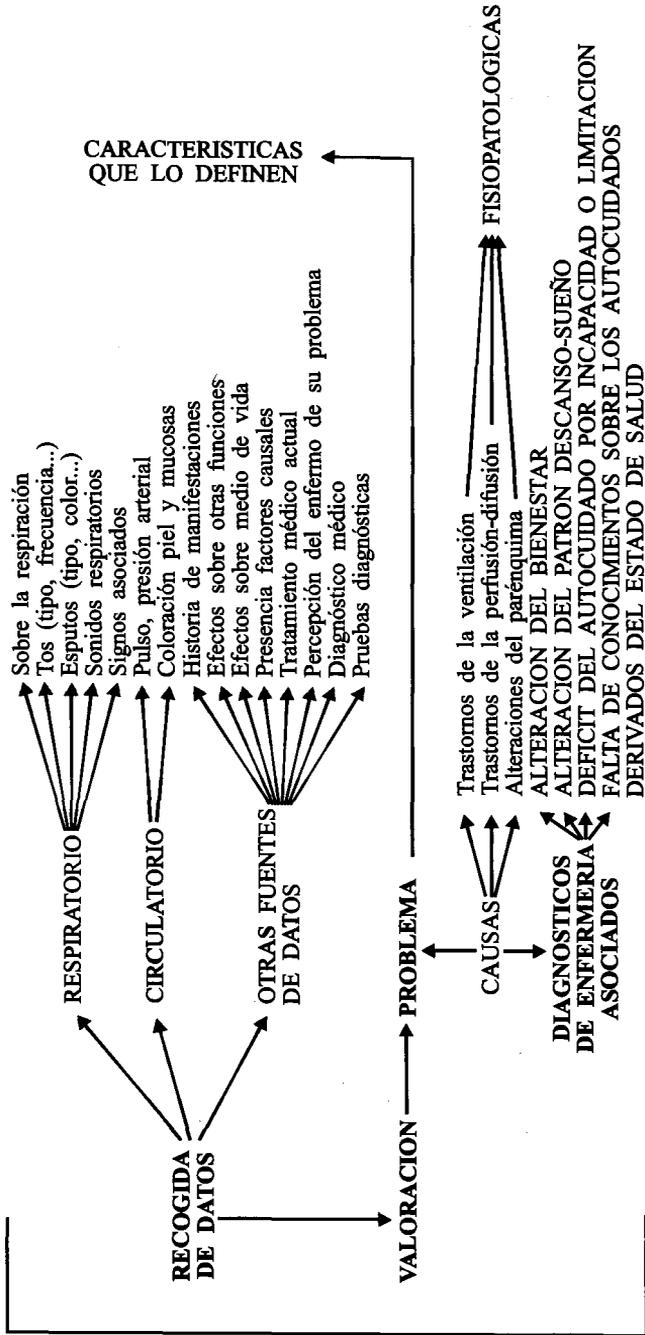
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las causas que alteran las necesidades básicas de los pacientes con problemas respiratorios.
2. Interpretar las manifestaciones objetivas y subjetivas comunes que se pueden dar en los enfermos con problemas respiratorios.
3. Interpretar el problema de «alteración en la función respiratoria».
4. Identificar los diagnósticos de enfermería asociados al problema central.
5. Identificar las características que definen los diagnósticos asociados.
6. Formular los objetivos adecuados para resolver los problemas identificados.
7. Fundamentar las acciones que conforman la función propia de la enfermera para resolver los problemas de los enfermos con alteración de la función respiratoria.
8. Describir las actividades que conforman las funciones interdependientes y dependientes a realizar por la enfermera en los pacientes con problemas respiratorios.
9. Describir los criterios que denotan normalidad, adaptación y/o grado de mejoría en los enfermos con alteraciones de la función respiratoria.
10. Elaborar un plan de cuidados en un paciente con problemas respiratorios.

CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS (I)

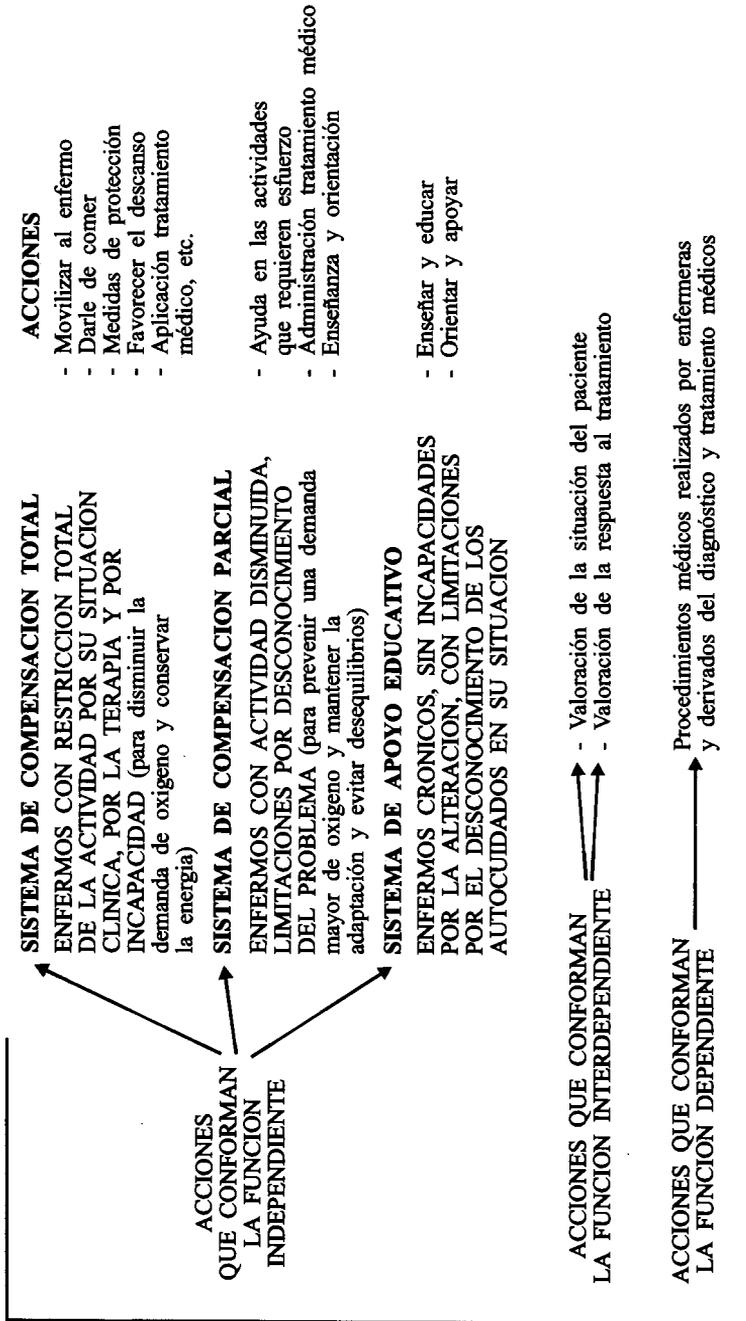
Situación en la que el individuo experimenta una amenaza, real o potencial, en su integridad física y psicológica, al paso del aire a través de las vías respiratorias y en el intercambio de gases entre los pulmones y el sistema vascular.

DEFINICION DEL PROBLEMA:



IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS (III)

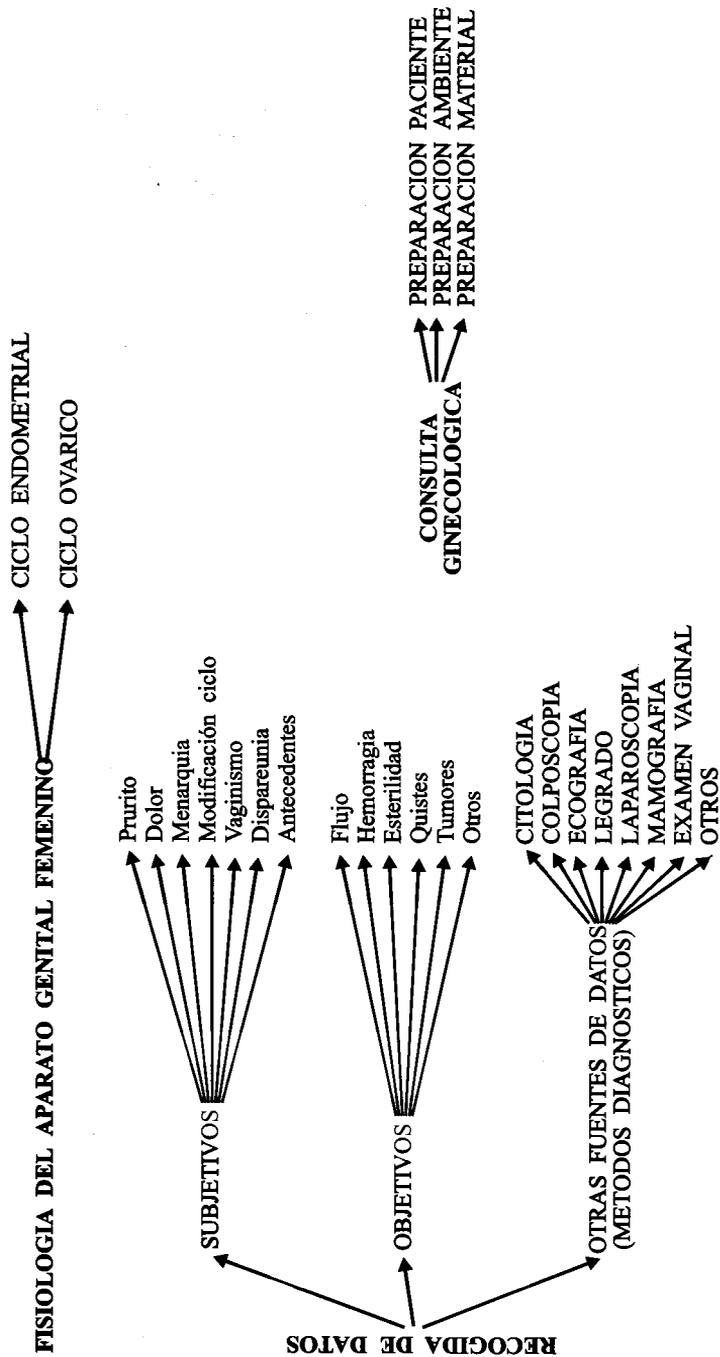


TEMA: LA PACIENTE CON PROBLEMAS GINECOLOGICOS

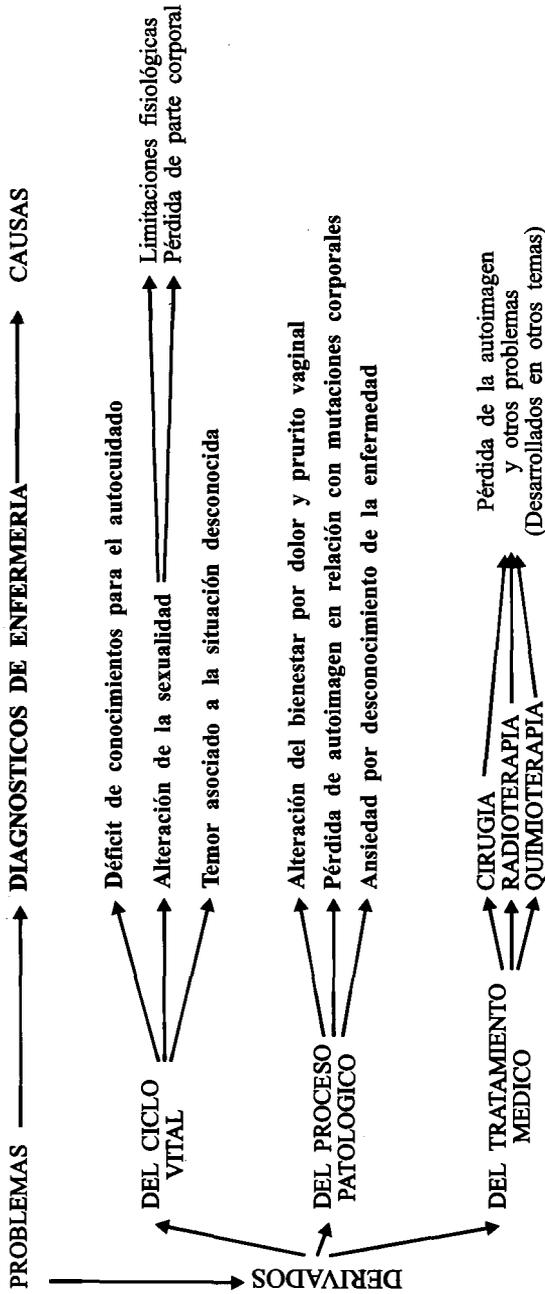
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las causas más comunes que pueden provocar alteraciones ginecológicas.
2. Describir las manifestaciones más comunes que presenta la mujer con problemas ginecológicos.
3. Identificar los problemas de la mujer, derivados de las alteraciones ginecológicas.
4. Determinar las actividades de enfermería para solucionar los problemas identificados.
5. Describir la preparación de la paciente, el ambiente y el material necesario para el examen ginecológico.
6. Valorar la importancia de la educación sanitaria a las enfermas ginecológicas.

CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA PACIENTE CON PROBLEMAS GINECOLOGICOS (I)

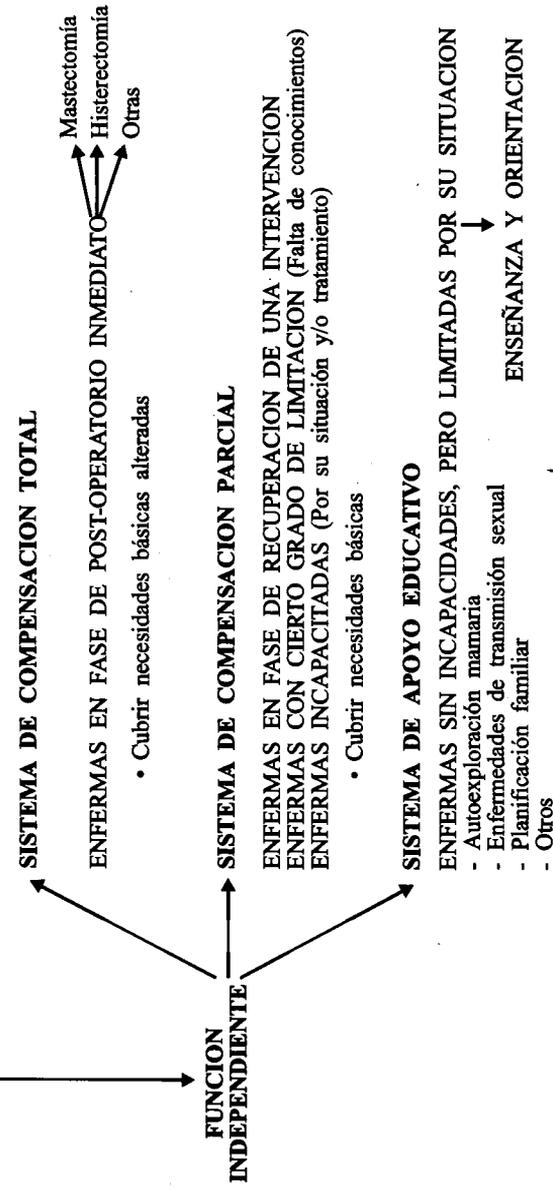


CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA PACIENTE CON PROBLEMAS GINECOLOGICOS (II)

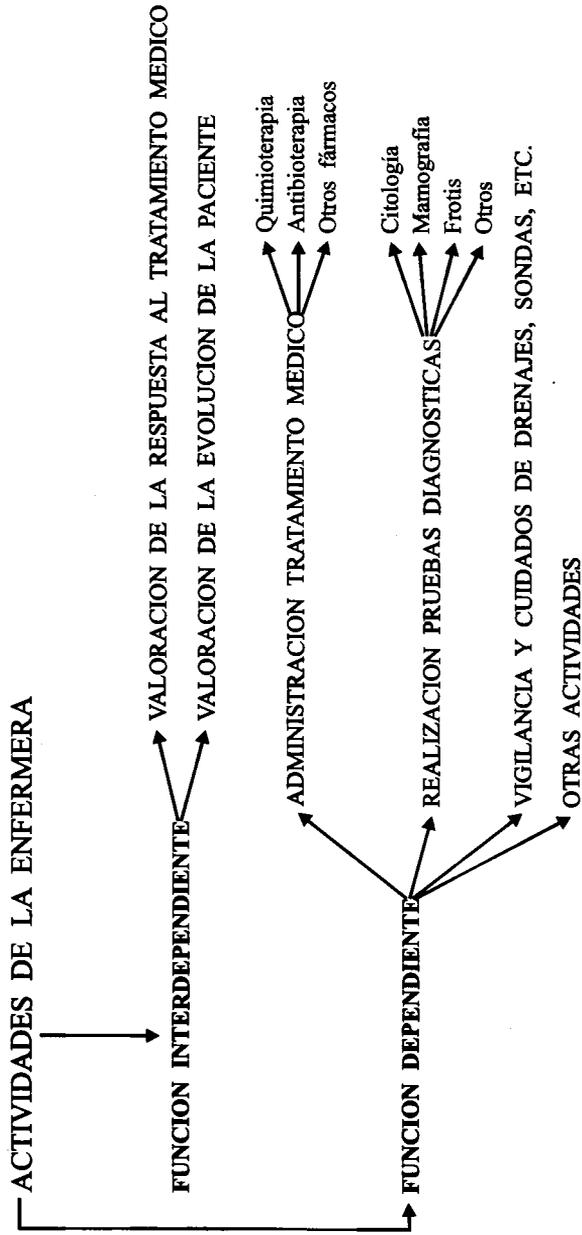


CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA PACIENTE CON PROBLEMAS GINECOLOGICOS (III)

ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA



CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA PACIENTE CON PROBLEMAS GINECOLOGICOS (IV)



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON DESVIACIONES ESPECIFICAS DEL ESTADO DE SALUD

EJERCICIO 1

1. Explique las acciones específicas en un enfermo con tracción esquelética. Razone las respuestas.
2. Razone los problemas que se pueden presentar en un enfermo con fractura de pelvis.
3. Describa las complicaciones más graves de la cirrosis hepática.
4. Describa el concepto y las manifestaciones del problema «abdomen agudo».
5. Describa los factores desencadenantes de la formación de un trombo.
6. Describa el problema de «molestias por sensibilidad a la luz».
7. Describa los datos que deben recogerse para valorar el problema de «sobrecarga circulatoria».
8. Explique qué haría hasta la llegada del médico si identifica un problema de «edema agudo de pulmón». Razone la respuesta.
9. Describa los consejos que debe dar a un enfermo con problema de la circulación arterial.
10. Describa la necesidad fundamental que puede verse alterada en un enfermo con convulsiones.

RESPUESTAS

1. EXPLIQUE LAS ACCIONES ESPECIFICAS EN UN ENFERMO CON TRACCION ESQUELETICA. RAZONE LAS RESPUESTAS

La tracción esquelética consiste en la implantación transversal, en un hueso, de un clavo de acero o alambre de Kirschner. Su aplicación tiene tres objetivos principales:

- A) *Restablecer la adecuada posición de un hueso perdida por una fractura o luxación.*
- B) *Inmovilizar una extremidad u otra parte del cuerpo.*
- C) *Vencer espasmos cuando los músculos que mueven una articulación irritable se contraen y se deforman.*

Las acciones específicas en un paciente con tracción continua son de asistencia y de educación.

A) *De asistencia:*

- Ayudar al paciente en los autocuidados. Se debe enseñar al paciente a que aprenda estas tareas, para que sea lo más independiente posible.
 - El enfermo al que se le ha colocado una tracción debe permanecer en cama e inmovilizar la parte del cuerpo dañada. Esto supone que la movilidad habitual queda parcialmente abolida. La persona, por falta de experiencia, desconoce los movimientos adecuados que pueden proporcionarle independencia.
- Colocar un tablero debajo del colchón para proporcionar dureza a la cama.
 - Una cama blanda favorece movimientos inadecuados al enfermo que puede hacer desalinear la tracción.
- Mantener la posición anatómica correcta.
 - Con el fin de que al producirse la cicatrización ósea se realice de la forma correcta y no se produzcan deformidades.
- Al cambiar al paciente de posición o movilizarlo hacerlo gradualmente.
 - Los movimientos bruscos producen desplazamientos de la tracción.
- Limpiar diariamente con técnica aséptica la zona de alrededor del clavo.
 - La implantación del clavo supone la pérdida de solución de continuidad de la piel, por lo que puede ser un problema potencial de infección local.
- No producir movimientos de la cama.
 - Las sacudidas pueden desplazar la tracción.
- Mantener constantemente la alineación de las cuerdas y poleas de la tracción.
 - La alineación correcta de ambas permite la tracción constante sobre huesos específicos, sin que se interrumpa la posición de cicatrización.

B) *De educación:*

- Informar y enseñar al paciente cómo puede mantener la tracción en posición correcta.
- Enseñar cómo debe hacer los ejercicios de movilización.
- Explicar cómo pueden adaptarse las ropas a las necesidades de la situación, para facilitar el vestirse con la tracción y para cubrir los instrumentos de la misma.

2. RAZONE LOS PROBLEMAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN UN ENFERMO CON FRACTURA DE PELVIS

Las fracturas pélvicas pueden tener como consecuencia *hemorragias* producidas por desgarros de vasos (venas y arterias), causa de las espículas óseas pro-

ducidas por la fractura. Además, pueden presentarse *roturas de órganos o desgarrros de vísceras* situadas en la cavidad pélvica (vejiga, uretra, intestino). Estas roturas se producen, asimismo, por los fragmentos de los huesos pélvicos rotos.

3. DESCRIBA LAS COMPLICACIONES MAS GRAVES DE LA CIRROSIS HEPATICA

- A) *Hipertensión portal*: aumento en la presión de la vena porta, debido a la obstrucción parcial del flujo de la sangre de la vena porta a través del hígado. Esta complicación aparece a causa de la fibrosis del patrón de la estructura del hígado enfermo y de la transmisión de la presión del sistema arterial en la función trastornada del filtro de los vasos hepáticos.
- B) El aumento de la presión en el sistema porta puede conducir a *hemorragias* que producen anemia ferropénica.
- C) *Varices esofágicas*: ruptura brusca de las venas gastroesofágicas que se encuentran dilatadas, produciendo hematemesis.
- D) *Ascitis*: líquido libre dentro de la cavidad abdominal que se desarrolla debido a la hipertensión portal o a un descenso en el nivel de albúmina en el plasma a causa de la producción reducida en el hígado, con el consiguiente descenso de la presión osmótica.

4. DESCRIBA EL CONCEPTO Y LAS MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA «ABDOMEN AGUDO»

Se denomina así al dolor abdominal que se presenta de una manera súbita, fuerte y continua. Puede afectar a uno o más órganos situados en la cavidad abdominal.

Manifestaciones generales:

- Dolor fuerte.
- Náuseas y vómitos.
- Palidez facial y expresión de ansiedad.
- Vientre rígido y distendido (en tabla).
- Hipersensibilidad a la palpación abdominal.
- Hipotensión y pulso débil (dependiendo de los factores fisiopatológicos causantes del problema).

5. DESCRIBA LOS FACTORES DESENCADENANTES DE LA FORMACION DE UN TROMBO

- *Alteración de la superficie endotelial de los vasos* (arterioesclerosis, inflama-

ciones de la pared vascular, acción de agentes físicos: quemaduras, traumatismos).

- *Pérdida o disminución de la velocidad de la corriente sanguínea* (varices, pacientes quemados).
- *Alteraciones de la composición de la sangre* (aumento de plaquetas o trombocitos y hematíes: trombocitopenias y policitemias).
- *Otras situaciones que provocan la aparición de trombos:*
 - Descompensaciones cardíacas. Infarto de miocardio.
 - Inmovilización de miembros. Postoperatorios. Puerperio.
 - Tumores malignos, etcétera.

6. DESCRIBA EL PROBLEMA DE «MOLESTIAS POR SENSIBILIDAD A LA LUZ»

Es este un problema en el que la persona tiene molestias físicas a la luz brillante.

A) *Causas:*

- Enfermedades del propio órgano de la visión (conjuntivitis, úlcera córnea).
- Enfermedades ajenas al órgano de la visión (avitaminosis A, fiebre amarilla).
- Tratamientos farmacológicos (administración de soluciones oculares de belladona y atropina).

B) *Características que definen el problema:*

- Datos objetivos: parpadeo y lagrimeo excesivo.
- Datos subjetivos: sensación de irritación ocular, percepción excesiva de la luz y fotofobia.

C) *Necesidades alteradas:*

- Seguridad física disminuida.
- Bienestar alterado.

D) *Actividades de enfermería:*

- Mantener la habitación del paciente con poca luz.
- No aplicar luces de exploración en la cara del enfermo.
- Mantener al enfermo con gafas de sol.

- Observar el tamaño de la pupila, la igualdad y la respuesta a la luz. Al hacer esta inspección no aplicar la luz de exploración directamente a la pupila.
- Valoración de la respuesta al tratamiento médico y a los cuidados enfermeros.

7. DESCRIBA LOS DATOS QUE DEBEN RECOGERSE PARA VALORAR EL PROBLEMA DE «SOBRECARGA CIRCULATORIA»

A) Datos objetivos:

- Distensión venosa.
- Presión arterial y PVC elevadas.
- Taquicardia.
- Piel enrojecida.
- Respiración superficial y rápida.
- Tos y estertores.
- Poliuria (diuresis superior a 50 cc/hora).
- Densidad de la orina disminuida

B) Datos subjetivos:

- Cefalea de tipo opresivo.
- Disnea.
- Ansiedad.

C) Otras fuentes de datos:

- Historia médica de insuficiencia renal.
- Perfusiones intravenosas.
- Administración de transfusiones de sangre.

8. EXPLIQUE QUE HARIA HASTA LA LLEGADA DEL MEDICO SI IDENTIFICA UN PROBLEMA DE «EDEMA AGUDO DE PULMON»

Administrar oxígeno: el líquido acumulado en el tejido intersticial de los pulmones y los alveolos causa dificultad respiratoria. La ingesta de oxígeno más alta que el respirado por el enfermo de forma ordinaria facilita la respiración y proporciona bienestar.

Aplicar torniquetes rotatorios: esta medida interfiere el retorno venoso, quedando la sangre estancada en las extremidades, reduciéndose así el volumen

de sangre que llega a los pulmones, impidiendo el drenaje excesivo de líquido en los pulmones.

Colocar al paciente en posición de sentado y con los miembros inferiores colgando: esta posición hace que el tórax se expanda y el enfermo respire mejor. Además, hace drenar el líquido retenido en los pulmones y disminuye la circulación de retorno.

Instaurar sueroterapia a velocidad muy lenta, para administrar medicación. La velocidad de la perfusión intravenosa rápida hace que el enfermo reciba más líquidos y se favorezca el encharcamiento pulmonar.

Obtener muestra de sangre y enviar al laboratorio para determinación de electrolitos, hemograma y gases arteriales.

Medición de signos vitales, para controlar función cardiorrespiratoria.

Preparar medicación:

- Aminofilina, para mejorar la ventilación.
- Digoxina, para reforzar la función cardíaca.
- Diuréticos, para disminuir la sobrecarga de líquidos.
- Morfina, para calmar la ansiedad y mejorar la función respiratoria.

9. DESCRIBA LOS CONSEJOS QUE DEBE DAR A UN ENFERMO CON PROBLEMA DE LA CIRCULACION ARTERIAL

- *Evitar posiciones que alteren la circulación:*
 - No permanecer mucho tiempo de pie.
 - No permanecer mucho tiempo con las rodillas flexionadas.
 - No cruzar las piernas.
 - Evitar la presión en la parte posterior de las rodillas.
- *Cambiar frecuentemente de posición.*
- *No colocarse almohadas, mantas, cojines, etc., debajo de las rodillas.*
- *No usar prendas constrictivas.*
- *No usar medias elásticas.*
- *Evitar exceso de peso corporal.*
- *Andar, correr, caminar con rapidez varias veces al día.*
- *No aplicar fuente de calor en ninguna zona del cuerpo (bolsa de agua caliente, manta eléctrica, etc.).*

- *Usar calcetines de lana en invierno.*
- *No utilizar baño caliente, sauna, etcétera.*
- *Advertir que acuda al médico si observa:*
 - Piel fría, azulada, pálida o tumefacta.
 - Entumecimiento, hormigueo y dolor.
 - Aparición de heridas cutáneas en pies.
 - Ausencia de pulso en las extremidades inferiores.

10. DESCRIBA LA NECESIDAD FUNDAMENTAL QUE PUEDE VERSE ALTERADA EN UN ENFERMO CON CONVULSIONES

Fundamentalmente la *seguridad física* por las contracciones y relajaciones musculares involuntarias, la inestabilidad y la pérdida temporal de la conciencia, factores que aumentan la posibilidad de caídas, golpes, etc., durante la crisis convulsiva.

EJERCICIO 2

Caso en estudio:

Mujer de cincuenta y ocho años de edad, que ingresa por el servicio de urgencias tras haber sufrido un accidente de tráfico. Al ingreso presenta:

- Fractura abierta de tibia derecha con hemorragia.
- Gran edema y pequeño hematoma en tobillo izquierdo.
- Sed, ansiedad, mareos, debilidad y náuseas.
- Hipotensión, taquicardia, pulso filiforme, taquipnea con respiraciones superficiales, piel húmeda y fría, palidez facial.
- Ligera obnubilación.
- La enferma refiere antecedentes de nefritis aguda.
- Muy preocupada, intranquila, no se concentra en las preguntas que se le hacen.
- Constantemente solicita se avise a la familia, dice que ésta estará muy preocupada por su larga ausencia de casa.
- Pregunta repetidas veces por «lo que le van a hacer», «si presenta gravedad su estado» y «en qué centro se encuentra».

Se le instaura tracción esquelética en pierna derecha, sondaje vesical permanente y vía venosa para reposición de la volemia.

Pasados tres días del ingreso, la paciente presenta fracaso renal agudo como consecuencia de sus antecedentes renales y del shock hipovolémico. Es sometida a tratamiento de diálisis peritoneal.

Recuperada de la insuficiencia renal aguda, emite orina escasa y de aspecto turbio.

Se solicita urocultivo.

En el transcurso de la hospitalización, la paciente comunica a la enfermera que se «nota un bulto en el pecho». Tras el correspondiente estudio es diagnosticada de «tumoración en cuadrante superior externo de la mama derecha». Se le practica mastectomía.

Después de sesenta y cinco días de hospitalización la paciente es dada de alta.

Cuestiones para contestar:

1. Describa qué problemas puede presentar esta enferma al ingreso tras la valoración inicial.
2. Describa los conceptos: esguince y luxación.

3. Describa, brevemente, el concepto de nefritis aguda.
4. Enumere los problemas que se pueden presentar, una vez solucionados los que la enferma presentó al ingreso.
5. Describa la insuficiencia renal aguda.
6. Fundamente el tratamiento de la diálisis peritoneal.
7. Describa las acciones específicas que llevaría a cabo durante el tratamiento de diálisis peritoneal.
8. Fundamente las precauciones y observaciones que deben hacerse en el procedimiento de la diálisis peritoneal.
9. Describa la finalidad del urocultivo y la técnica de recogida de la muestra para esta prueba en la mujer.
10. Describa las acciones específicas de enfermería a la paciente después de haber sido intervenida de mastectomía.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA QUE PROBLEMAS PUEDE PRESENTAR ESTA ENFERMA AL INGRESO TRAS LA VALORACION INICIAL
 - A) *Shock hipovolémico*, por hemorragia.
 - B) *Seguridad física disminuida*, por la hemorragia, posible infección de la herida e inmovilidad.
 - C) *Alteración del bienestar* por el dolor de la fractura.
 - D) *Ansiedad*, por desconocimiento de la situación.

2. DESCRIBA LOS CONCEPTOS: ESGUINCE Y LUXACION
 - A) *Esguince*: es una torcedura o distensión violenta de una articulación, pudiendo llegar a la rotura de algún ligamento o fibras musculares próximas.

La articulación más frecuentemente afectada es la tibiotarsiana. En el esguince de esta articulación existe:

 - *Dolor*, muy intenso en principio, impidiendo a la persona apoyar el pie en el suelo, haciéndolo muy despacio para no aumentar el dolor.
 - *Inflamación* homogénea, llegando a borrar los límites del maleolo externo.
 - *Dificultad funcional*, al restringirse los movimientos de la articulación por temor al dolor.

B) *Luxación*: separación, total o parcial, de las superficies articulares entre sí, sin volver a su estado normal. En este caso los signos y síntomas son:

- *Dolor*, muy intenso al principio que va desapareciendo según pasan las horas, pero se instaura al menor movimiento.
- *Imposibilidad de movimientos activos* en un principio, pero pasados unos días el miembro puede moverse con relativa facilidad.
- Puede apreciarse *deformidad*, sobre todo al compararlo con el lado sano.
- *La inflamación* no se hace muy manifiesta.

Las luxaciones y los esguinces se producen por el mismo mecanismo:

- Una acción brusca y violenta que lleva más allá del límite los movimientos articulares.
- Por tratar de mover la articulación en un sentido en que ésta no puede hacerlo.

3. DESCRIBA, BREVEMENTE, EL CONCEPTO DE NEFRITIS AGUDA

Enfermedad renal bilateral que, afecta difusamente a todos los glomérulos, produciendo su inflamación y evoluciona en pocas semanas hacia la curación.

Aparece en relación con una infección provocada, generalmente, por el estreptococo beta-hemolítico, procedente, fundamentalmente de las vías respiratorias altas.

Las manifestaciones de esta lesión son:

- Edemas.
- Hipertensión arterial.
- Hematuria.
- Retención de productos nitrogenados (proteinuria, uremia).

4. ENUMERE LOS PROBLEMAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR, UNA VEZ SOLUCIONADOS LOS QUE LA ENFERMA PRESENTO AL INGRESO

- A) *Infección*, a consecuencia de la pérdida de solución de continuidad de la piel en la pierna y por el tratamiento de tracción esquelética.
- B) *Temor* por desconocimiento del pronóstico y evolución.
- C) *Posible impotencia funcional* de pierna debida a la fractura.
- D) *Incapacidad para el autocuidado* por el tratamiento de tracción e inmovilidad.

- E) *Alteración del bienestar*, por tracción esquelética y posición en la cama.
- F) *Posible aparición de úlceras de decúbito*, por movilidad restringida.

5. DESCRIBA LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Muchas enfermedades renales destruyen el tejido renal, dando lugar a una insuficiencia renal o uremia. La afección se manifiesta con:

- Malestar general, cefaleas e insomnio.
- Anorexia y vómitos frecuentes.
- Aumento de sustancias nitrogenadas en la sangre (uremia y cetonuria).

La insuficiencia renal se debe a dos hechos principales:

- A) *Insuficiencia para excretar los productos de desechos* del metabolismo de las proteínas. Las sustancias principales que se liberan en condiciones normales son urea, potasio, sulfatos y cloruros. En la insuficiencia renal estas sustancias no se excretan, se acumulan en el organismo hasta niveles tóxicos.
- B) *Insuficiencia de excreción de agua*. Si una persona con insuficiencia renal bebe agua en cantidades normales es evidente que habrá un exceso de líquidos en el organismo, lo que causará insuficiencia cardiaca-circulatoria, pudiendo llegar a la muerte por intoxicación de agua.

El tratamiento de la insuficiencia renal (aguda o crónica) está encaminado a prevenir estos problemas, por medio de hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante de riñón.

6. FUNDAMENTE EL TRATAMIENTO DE LA DIALISIS

El tratamiento por diálisis se basa en el hecho de que si dos soluciones de distinta concentración se separan por una membrana semipermeable, los solutos en concentración alta se difundirán a través de la membrana al área de concentración más baja hasta que ambas soluciones sean idénticas. Si por lo tanto, la sangre de un enfermo que padece insuficiencia renal contiene una alta concentración de urea se pasa por un tubo exterior hecho de material semipermeable en un baño de líquido en el que no hay urea, la urea se difundirá de la sangre al líquido de baño. Durante este tiempo saldrá del sistema vascular del paciente el exceso de urea y el contenido de urea en el organismo descenderá a valores normales. Consideraciones similares se aplican a otros productos residuales metabólicos tóxicos. Existen dos métodos de diálisis: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

En la *diálisis peritoneal* se aplica el mismo principio de la difusión de solutos que en la hemodiálisis, pero en esta técnica el peritoneo del enfermo constituye la membrana semipermeable. El equivalente del baño salino del riñón artificial se produce por la gravedad de la cavidad peritoneal del enfermo a través de un catéter

de plástico pequeño insertado en la pared abdominal inferior. Se inyecta líquido en cantidades de un litro y se le deja permanecer en la cavidad peritoneal durante quince minutos mientras tienen lugar la difusión de solutos, después se extrae el líquido mediante la gravedad y se repite el mismo ciclo tantas veces como sea necesario para devolver a la sangre del paciente una concentración normal; por lo general, es necesario un período de doce horas.

7. DESCRIBA LAS ACCIONES ESPECIFICAS QUE LLEVARIA A CABO DURANTE EL TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL

Las acciones de enfermería, en este caso, van dirigidas a que la enferma tenga cubiertas las necesidades alteradas por factores fisiopatológicos y por el propio tratamiento de diálisis. Estas necesidades alteradas son:

- La de eliminación (de los desechos de sustancias nitrogenadas).
- La de bienestar y comodidad (por la propia técnica que aunque no es dolorosa sí resulta molesta).
- La seguridad física (posibilidad de infección peritoneal).
- La independencia (por la restricción de movimientos que impone la diálisis).

A) *Actividades de asistencia:*

- Proporcionar ayuda a la enferma hasta que aprenda a autocuidarse.
- Atender constantemente a la enferma (mientras dura el procedimiento).
- Mantenerla en posición supina o ligeramente incorporada.
- No administrar enemas (mientras el líquido esté en el peritoneo).
- No mover la cama.
- Cambiar el apósito con frecuencia para que permanezca seco y limpio.
- Al terminar la diálisis colocar apósito estéril.

B) *Actividades de observación:*

- Vigilar frecuencia y ritmo central (especialmente si existen arritmias).
- Vigilar frecuencia y ritmo respiratorio y si existe dificultad respiratoria, drenar inmediatamente el líquido del peritoneo.
- Observar apósito de alrededor del catéter por si hay hemorragia.
- Hacer balance de líquidos.
- Vigilar la presión arterial más frecuentemente al comenzar la diálisis.

- Vigilar temperatura corporal.
- Observar si la enferma se queja de dolor (especialmente durante el drenaje del líquido).
- Al término de la diálisis enviar la punta del catéter al laboratorio para cultivo.

8. FUNDAMENTE LAS PRECAUCIONES Y OBSERVACIONES QUE DEBEN HACERSE EN EL PROCEDIMIENTO DE LA DIALISIS PERITONEAL

- A) *No debe entrar aire en el tubo de entrada del líquido de diálisis:* el flujo del aire en la cavidad peritoneal aumenta la presión y provoca dolor.
- B) *Templar el líquido de diálisis a la temperatura corporal antes de ser introducido:* el líquido frío puede producir calambres abdominales, y puede hacer que la persona sufra hipotermia al enfriarse, por contacto, los tejidos del interior del organismo.
- C) *Comprobar que el catéter de diálisis no presenta fugas ni desplazamientos:* el flujo normal de solución hacia dentro y hacia fuera de la cavidad peritoneal elimina las toxinas, la urea y los electrólitos desde la sangre a través de la membrana peritoneal.
- D) *Comprobar continuamente la cantidad de solución que se retiene en la cavidad peritoneal y la cantidad de líquido que se drena:* la pérdida de una cantidad excesiva de líquido a través del drenaje peritoneal originará pérdida excesiva de electrólitos. Si se retienen grandes cantidades de líquido de diálisis, quiere decir que se ha absorbido demasiado líquido, lo que podría conducir a sobrecarga circulatoria.
- E) *Observar el aspecto del líquido de diálisis extraído:* si el líquido es sanguinolento puede significar hemorragia precipitada por la heparina que se añade al líquido de diálisis. El líquido turbio indica pérdida de proteínas.

9. DESCRIBA LA FINALIDAD DEL UROCULTIVO Y LA TECNICA DE RECOGIDA DE LA MUESTRA PARA ESTA PRUEBA EN LA MUJER

El urocultivo es el análisis bacteriológico de la orina, por el que se determina si existe infección urinaria y tipo de germen que la ocasiona.

Recogida de la muestra:

- Lavado genital, con agua y jabón (sin antisépticos), limpiando bien la vulva y el meato urinario con compresas estériles.
- Hacer que la enferma miccione y se desperdician los primeros centímetros cúbicos de orina emitida.
- A continuación, la enferma micciona directamente en el envase estéril que va a ser enviado al laboratorio.

- Una vez la orina está en el envase se cierra este herméticamente.
- Se etiqueta el envase con los datos de la enferma y se envía la muestra al laboratorio lo antes posible (antes de los veinte minutos de la recogida; si no, se guarda en nevera a 4° C).

Precauciones:

- Antes del lavado genital la enfermera deberá lavarse las manos.
- Durante la recogida de la muestra no se debe contaminar ésta.

10. DESCRIBA LAS ACCIONES ESPECIFICAS DE ENFERMERIA A LA PACIENTE DESPUÉS DE HABER SIDO INTERVENIDA DE LA MASTECTOMIA

A) Postoperatorio inmediato:

Actividades de asistencia:

- Colocación de la paciente en decúbito lateral sobre el lado no afecto hasta que haya recobrado la conciencia.
- Cuando la paciente esté consciente se colocará en posición de semi-Fowler, manteniendo el brazo afecto por encima del nivel cardíaco.

Actividades de observación:

- Vigilar nivel de conciencia.
- Medición de signos vitales.
- Hacer balance hídrico.

B) Postoperatorio tardío:

Estas acciones van encaminadas a prevenir y/o resolver los problemas específicos que se pueden producir, en este caso pueden ser:

- Impotencia funcional del miembro superior, por inmovilidad voluntaria del brazo y hombro en prevención de aparición del dolor o por dolor real.
- Alteración de la percepción de sí misma, por pérdida de una parte del cuerpo.
- Alteración de la sexualidad, por sentimiento de no resultar deseable.

Actividades de asistencia:

- Hacer ejercicios específicos del brazo para prevenir el acortamiento muscular y conservar el tono muscular, ampliar los límites del movimiento y favorecer el drenaje linfático del brazo.
- Establecer una relación de confianza enferma/enfermera para que la persona

expresar sus sentimientos sobre la forma en que se siente o se ve a sí misma y para que la paciente haga libremente preguntas sobre su problema de salud. La enfermera debe proporcionar una información fiable a la paciente.

- Proporcionar intimidad y ambiente seguro.
- Promover la interacción social, animando y ayudándola para que acepte el apoyo de familiares y amigos.
- Evitar que la familia y amigos la superprotejan.
- Apoyar a la familia en el proceso de adaptación.
- Favorecer la actividad.

Actividades de observación:

- Inspección de la zona intervenida (inflamación, edema, aspecto de la herida, etcétera).
- Inspección de brazo (linfedema).

Actividades de educación:

- Recomendar el uso de sujetador para soporte de la mama no intervenida.
- Recomendar implantación de prótesis mamaria adecuada (almohadillado blando poco después de la intervención y colocación profesional más tarde).
- Enseñar cómo se limpia y lubrica la zona quirúrgica.
- Recomendar y enseñar los ejercicios postmastectomía.
- Explicar cómo debe hacerse la exploración mamaria periódica.
- Describir los síntomas que deben comunicarse (inflamación, supuración, nuevas masas, linfedema progresivo del brazo, etcétera).

UNIDAD V

SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, los estudiantes habrán adquirido los conocimientos necesarios para prestar cuidados de enfermería a pacientes en situaciones críticas por alteración de las funciones vitales.

OBJETIVOS INTERMEDIOS PRINCIPALES

1. Describir las características comunes de los pacientes ingresados en unidades de cuidados especiales.
2. Valorar las necesidades alteradas de los pacientes en situación crítica.
3. Identificar los problemas comunes de los enfermos en situación crítica.
4. Explicar las técnicas y procedimientos especiales utilizados en el cuidado de estos enfermos.
5. Planificar los cuidados para dar solución a los problemas por orden de prioridad.
6. Identificar las manifestaciones objetivas y subjetivas para evaluar la evolución del estado del enfermo.
7. Valorar la importancia de la atención a la familia del paciente ingresado en unidades de cuidados especiales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Ante un caso dado, en el que a la alumna se le da una serie de datos, formular los problemas de enfermería, clasificándolos por orden de prioridad.

* Se describe la unidad completa.

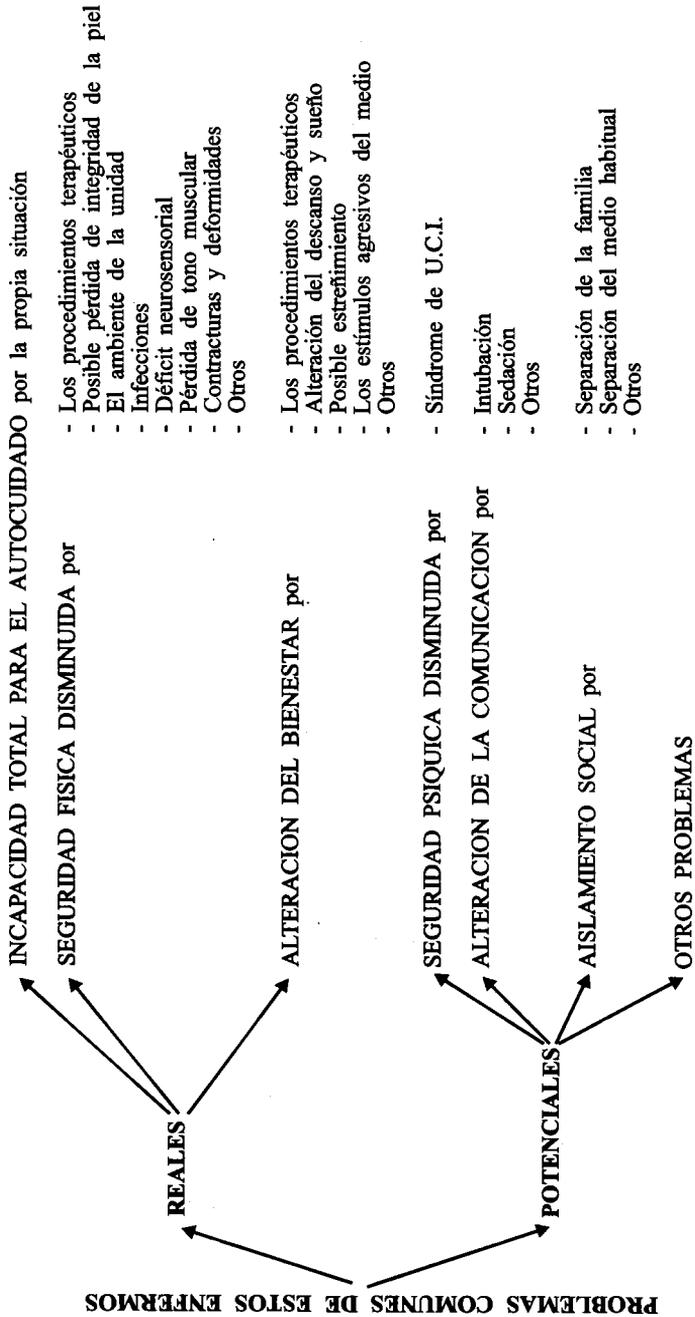
2. Elaborar un plan de cuidado para un paciente en situación crítica, cuyos problemas serán dados a conocer a la alumna.
3. En un caso dado formular los parámetros deseados para considerar que la situación del enfermo evoluciona favorablemente.
4. Interpretar las alteraciones electrocardiográficas que denotan un problema de amenaza de vida para el paciente.
5. Realizar en el maniquí de prácticas las maniobras de resucitación cardiorrespiratoria.
6. Preparar en sala de prácticas un respirador para conectar a un paciente.
7. Registrar los datos que se le dan, a la alumna, en una gráfica especial.
8. Preparar y medir en la sala de prácticas la PVC.
9. Preparar y manejar en la sala de prácticas la técnica de diálisis peritoneal.
10. Realizar en el maniquí de prácticas una desfibrilación.

SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA (I)

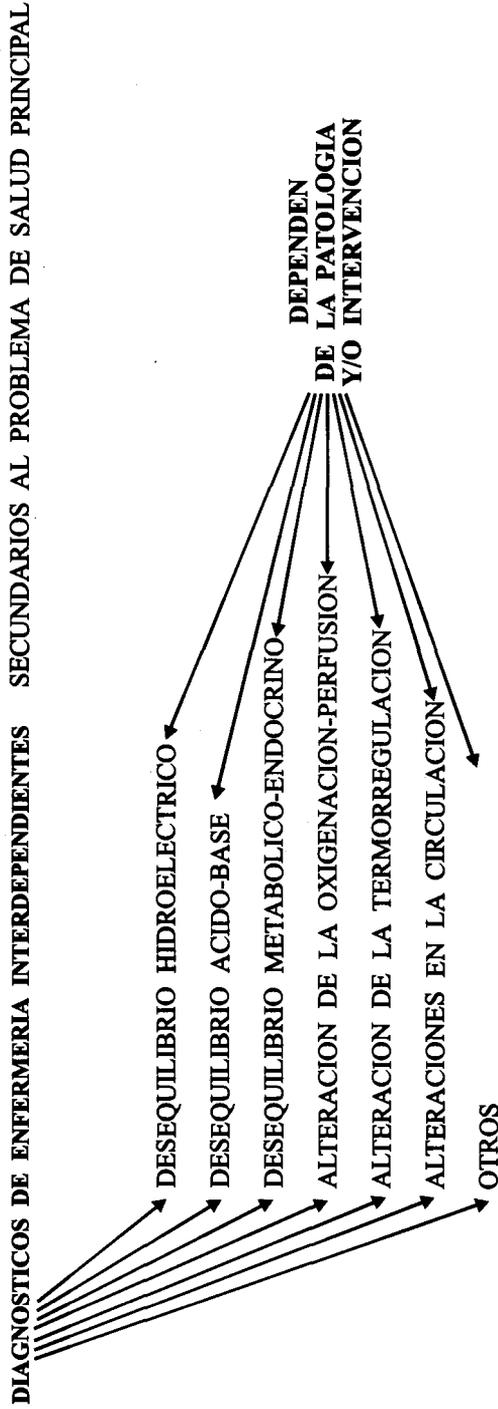
AGRUPACION DE PACIENTES:

- **PROBLEMAS PRODUCIDOS POR AGENTES FISICOS**
(Grandes quemados y congelaciones importantes)
- **PACIENTES QUE HAN SUFRIDO INTOXICACIONES**
- **PACIENTES POLITRAUMATIZADOS**
- **ENFERMOS INTERVENIDOS DE GRANDES OPERACIONES**
(Por la duración de la intervención y/o por los órganos afectados)
- **ENFERMOS CON PROBLEMAS CORONARIOS**
- **ENFERMOS INCONSCIENTES**
(Cualquiera que sea la causa de la inconsciencia)
- **ENFERMOS SOMETIDOS A TRASPLANTES DE ORGANOS**

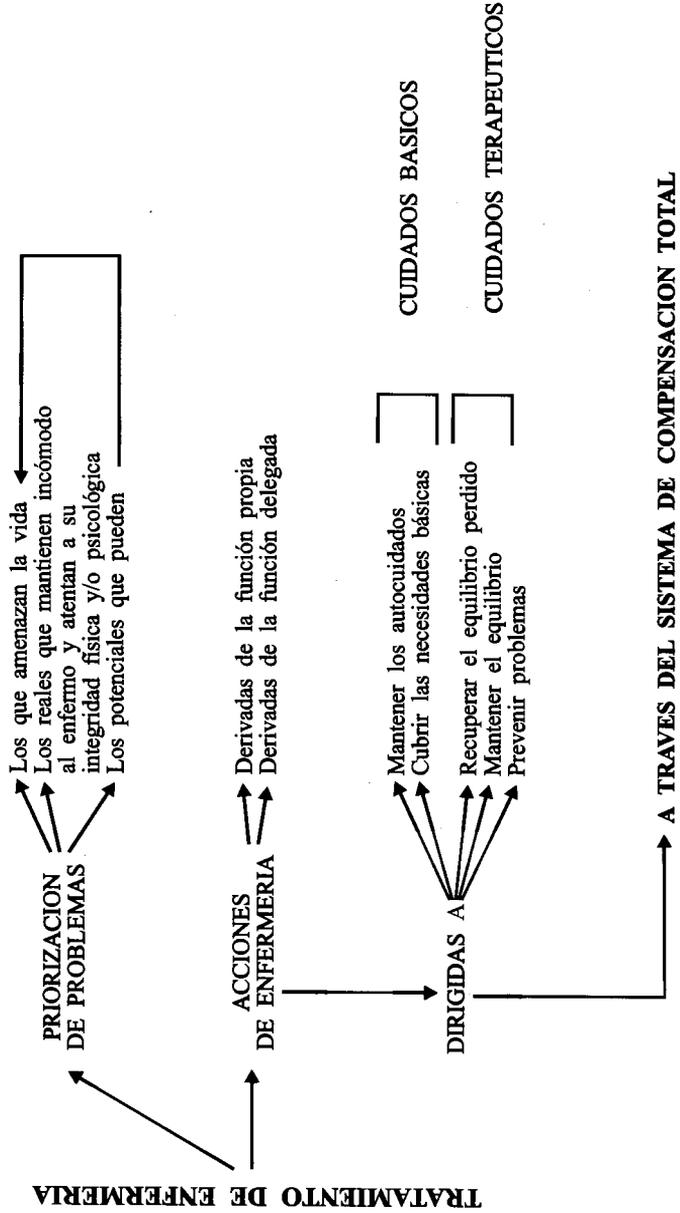
SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA (II)



SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA (III)

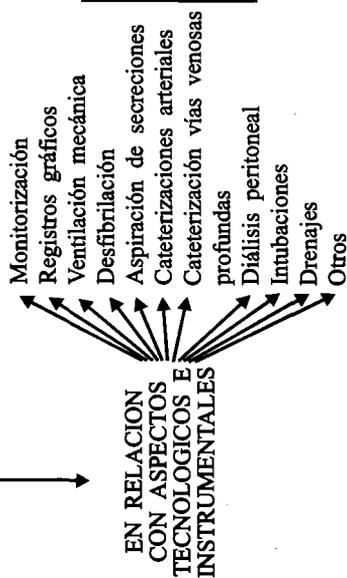


SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA (IV)



SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA (V)

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES EN EL CUIDADO DE ESTOS ENFERMOS



- APORTAN DATOS PARA DETECTAR PROBLEMAS
- AYUDAN AL CUIDADO TERAPEUTICO
- DERIVADOS DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MEDICO
- NO SUPLEN LOS CUIDADOS ENFERMEROS

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA

EJERCICIO 1

De las afirmaciones que se hacen a continuación deberá decir cuáles son verdaderas y cuáles son falsas. Deberá razonar sus respuestas.

1. Si una cánula de traqueostomía se cubre de secreciones y no puede limpiarse correctamente estando colocada, se deben hacer las maniobras suficientes hasta su desobstrucción y limpieza completa.
2. Los tubos de drenajes torácicos se deben ordeñar en segmentos cortos y con acciones suaves.
3. Si al observar el sistema de drenaje torácico el líquido en la cámara de cierre hidráulico no fluctúa, lo primero que deberá hacerse es elevar el sistema de drenaje por encima del nivel del tórax del enfermo.
4. El paciente sometido a tratamiento con respiración de presión positiva intermitente puede padecer dolor de cabeza y vértigo.
5. Al paciente diagnosticado de infarto agudo de miocardio se le debe mantener en reposo absoluto.
6. No existe ninguna postura ideal para el cuidado de los pacientes con infarto de miocardio.
7. A los pacientes con grandes quemaduras conviene meterlos en ambiente fresco por padecer mucho calor.
8. En un paciente con quemaduras graves en cara y cuello lo más importante en la valoración inicial es observar si existen signos de incremento de la presión intracraneal.
9. Un paciente considerado «gran quemado» tiene mayores necesidades nutricionales.
10. Al determinar las prioridades de actuación ante una intoxicación, no se considera el tipo de tóxico ingerido.
11. En la intoxicación por morfina está indicada la «diuresis forzada».
12. Las intoxicaciones por gases y ácidos no tienen importancia.
13. A los enfermos en coma se les debe estimular y prestar la misma atención que a los enfermos conscientes.
14. Uno de los signos de aumento de la presión intracraneal es un cambio en el nivel de conciencia del enfermo.
15. En un paciente con aplastamiento de tórax, traumatismo abdominal, posible lesión cerebral y fracturas múltiples, los cuidados van dirigidos a llevar a

cabo una valoración física minuciosa, controlar los signos vitales y cubrir las heridas abiertas.

16. A todos los pacientes intervenidos de craneotomía se les deben colocar en posición horizontal y con la cabecera de la cama elevada en ángulo de 30-35°.
17. Es conveniente que durante su permanencia en la unidad de cuidados intensivos los enfermos estén constantemente despiertos, por lo que hay que estimularlos permanentemente para que no se duerman.
18. No es actividad de la enfermera de unidad de cuidados intensivos dedicar tiempo a la atención de los familiares de los enfermos.
19. El paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos está sometido a estrés.

RESPUESTAS

1. *Falso:* en este caso se debe retirar la cánula con suavidad, mantener el estoma abierto e insertar una cánula nueva. Las maniobras excesivas y prolongadas dañan la mucosa traqueofaríngea y retrasan el mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas. Para el intercambio de gases es esencial la permeabilidad completa de las vías respiratorias. Asimismo, la higiene del estoma y de la cánula previene la infección del tracto respiratorio y proporciona comodidad al paciente.
2. *Verdadero:* el ordeñamiento de los segmentos cortos de los tubos crea una aspiración suficiente para desplazar residuos y coágulos de fibrina desde las aberturas del tubo de drenaje torácico, desprendiéndolas del paciente. Si la acción es demasiado enérgica puede provocar molestias y lesiones en las membranas pleurales y tejidos circundantes.
3. *Falso:* si se eleva el sistema de drenaje por encima del nivel del tórax, las secreciones drenadas volverán hacia el espacio pleural. Si el sistema de drenaje se interrumpe antes de cualquier otra acción se deberá comprobar si existen fugas y obstrucciones.
4. *Verdadero:* la hiperventilación produce cefaleas ligeras o vértigos debido al descenso en la concentración de CO_2 . Esto puede ser problema de que el enfermo entre en alcalosis respiratoria.
5. *Verdadero:* el infarto de miocardio consiste en la destrucción del tejido miocárdico a causa de una interrupción de la irrigación sanguínea normal. Esta necrosis hística altera de manera significativa la dinámica del corazón y reduce el gasto cardiaco. Los mecanismos compensatorios aumentan la demanda de oxígeno, lo que provoca mayor destrucción de los tejidos. Si el enfermo realiza cualquier esfuerzo esta demanda aumenta. Al mantener al enfermo en reposo se reduce considerablemente la demanda de oxígeno.
6. *Verdadero:* lo mejor es permitirles que adopten la postura más cómoda para

ellos. No obstante, hay algunas indicaciones específicas para posiciones especiales en la cama; un paciente con fallo del ventrículo izquierdo siempre preferirá sentarse, mientras que la hipotensión puede corregirse mediante la elevación de los pies de la cama.

7. *Falso*: los enfermos quemados suelen padecer frío, pues las quemaduras cutáneas no permiten que los vasos periféricos se contraigan, por lo que no se retiene el calor corporal por pérdida de la integridad de la piel y por pérdida de líquidos.
8. *Falso*: lo primordial es observar si presenta cambios en la circunferencia del cuello. Esto puede significar que existe edema. Valorar parámetros respiratorios por posible inhalación de humos. Al no existir lesión en la cabeza no es un problema potencial la presión intracraneal.
9. *Verdadero*: el paciente quemado tiene aumentado el metabolismo basal, lo que conlleva a un incremento de la demanda nutritiva del organismo. Son signos indicativos de alimentación insuficiente *el edema* que aparece tras la fase de reanimación y *la disminución de la concentración sérica de proteínas*. Asimismo, *la cicatrización retardada de las heridas* puede ser signo de nutrición insuficiente.
10. *Verdadero*: cualquier tipo de intoxicación puede poner en peligro la vida del enfermo por alteración importante de las funciones vitales. Las acciones, inicialmente, van dirigidas a mantener o restablecer la función respiratoria y circulatoria, el equilibrio ácido-base e hidroelectrolítico y la función renal. Posteriormente se considerará el tipo de tóxico ingerido.
11. *Verdadero*: en el 90 por 100 de los casos la morfina se elimina por vía renal, por lo que está indicada la estimulación de la eliminación urinaria.
12. *Falso*: estas intoxicaciones son graves, pues pueden producir estados de shock. Se pueden producir, además, perforaciones gástricas y esofágicas, peritonitis o mediastinitis y edema laríngeo.
13. *Verdadero*: estos enfermos deben recibir los estímulos del medio adecuados, por lo que se les deberá de hablar cuando se les atiende, explicarles los procedimientos que se les están practicando; durante el día mantener las ventanas de la habitación abiertas para que entre la claridad y la iluminación adecuada; conviene mantener la radio en marcha, etc. Estas acciones favorecen la estimulación sensorial de los enfermos en cama.
14. *Verdadero*: esta alteración suele ser debida a una disminución de aporte de oxígeno al tronco cerebral, donde se localizan los centros de vigilia y de la función mental.
15. *Falso*: en caso de politraumatismo es prioritario la valoración de los signos vitales, el control de las hemorragias externas y determinar si existen lesiones críticas. La valoración física completa y minuciosa es demasiado extensa para realizarla en primera instancia. Asimismo, las heridas abiertas pueden curarse más tarde.
16. *Falso*: la posición en que se debe mantener a estos enfermos, depende del

tipo de craneotomía practicada. La posición del enfermo se ajustará al tipo de intervención, tipo de lesión y objetivos a conseguir (asegurar el drenaje del líquido cefalorraquídeo, evitar el edema, favorecer el drenaje venoso, etcétera).

17. *Falso*: mantener constantemente despierto a los enfermos cuando más necesitan el descanso y sueño, para resistir el estrés fisiológico postquirúrgico o el de una enfermedad grave hace que aparezca deprivación del sueño. Si un enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos no duerme un ciclo completo de sueño, comenzará a sentir los efectos, tanto físicos como mentales. Probablemente esto hará que su proceso de recuperación sea más lento.
18. *Falso*: los familiares de los pacientes ingresados en unidades de cuidados especiales pueden sentirse abandonados, preocupados, solos, con sensación de no estar haciendo algo útil por el paciente y otras sensaciones que hacen que se sientan incómodos. Por todo esto se les debe mantener informados, darles oportunidad y animarlos a que hagan preguntas, etc. De cualquier manera la enfermera debe tener presente que en la sala de espera se encuentran unos familiares que pasan por momentos críticos.
19. *Verdadero*: el estrés está ocasionado por un conjunto de factores, entre los que se destacan el ambiente impersonal y poco familiar para el paciente de la unidad; los ruidos, las luces, cuidados continuos, etc., que hacen que el enfermo no descansa lo necesario; las molestias que producen los tratamientos; el temor ante la situación que está viviendo; la separación de la familia y la escasa comunicación con los seres queridos.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA

EJERCICIO 2

1. Enumere las normas de actuación de enfermería para evitar el aumento de la presión intracraneal.
2. Explique a qué son debidas las arritmias en los enfermos con afecciones respiratorias crónicas.
3. Enumere los grupos susceptibles de sufrir un problema de «embolia grasa».
4. Describa el signo característico de la «embolia grasa».
5. Describa los datos para valorar el estado de conciencia de un enfermo.

RESPUESTAS

1. ENUMERE LAS NORMAS DE ACTUACION DE ENFERMERIA PARA EVITAR EL AUMENTO DE LA PRESION INTRACRANEAL

- A) Mantener constantemente la permeabilidad de las vías aéreas.
- B) Mantener una adecuada ventilación.
- C) Facilitar el retorno venoso al corazón.
- D) Evitar la maniobra de Valsalva.
- E) Restringir los líquidos.
- F) Mantener la temperatura corporal en límites normales.
- G) Controlar los líquidos corporales y electrolitos.
- H) Mantener al paciente en reposo absoluto: posición de semisentado 30°, manteniendo cabeza y cuello alineados y evitando ejercicios isométricos musculares).

2. EXPLIQUE A QUE SON DEBIDAS LAS ARRITMIAS EN LOS ENFERMOS CON AFECCIONES RESPIRATORIAS CRONICAS

La retención de CO_2 y el consiguiente descenso de O_2 abocan al corazón a una hipoxia constante que favorece el desarrollo de arritmias.

3. ENUMERE LOS GRUPOS DE ENFERMOS SUSCEPTIBLES DE SUFRIR UN PROBLEMA DE «EMBOLIA GRASA»

— Politraumatizados y enfermos con fracturas de huesos largos.

- Intoxicados y quemados.
- Pacientes intervenidos de by-pass cardiopulmonar.
- Pacientes sometidos a cirugía ortopédica.
- Pacientes sometidos a trasplantes de órganos.

4. DESCRIBA EL SIGNO CARACTERISTICO DE LA «EMBOLIA GRASA»

El signo más significativo de este problema son las petequias (se presentan en más del 50 por 100 de los casos). El resultado de la trombosis intravascular provocada por la disminución de oxígeno es la aparición de manchas rojas, pequeñas, planas, que no palidecen con la presión y duran, solamente, de unas cuatro a seis horas. Aparecen con frecuencia en las axilas, pero también pueden aparecer en la conjuntiva de los párpados inferiores o en el paladar blando.

5. DESCRIBA LOS DATOS PARA VALORAR EL ESTADO DE CONCIENCIA DE UN ENFERMO

La valoración se basa en el resultado obtenido según el tipo de respuesta del enfermo a determinados estímulos.

- A) *Paciente alerta*: responde de forma inmediata, completa y apropiada a estímulos visuales, auditivos y táctiles. Nivel de conciencia normal.
- B) *Paciente letárgico*: indica cierto nivel de conciencia. Duerme la mayor parte del tiempo, pero se despierta fácilmente y responde de forma adecuada.
- C) *Paciente obnubilado*: indica cierto nivel de conciencia. Puede despertarse y responder, pero está confuso y vuelve a dormirse tan pronto como deja de ser estimulado.
- D) *Paciente estuporoso*: no responde a estímulos visuales, auditivos ni táctiles. Responde a estímulos dolorosos rehuyéndolos, pero no recobra la conciencia.
- E) *Paciente semicomatoso*: no responde a estímulos visuales, auditivos ni táctiles. Responde de forma inapropiada mediante uno o dos reflejos motores no intencionados. Se mantiene en postura de decorticación o de descerebración.
- F) *Paciente comatoso*: no responde en absoluto a estímulos incluidos los dolorosos. Permanece totalmente arrefléxico. Parece que duerme.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA

EJERCICIO 3

1. Describa los cuidados sistematizados a un paciente inconsciente.
2. Describa los cuidados de enfermería específicos a un paciente intervenido de pancreatoclectomía.
3. Describa las actividades de enfermería dirigidas a evitar problemas en un paciente con convulsiones.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA LOS CUIDADOS SISTEMATIZADOS A UN PACIENTE INCONSCIENTE

Los cuidados de enfermería van dirigidos a que el paciente mantenga cubiertas sus necesidades básicas, de forma que no presente problemas derivados de su situación.

A) *Facilitar la adecuada función respiratoria y circulatoria:*

- Medición periódica de los signos vitales (frecuencia respiratoria y tipo de respiración, pulso radial y apical, presión arterial y temperatura).
- Auscultación periódica de sonidos pulmonares para determinar necesidad de aspiración endotraqueal.
- Realizar periódicamente análisis de gases sanguíneos.
- Medir densidad de la orina.
- Hacer balance hídrico.
- Cambios posturales y masajes frecuentemente.
- Ejercicios de movilización pasiva cada cuatro horas.

B) *Proteger al enfermo:*

- Mantener la cabecera de la cama elevada en ángulo de 30° y el cuello en posición adecuada.
- Si el paciente está en decúbito lateral, mantener la cabeza de lado para evitar que la lengua obstruya las vías respiratorias y permitir la salida de secreciones.
- Mantener las barandillas de la cama levantadas y colocar almohadillas por si se producen convulsiones.
- Si el enfermo tiene colocadas sondas y/o drenajes del lado que está acostado vigilar que no estén acodadas ni causen molestias al enfermo.

— Vigilar periódicamente el correcto funcionamiento de los equipos de aspiración, oxígeno, etcétera.

C) *Mantener la higiene:*

— Baño completo diario.

— Cuidado de los ojos.

— Limpieza de las cavidades nasal y bucal.

D) *Mantener al enfermo en posición adecuada para:*

— Prevenir la aspiración y oclusión de las vías respiratorias.

— Evitar las úlceras por decúbito.

— Prevenir el aumento de la presión intracraneal.

— Prevenir deformidades de miembros.

E) *Mantener una nutrición adecuada:*

— Los preparados para administrar por sonda nasogástrica deberán estar a temperatura ambiente.

— Administrar el alimento según pauta médica.

— Mantenimiento adecuado de la sonda nasogástrica.

— Prevenir problemas de alimentación por sonda nasogástrica.

F) *Mantenimiento de la necesidad de eliminación:*

— En la fase crítica colocación de sonda vesical.

— A medida que la situación se estabiliza se puede recurrir a opciones alternativas.

— Para simular al máximo una función vesical normal se debe pinzar la sonda a intervalos regulares.

— Realizar ejercicios que faciliten la función intestinal.

— Anotar diuresis y deposiciones para controlar eliminación.

G) *Estimular la función sensorial:*

— Hablar al enfermo siempre que se le estén prestando cuidados.

— Conviene mantener la habitación durante el día iluminada, con música, de forma que el ambiente sea el mismo que el de cualquier otro enfermo.

2. DESCRIBA LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA ESPECIFICOS A UN PACIENTE INTERVENIDO DE PANCREATECTOMIA

A) *Problemas potenciales o posibles:*

— Fístula pancreática.

- Extravasación anastomótica.
- Hemorragias.
- Absceso pancreático, intraabdominal con peritonitis o ambos.

B) *Actividades de asistencia:*

- Mantenimiento del volumen sanguíneo y del equilibrio hidroelectrolítico.
- Mantenimiento del estado de nutrición (generalmente nutrición parenteral total, una vez que el paciente está estabilizado).

C) *Actividades de observación:*

- Vigilar el estado hemodinámico y la función respiratoria.
- Medir líquidos aspirados por sondas y drenajes.
- Vigilar herida y apósito.
- Vigilar niveles de glucemia.
- Vigilar gases arteriales.

3. DESCRIBA LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA DIRIGIDAS A EVITAR PROBLEMAS EN UN PACIENTE CON CONVULSIONES

Las actividades de enfermería, en este caso, van dirigidas a controlar la crisis convulsiva, mejorar el control del ataque y evitar posibles lesiones.

A) *Controlar la crisis convulsiva:*

- Observar el ataque y registrar las observaciones:
 - Tomar nota de la hora y de los signos de un ataque inminente.
 - Observar las partes corporales afectadas, el orden de participación y las características de los movimientos.
 - Ver si hay desviación de los ojos o nistagmo y los cambios de tamaño pupilar.
 - Tomar nota de las fases tónica y clónica.
 - Valorar el patrón respiratorio.
- Después de la crisis:
 - Asegurar una vía aérea adecuada y verificar si hay lesiones manifiestas.
 - Valorar el estado neurológico del enfermo, en especial debilidad motora y lenguaje.

B) *Prevención de lesiones durante el ataque:*

- No introducir nunca a la fuerza algún objeto en la boca.
- No tratar de restringir los movimientos del enfermo.
- Retirar los objetos cercanos que pueden causar lesión.
- Proteger la cabeza de posibles lesiones.
- Retirar la ropa que oprima al enfermo.

C) *Mejorar el control de los ataques:*

- Eliminar los factores desencadenantes:
 - Falta de cumplimiento del tratamiento farmacológico.
 - Abuso del alcohol.
 - Estrés emocional.
 - Falta de nutrición apropiada.
 - Falta de descanso y sueño apropiados.

ENFERMERIA MATERNAL

UNIDAD I

GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos necesarios para conocer las distintas fases de la reproducción y ciclo sexual de la mujer.

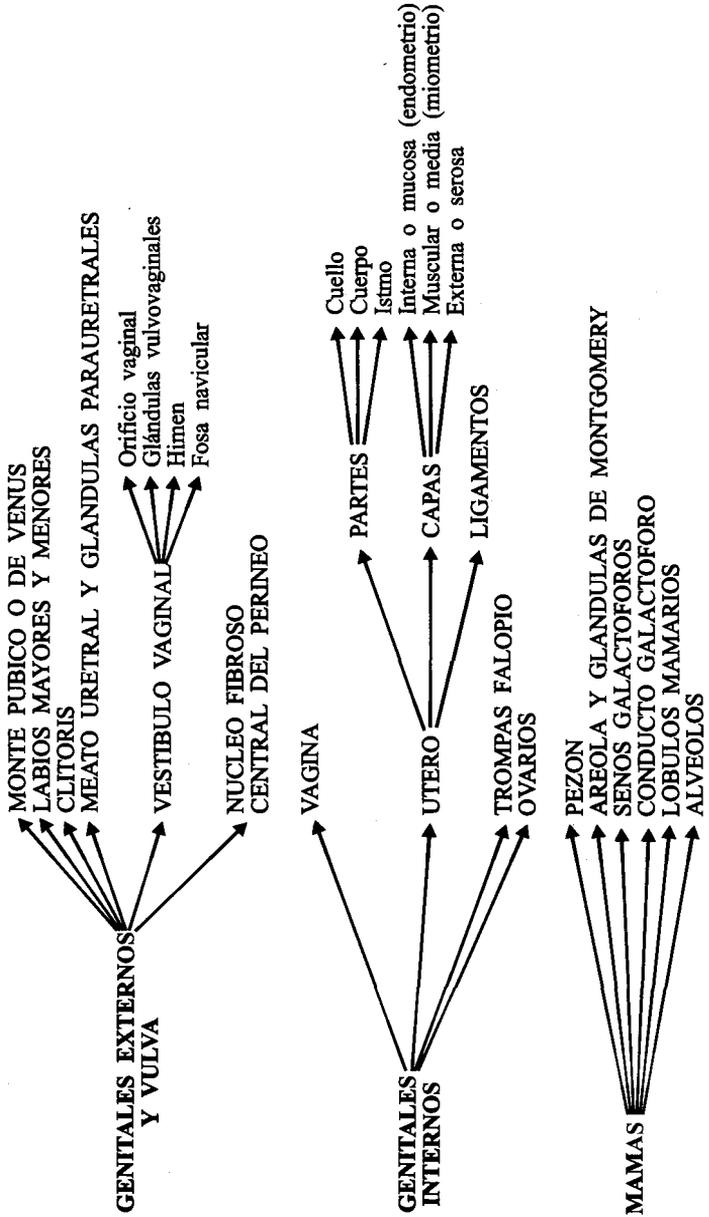
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Explicar el ciclo genital femenino.
2. Definir y diferenciar las formas de reproducción.
3. Describir los cambios sexuales que se producen en el ciclo vital de la mujer.
4. Describir las funciones de la enfermera en el campo de la Enfermería Maternal.

* Se describe la unidad completa.

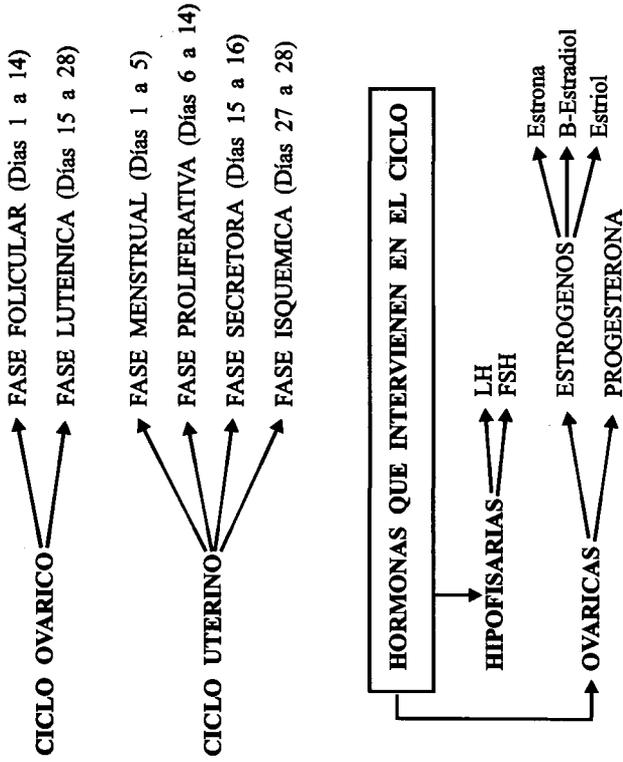
GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION (II)

EL APARATO GENITAL FEMENINO



GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION (III)

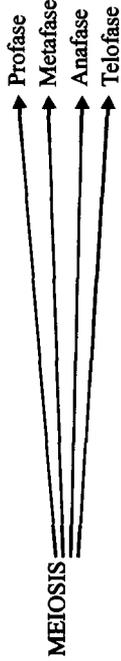
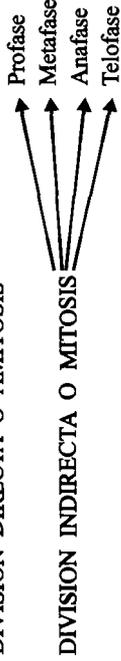
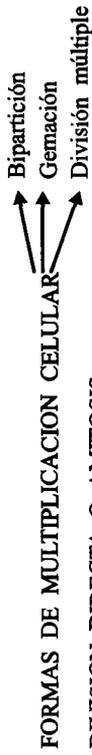
EL CICLO GENTAL FEMENINO



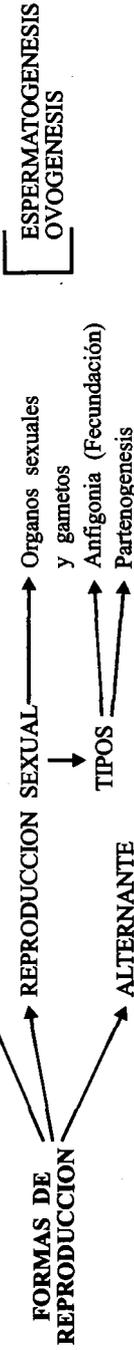
GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION (III)

LA REPRODUCCION

CONCEPTO DE REPRODUCCION Y CRECIMIENTO



ASEXUAL, AGAMICA O VEGETATIVA

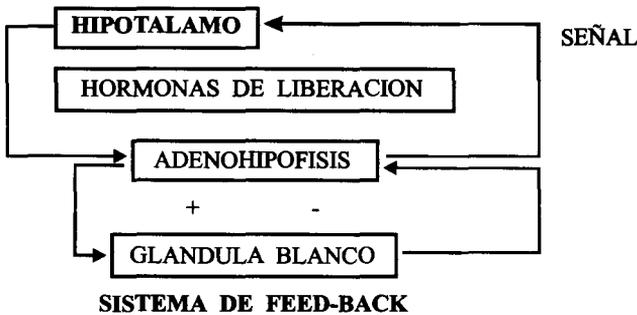
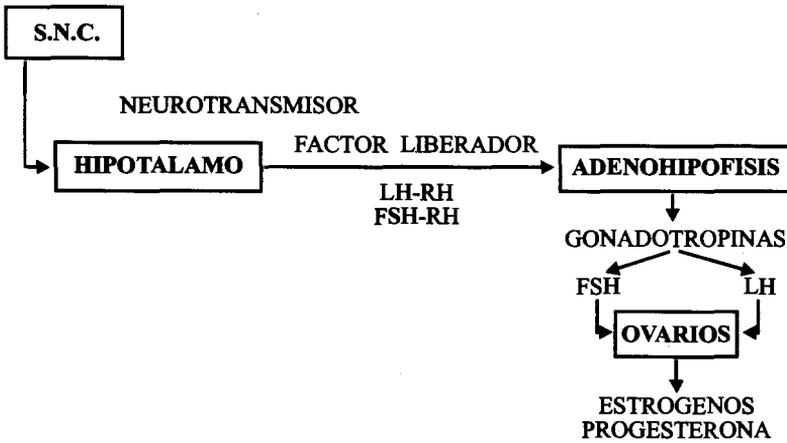
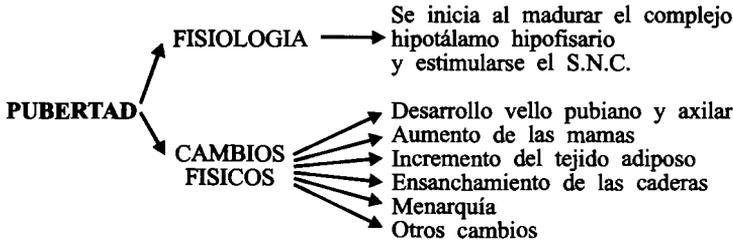


DIFICULTADES DE LA REPRODUCCION HUMANA



GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION (IV)

LA VIDA SEXUAL DE LA MUJER



GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION (V)

EL CLIMATERIO

CONCEPTO → La menopausia es consecuencia de una serie de cambios fisiológicos que se presentan en la mujer de mediana edad, a causa del descenso de las concentraciones de hormonas sexuales. Los ovarios dejan de producir óvulos y estrógenos, con lo que las menstruaciones se vuelven escasas, irregulares y espaciadas hasta desaparecer por completo

FISIOLOGIA →
→ CESE DE LA FUNCION OVARICA Y DE LA MENSTRUACION
→ CAMBIOS EN LA CAPACIDAD REPRODUCTORA
→ CONSERVACION DE LA CAPACIDAD SEXUAL
→ OTROS CAMBIOS

MODIFICACIONES FISIOLOGICAS →
→ **UTERO** → Disminución del tamaño
→ **OVARIOS** → Atrofia y disminución del tamaño
→ **VAGINA** → Disminución en anchura y longitud
→ Estrechamiento del introito vaginal
→ Disminución y alcalinización de las secreciones vaginales

PROMOCION DE LA SALUD →
→ EJERCICIO FISICO
→ CONTROL DIETETICO
→ ACTIVIDADES QUE ESTIMULEN LA AUTOESTIMA
→ OTROS

PREVENCIÓN DEL MALESTAR →
→ PREVENCIÓN DE LA DISPAREUNIA
→ ALIVIO DEL PRURITO VAGINAL
→ ALIVIO DE LAS REACCIONES VASOMOTORAS
→ ACTIVIDADES DE APOYO,
→ EDUCACION Y ORIENTACION

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE GENERALIDADES DE LA REPRODUCCION

EJERCICIO 1

1. Describa el concepto de reproducción.
2. Describa, esquemáticamente, el ciclo sexual femenino.
3. Enumere las causas de esterilidad femenina y masculina.
4. Describa el concepto de ovulación.
5. Describa el principal inconveniente que presenta el diafragma como método anticonceptivo.
6. Describa el efecto de los anticonceptivos de espuma en aerosol.
7. Describa la valoración de la «dispareunia funcional».
8. Describa los cambios que se producen en la pubertad masculina.
9. Describa las modificaciones del climaterio femenino.
10. Describa qué signos, de los que se dan a continuación, son normales en la mucosa vaginal de la mujer menopáusica: mucosa seca y atrófica; mucosa congestionada y de color azulado; mucosa hiperémica e hipertrófica.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA EL CONCEPTO DE REPRODUCCION

La reproducción es la función por la cual los seres vivos originan una progenie que presenta los caracteres fundamentales del generador o generadores. La reproducción es un atributo fundamental, típica de todos los seres vivos.

La posibilidad de reproducirse se desarrolla a diversos niveles y con modalidades diferentes. En definitiva, es un presupuesto fundamental para la misma la capacidad de replicación (duplicación) del material genético, así como la de autorreproducción del núcleo celular.

2. DESCRIBA ESQUEMATICAMENTE EL CICLO GENITAL FEMENINO

La mujer se caracteriza porque en la edad adulta presenta cíclicamente la menstruación, que consiste en la descamación de una parte del útero (el endometrio) acompañado de hemorragia. La primera menstruación es la menarquía, e indica el comienzo de la pubertad y la capacidad reproductora, cuyo final es la menopausia. En la mujer el ciclo genital dura aproximadamente veintiocho días, y hacia el día decimocuarto (pero no siempre es así) se produce la ovulación, que es la liberación del óvulo o célula germinal, que puede ser fecundado en las trompas de Falopio o no.

En el ciclo genital hay una serie de partes, que son: *fase folicular*, en la que en el ovario se desarrolla y madura un folículo, simultáneamente en el útero se produce la *fase proliferativa* que consiste en la regeneración del endometrio, que se ha perdido con la menstruación. Al final de la fase folicular se produce la *ovulación*, y a continuación, en el ovario, se forma el cuerpo lúteo, esta *fase lútea* se corresponde en el útero con la *fase secretora*, caracterizada por desarrollo y producción de glucógeno en las glándulas del endometrio. Posteriormente, y al cabo de siete-ocho días, se produce en el ovario la *degeneración del cuerpo lúteo*, y en el útero la *menstruación*.

3. ENUMERE LAS CAUSAS DE ESTERILIDAD FEMENINA Y MASCULINA

A) *Esterilidad femenina*: puede ser a consecuencia de:

- Malformaciones congénitas de la vulva y de la vagina.
- Estenosis del cuello del útero.
- Posiciones viciosas o malformaciones de útero.
- Alteraciones del endometrio.
- Obstrucciones de las trompas (caso más frecuente).
- Alteraciones de la ovulación y de la función endocrina ovárica.
- Alteraciones de la hipófisis, del tiroides y de las suprarrenales.

B) *Esterilidad masculina*: los factores pueden ser:

- Alteraciones en la producción de espermatozoides (criptorquidea, hipogonadismo).
- Lesiones en las vías seminales (consecuencia de procesos inflamatorios, tumores, traumatismos y anomalías congénitas).

4. DESCRIBA EL CONCEPTO DE OVULACION

Es el fenómeno por el cual se produce la liberación de un óvulo (por el ovario) tras la dehiscencia de un folículo maduro.

Durante el período fecundo de la mujer la ovulación se produce, por lo general, entre el décimosegundo y décimosexto día del comienzo de la menstruación. Es un fenómeno indispensable para que el gameto femenino (óvulo) se una al masculino (espermatozoide) y pueda producirse la fecundación.

El mecanismo íntimo de la ovulación constituye la ovogénesis.

Son muchos los factores hormonales que intervienen en la ovulación, que en substancia está regulada por la correlación entre la acción de la hipófisis y de

los ovarios, con el concurso de las respectivas hormonas. La producción de hormonas hipofisarias está vinculada, a su vez, a la influencia del sistema nervioso central y, sobre todo, a la zona del diencéfalo (hipotálamo). Según la concepción clásica, a partir del comienzo del flujo menstrual por la acción estimulante de la gonadotropina hipofisaria denominada FHS, se elaboran en el ovario cantidades crecientes de estrógenos. Estas hormonas, a su vez, por medio del hipotálamo frenan en proporción a su progresivo aumento la increción de FSH, de modo que cuando la tasa de esta hormona ha descendido por debajo de un nivel crítico se introduce otra gonadotropina hipofisaria, la LH que provoca la ovulación. Actualmente este esquema clásico se discute en parte, ya que se admite que la secreción de LH está presente, aunque en cantidad menor durante todo el ciclo menstrual.

5. DESCRIBA EL PRINCIPAL INCONVENIENTE QUE PRESENTA EL DIAFRAGMA COMO METODO ANTICONCEPTIVO

La manipulación vaginal y cervical que requiere la inserción del diafragma no les gusta a muchas mujeres. Existe mayor probabilidad de que la colocación sea incorrecta.

6. DESCRIBA EL EFECTO DE LOS ANTICONCEPTIVOS DE ESPUMA EN AEROSOL

Los aerosoles de espuma anticonceptiva alcanzan su efecto por inmovilización química y destrucción de los espermatozoides.

7. DESCRIBA LA VALORACION DE LA «DISPAREUNIA FUNCIONAL»

A) *Definición:* dolor durante el coito producido por causas psicológicas.

B) *Factores desencadenantes:*

- Amenaza de pérdida de las relaciones.
- Intento de controlar, sexualmente, a la pareja.
- Expresión indirecta de ansiedad, ira o rechazo.
- Pérdida de intimidad.
- Miedo al embarazo.
- Conflicto no resuelto por violación anterior.

C) *Manifestaciones:*

- No existen datos objetivos.
- Datos subjetivos: La mujer manifiesta:
 - Dolor genital persistente durante el coito.

- Molestias en el introito y canal genital.
- Dificultades de pareja.

8. DESCRIBA LOS CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN LA PUBERTAD MASCULINA

A) *Desarrollo de los caracteres secundarios:*

- Aparición de vello púbico, axilar y facial.
- Crecimiento rápido.
- Eyaculación.
- Acentuación de la nuez.
- Cambio del tono de voz.
- Disminución de la frecuencia del pulso.
- Aparición del acné.
- Aumento de las tensiones biológicas.

B) *Comportamiento:*

- Siente cada vez más interés por el sexo opuesto.
- Toma conciencia de su propia identidad.
- Experimenta deseos contradictorios de independencia e identificación con el grupo de amigos.
- Irritabilidad.
- Dificultad para los ajustes emocionales.

9. DESCRIBA LAS MODIFICACIONES DEL CLIMATERIO FEMENINO

A) *Cambios fisiológicos:*

- En principio, menstruaciones escasas, más tarde faltas ocasionales de períodos, y por último, cese completo de la menstruación.
- Disminución de la producción de estrógenos que puede ocasionar:
 - Crisis de sofocos, sudoración y escalofríos.
 - Excitabilidad, irritabilidad y depresión.
 - Disnea, vértigos, cefaleas y palpitaciones con opresión torácica.

- Cansancio y dolores articulares.
- Caída del pelo de cabeza y pubis, crecimiento del vello en el labio superior y mentón.
- Pérdida de elasticidad e hidratación de la piel; aparición o aumento de las arrugas; flacidez de la mamas y fragilidad de las uñas.
- Frialdad, entumecimiento y hormigueo de manos y pies.
- Prurito perineal, descarga vaginal, dispareunia.
- Aumento de peso, fundamentalmente en mujeres con hábitos de vida sedentarios.

B) Cambios psicológicos:

- Inestabilidad emocional.
- Tendencia al llanto, la melancolía y las preocupaciones.
- Insomnio.
- Autodepreciación y disminución del interés por el aspecto externo.
- Sentimiento de inutilidad (la menopausia coincide con la independencia de los hijos).
- Es frecuente que la mujer disfrute más con las relaciones sexuales al desaparecer el riesgo de embarazo.

10. DESCRIBA QUE SIGNOS DE LOS QUE SE DAN A CONTINUACION SON NORMALES EN LA MUCOSA VAGINAL DE LA MUJER MENOPAUSICA: MUCOSA SECA Y ATROFICA, MUCOSA CONGESTIONADA Y DE COLOR AZULADA, MUCOSA HIPEREMICA E HIPERTROFICA

Con la edad, la mucosa vaginal se deseca y atrofia, como otros tejidos del organismo. El tinte azulado indica signo de embarazo. La hiperemia se produce en la infección o irritación vaginal.

UNIDAD II

CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de esta unidad, las estudiantes habrán adquirido los conocimientos básicos que las capacitan para atender a la mujer gestante en sus necesidades básicas modificadas por su estado, así como identificar y valorar las posibles alteraciones y aplicar los cuidados de enfermería en situaciones concretas.

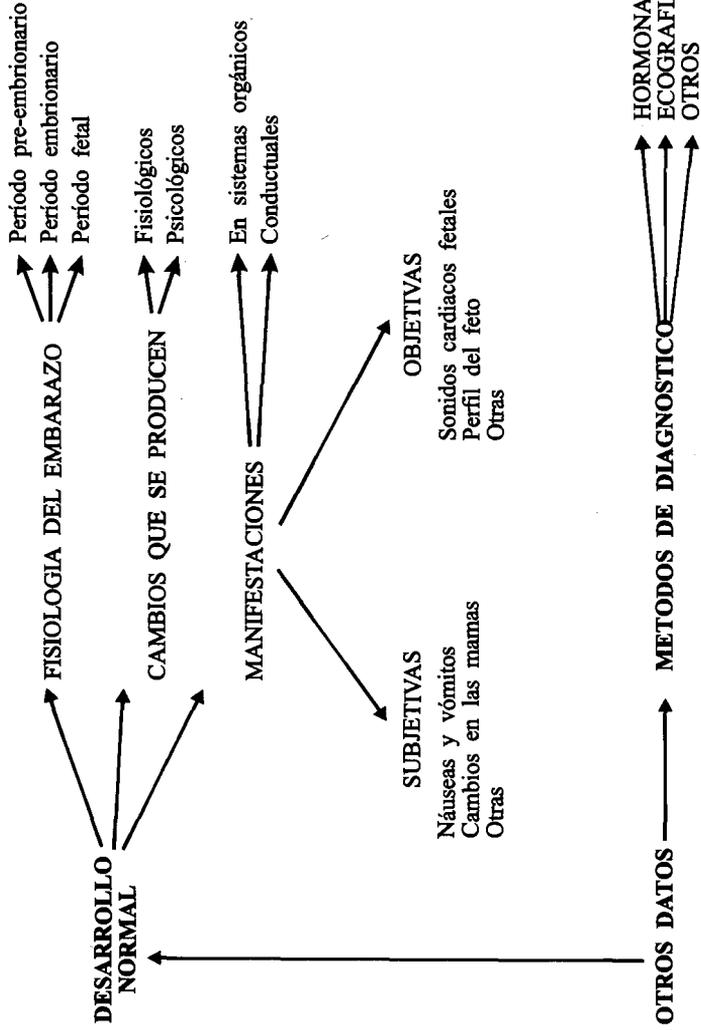
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir esquemáticamente las fases del desarrollo embrionario.
2. Enunciar las funciones de la placenta y el líquido amniótico.
3. Identificar los cambios fisiológicos y psicológicos que se producen en la mujer embarazada.
4. Identificar las modificaciones de las necesidades fundamentales en la mujer embarazada.
5. Describir las recomendaciones que se deben dar a la mujer embarazada para fomentar su capacidad de autocuidados y prevenir los problemas.
6. Describir los problemas maternos más frecuentes que hacen peligrar el desarrollo de la gestación.
7. Explicar las alteraciones que se pueden producir en el transcurso del embarazo y ponen en peligro las vidas de la madre y el feto.
8. Identificar las manifestaciones de los problemas en la mujer gestante.
9. Delimitar las acciones específicas de enfermería en el cuidado de la mujer gestante con problemas.
10. Definir el concepto de aborto, embarazo ectópico y mola, así como las causas que con más frecuencia los producen.

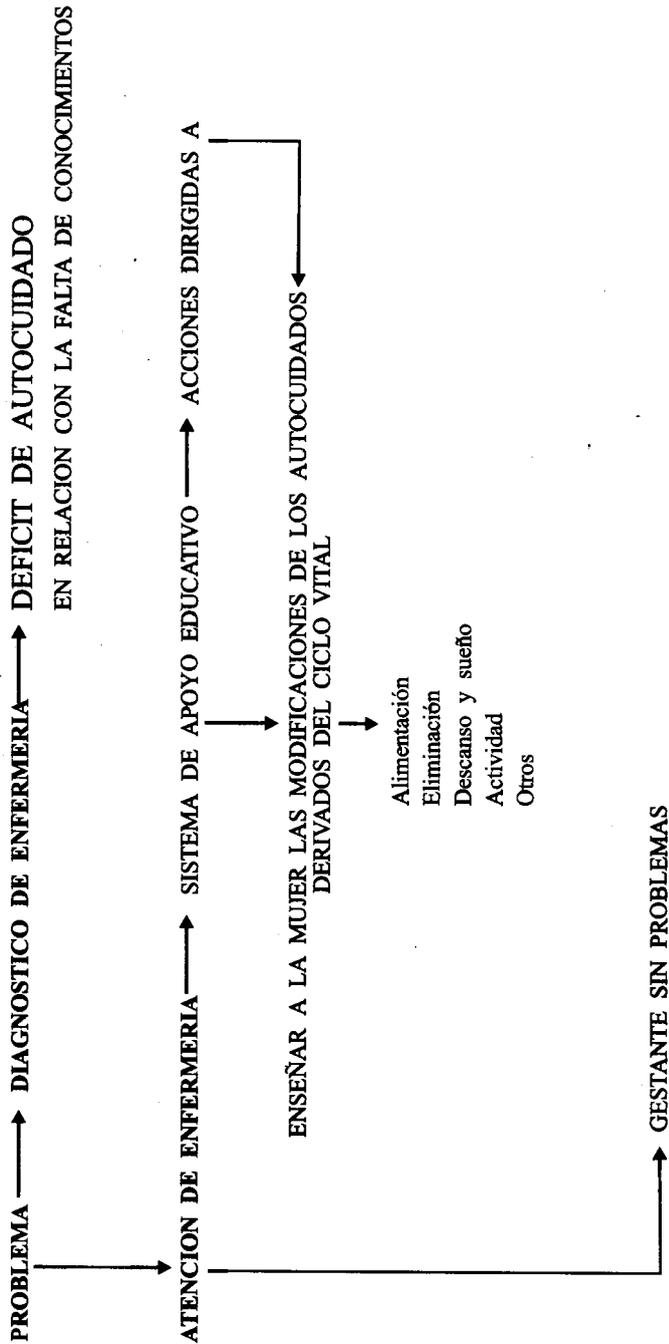
* Se describe la unidad completa.

11. Identificar los signos y síntomas de la interrupción del embarazo.
12. Valorar la importancia de la atención psicológica a la mujer cuyo embarazo ha sido interrumpido.
13. Describir los problemas fisiológicos derivados de la interrupción del embarazo.
14. Explicar las acciones sistemáticas en el cuidado postaborto.
15. Enumerar los métodos de determinación de embarazo.

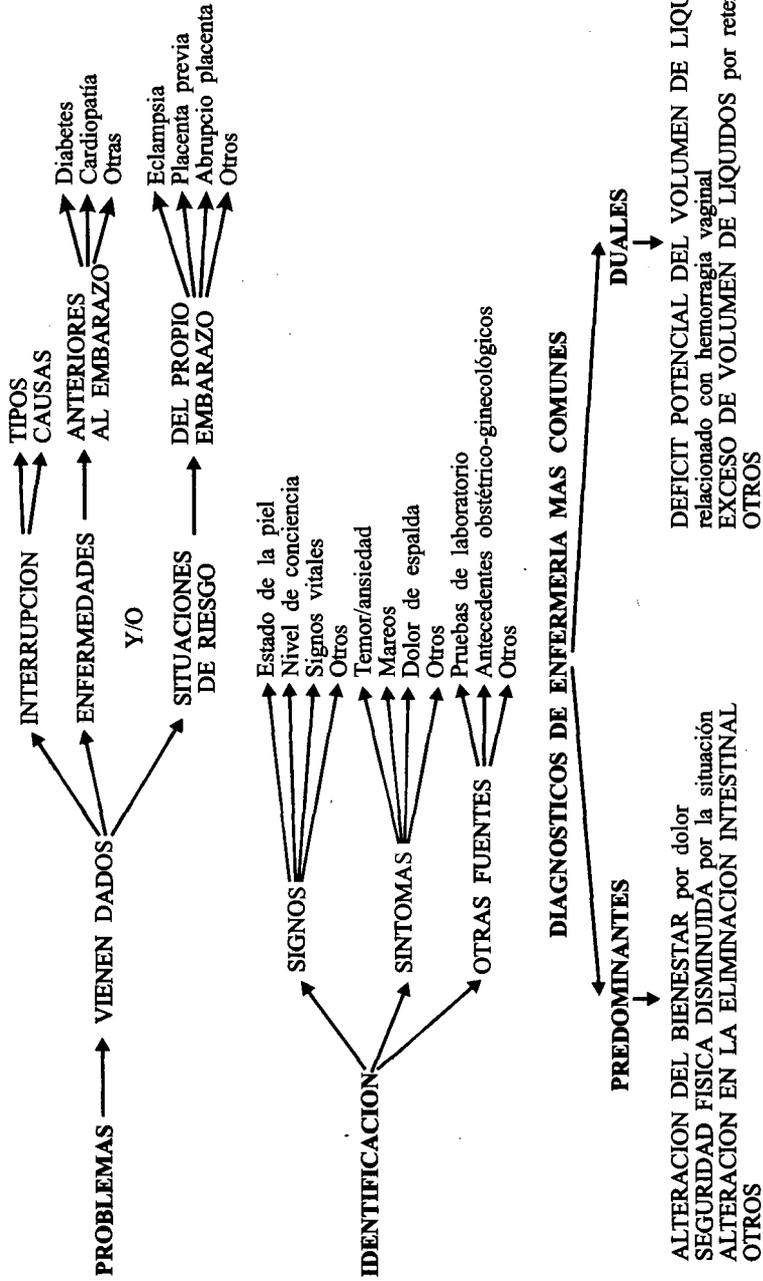
CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (I)



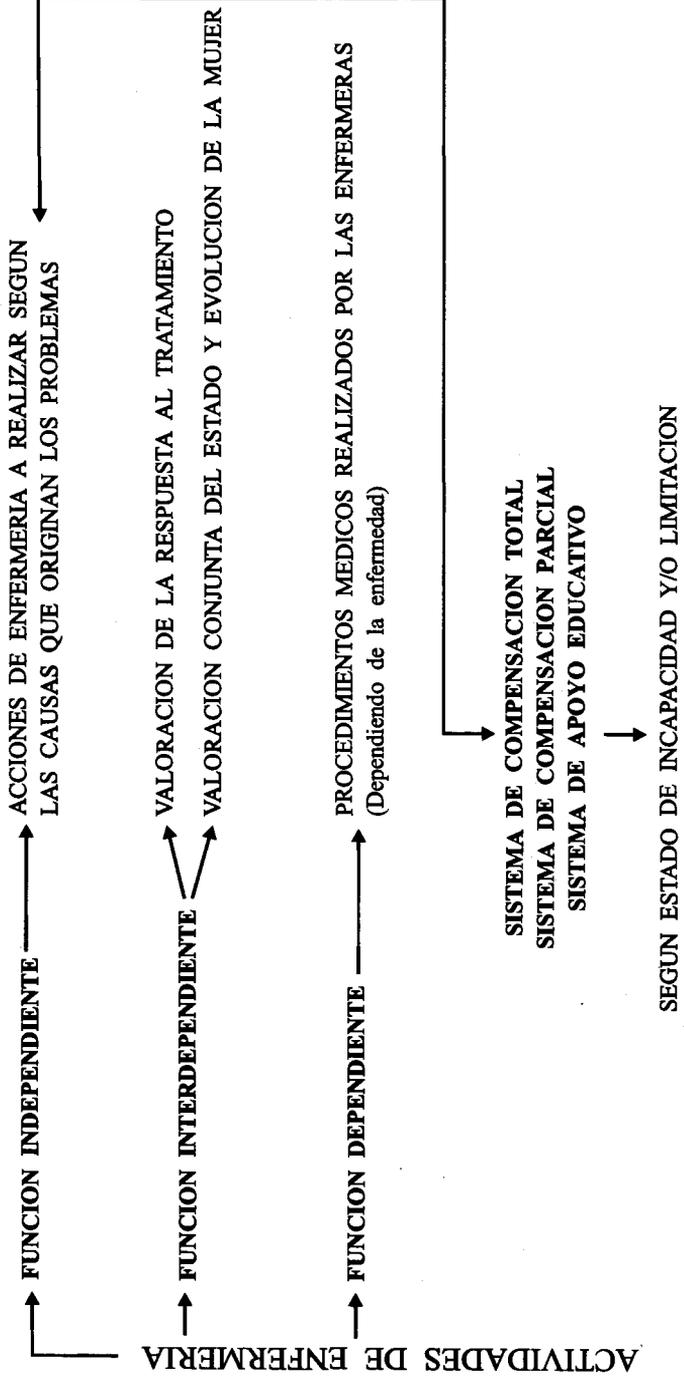
CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (II)



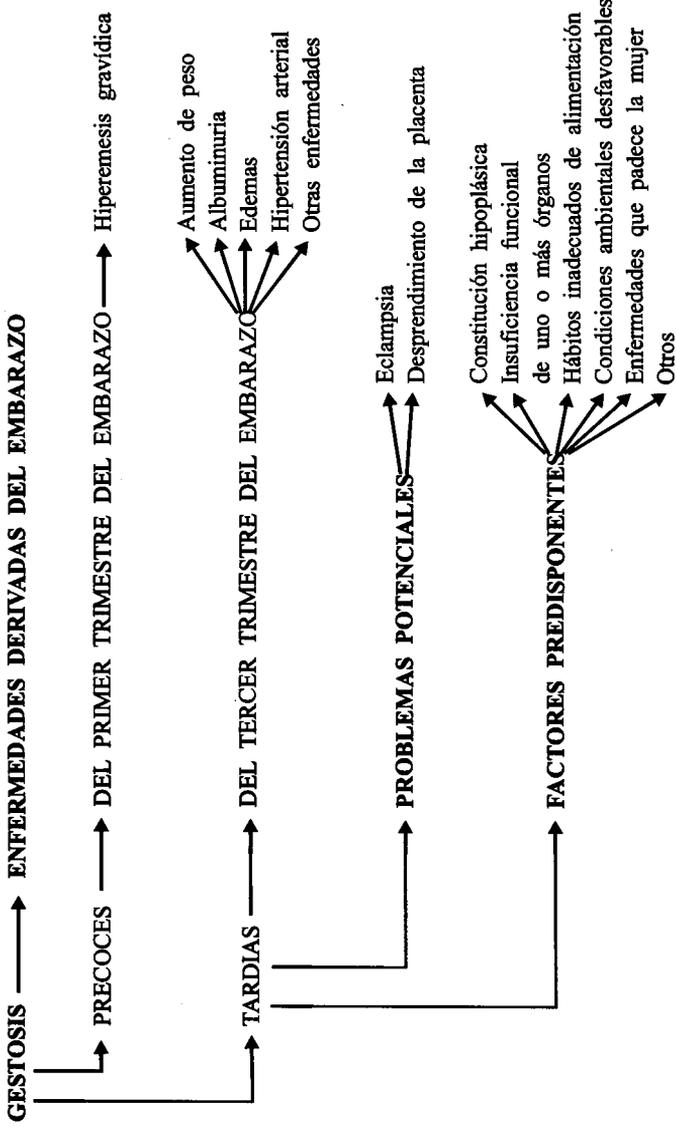
CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (III)



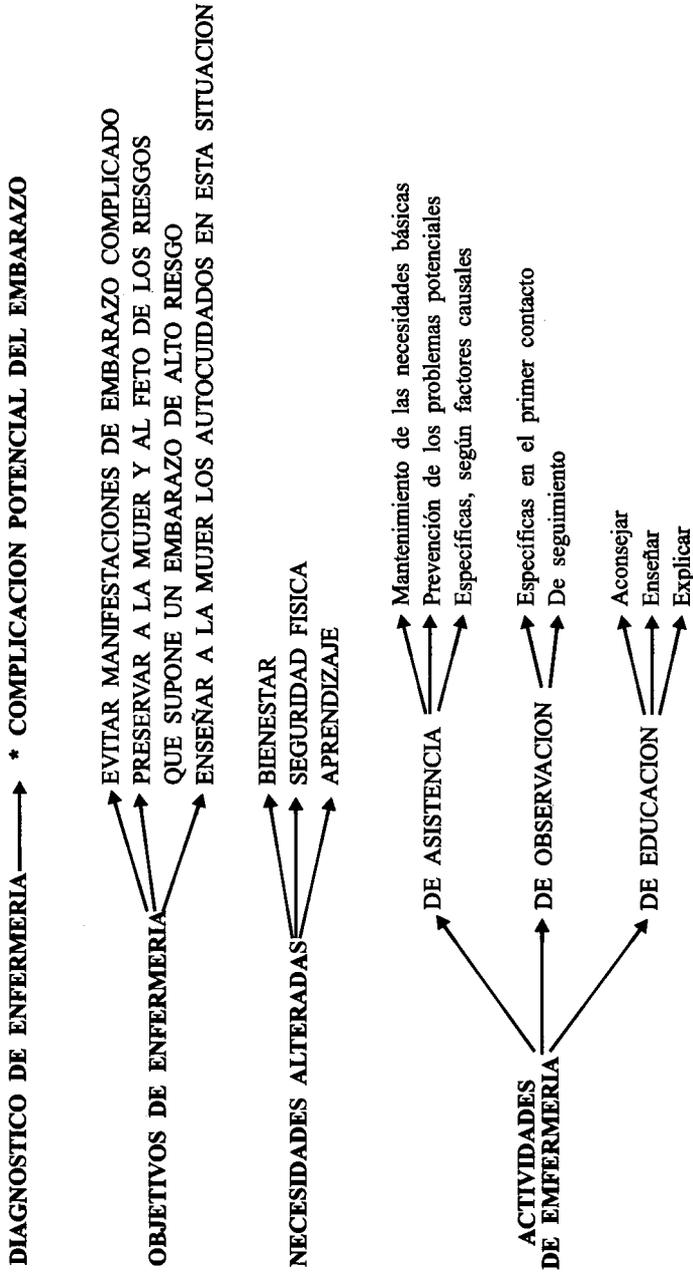
CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (IV)



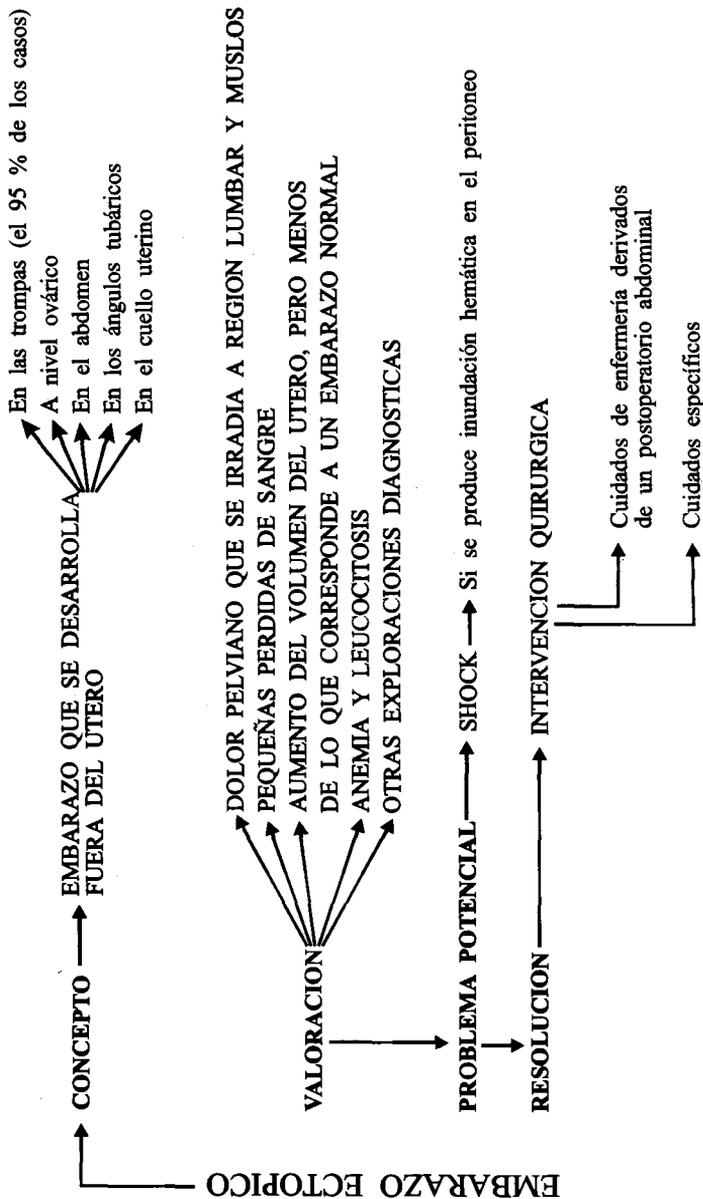
CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (V)



CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (VI)

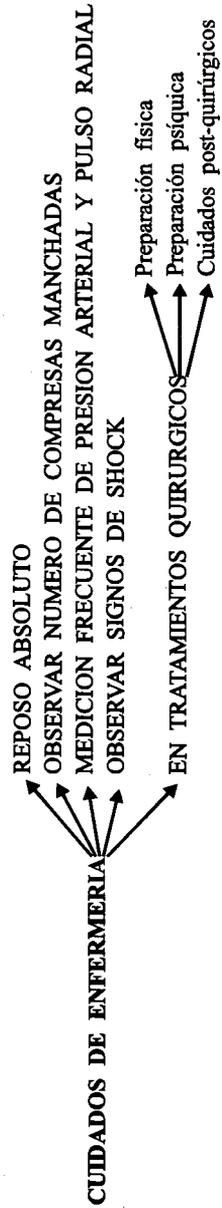
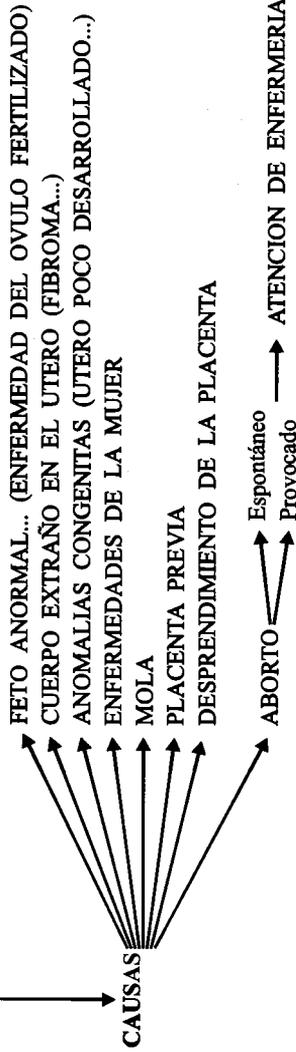


CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (VII)



CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (VIII)

HEMORRAGIAS DURANTE EL EMBARAZO



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ATENCION DE ENFERMERIA EN EL EMBARAZO

EJERCICIO 1

1. Describa cómo se diagnostica el embarazo.
2. Explique cómo se determina la fecha probable del parto.
3. Describa los cambios que se producen en el aparato genital de la mujer embarazada.
4. Describa las funciones de la placenta.
5. Explique las diferencias entre embrión y feto.
6. Describa las modificaciones en la necesidad de alimentación de la mujer embarazada.
7. Explique el concepto de mola.
8. Describa la atención que requiere la mujer con problema de «eclampsia».
9. Describa las manifestaciones y los riesgos de «placenta previa».
10. Describa las manifestaciones que indican «amenaza de aborto» y «aborto inminente».

RESPUESTAS

1. DESCRIBA COMO SE DIAGNOSTICA EL EMBARAZO

- Signos subjetivos (los que manifiesta la mujer).
- Signos objetivos (a través del examen físico).
- Pruebas de diagnósticos (laboratorio, ecografía).

Los signos y síntomas, se clasifican en tres grupos:

- Signos ciertos pueden aparecer después del cuarto mes.
- Signos probables suelen ser apreciados mucho antes.
- Síntomas de presunción suelen ser subjetivos y se aprecian en períodos diversos.

Pruebas de laboratorio:

- Prueba sérica, fiable tan pronto como falta la primera menstruación.
- Prueba de orina, fiable en el 95 por 100 de los casos, unos días después de la primera falta.

Examen radiológico:

- Se visualiza el esqueleto fetal.
- Método aplicable a partir del tercer mes, cuando el esqueleto comienza a calcificarse.
- Método al que se recurre sólo en ciertos casos (diagnóstico diferencial).

Ecografía:

- A la sexta semana se aprecia la vesícula embrionaria.

2. EXPLIQUE COMO SE DETERMINA LA FECHA PROBABLE DEL PARTO

La duración media del embarazo es de doscientos ochenta días (cuarenta semanas) si la cuenta se inicia el primer día del flujo menstrual. Como el intervalo entre el primer día de la menstruación (en que la mujer no puede quedar embarazada) es de unos doce días, la duración verdadera del embarazo es de unos doscientos sesenta y siete días. Por lo tanto, la fecha teórica del parto se calcula restando tres meses del primer día del último flujo menstrual y añadiendo luego siete días. Debido a que el intervalo entre la ovulación y el flujo menstrual siguiente es más constante que la fase preovulatoria del ciclo, la duración del embarazo (calculada a partir del primer día del último flujo) está relacionada con la duración del ciclo. O sea, que una mujer con un ciclo largo tendrá la ovulación más tarde y, si queda embarazada, la gestación comenzará después del día decimosegundo, terminando en consecuencia después de doscientos ochenta días.

La regla de Nägele consiste en sumar a la fecha de la última regla siete días y restarle tres meses. Es más imperfecta por la variación días/mes.

3. DESCRIBA LOS CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN EL APARATO GENITAL DE LA MUJER EMBARAZADA

El primer y más importante signo del comienzo de un embarazo es la falta de aparición del flujo menstrual (cuando se produce) en mujeres sanas y en edad férvida y hasta entonces con ciclos menstruales perfectamente regulares.

En los primeros meses del embarazo la mucosa vaginal y el cuello del útero se hacen particularmente blandos y adquieren una coloración cianótica; el útero aumenta progresivamente de volumen, tomando una forma globulosa y una consistencia pastosa tendiendo a contraerse a la palpación.

Las mamas se hacen turgentes y se recubren de una fina red venosa; la areola mamaria se ensancha hasta formar una areola secundaria, se vuelve más oscura y se forman unas pequeñas prominencias denominadas *tubérculos de Montgomery*, debidas a una hipertrofia de las glándulas sebáceas.

4. DESCRIBA LAS FUNCIONES DE LA PLACENTA

La placenta es el órgano que durante el embarazo permite los intercambios nutritivos entre la madre y el feto y desarrolla una importante actividad endocrina.

Función de intercambio

Los intercambios materno-fetales son múltiples: intercambios gaseosos, que afectan al oxígeno (respiración fetal) y al anhídrido carbónico; intercambios con respecto a las sustancias necesarias para la nutrición del embrión, como las sales minerales, los prótidos, los glúcidos, los lípidos, las vitaminas, las hormonas y finalmente, la función excretora, con el paso de la sangre fetal a la materna de todos los productos catabólicos del metabolismo del feto.

Función endocrina

La gonadotropina coriónica, segregada por el estrato de Langhans, aparece bastante pronto y permite las reacciones biológicas del embarazo.

Las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona), en los primeros tres meses de embarazo, están formadas por el cuerpo lúteo gravídico del ovario materno; en los dos últimos trimestres lo están por la placenta, que sustituye al ovario. Estas hormonas aumentan progresivamente durante el curso de la gestación y su eliminación por la orina representa una constante biológica que permite controlar la evolución del embarazo.

5. EXPLIQUE LAS DIFERENCIAS ENTRE EMBRION Y FETO

Embrión: nombre del futuro ser humano, a partir del estadio de blastocito hasta que alcanza el estadio de feto; es decir, hasta los tres meses aproximadamente. El embrión se origina a expensas del botón embrionario y a partir del octavo día de la fecundación.

Feto: nombre del producto de la concepción a partir del tercer mes de embarazo y hasta el final de la vida intrauterina. El estado del feto sigue al del embrión. A partir de este tiempo y hasta el final del embarazo el feto va adquiriendo paulatinamente la forma humana.

6. DESCRIBA LAS MODIFICACIONES EN LA NECESIDAD DE ALIMENTACION DE LA MUJER EMBARAZADA

En el embarazo normal el organismo materno, por un mecanismo de regulación hormonal, se pone en condiciones de utilizar de la mejor forma posible los alimentos aportados por la dieta habitual. El aumento del aporte calórico necesario para la mujer grávida varía entre 200 y 400 calorías al día (no es exacta, por tanto, la creencia popular según la cual la mujer embarazada debe de «comer por dos»).

El régimen alimenticio debe ser variado y equilibrado; de los tres elementos

energéticos de una dieta equilibrada, los prótidos han de constituir el 15-20 por 100, los lípidos el 25-30 por 100 y los glúcidos el 55-60 por 100. Es necesaria una alimentación adecuada a base de fruta y de verdura frescas; es decir, ricas en vitaminas, cuya carencia puede determinar la aparición de diversos procesos morbosos.

La mujer embarazada, a pesar de que a menudo tiene sed, deberá evitar una excesiva ingestión de agua y limitar la de sal, sobre todo en los últimos meses de embarazo. El aumento de peso ha de ser de 1 kg. al mes, aproximadamente; si se observa tendencia a un aumento de peso excesivo será conveniente establecer una dieta hipocalórica.

7. EXPLIQUE EL CONCEPTO DE MOLA

Es una degeneración quística de las vellosidades placentarias con formación de un conglomerado de vesículas translúcidas. Es una afección benigna que se suele dar cada 2.500 embarazos. No obstante, si no se vigila puede evolucionar en un corioepitelioma maligno.

La mola evoluciona espontáneamente hacia el aborto en los primeros meses del embarazo.

8. DESCRIBA LA ATENCION QUE REQUIERE LA MUJER CON PROBLEMA DE «ECLAMPSIA»

Objetivos de la actividad:

- Prevenir los ataques.
- Evitar la repetición de los ataques.
- Prevenir complicaciones durante el ataque.

Acciones de asistencia:

- Mantener a la paciente tranquila y no molestarla.
- Evitar estímulos (ruidos, luces, tacto, etc.).
- La atención se hará con manipulaciones y movimientos suaves.

Acciones de observación:

- Medición periódica de la presión arterial, frecuencia cardiaca, respiraciones y temperatura.
- Controlar el balance hídrico.
- Comprobar albuminuria, dos veces al día.

Actividades derivadas de la función dependiente:

- Administración de antiespásticos, desintoxicantes y sedantes.

Actividades durante el ataque:

- Se llevarán a cabo las acciones comunes a cualquier paciente con crisis convulsivas.

9. DESCRIBA LAS MANIFESTACIONES Y LOS RIESGOS DE «PLACENTA PREVIA»

Manifestaciones:

- Fundamentalmente la hemorragia, que aparece en los últimos 3 meses de embarazo.
- La hemorragia no se acompaña de dolor y aparece espontáneamente.

Riesgos:

- Sobre la madre:
 - Shock hipovolémico por la pérdida masiva de sangre.
- Sobre el feto:
 - Anoxia consiguiente a la hemorragia.
 - Sufrimiento fetal si la placenta se ve desgarrada y por la anemia de la madre.

10. DESCRIBA LAS MANIFESTACIONES QUE INDICAN «AMENAZA DE ABORTO» Y «ABORTO INMINENTE»

Amenaza de aborto:

- Pérdida de sangre, generalmente en pequeñas cantidades, antes de las veinte primeras semanas desde el comienzo de la última menstruación.
- La sangre es de color rojo vivo u oscuro.
- Pueden presentarse cólicos ligeros y dolores difusos en región lumbar.

Aborto inminente:

- Pérdidas de sangre.
- Contracciones repetidas.
- Aumento de la frecuencia e intensidad de los dolores.
- Expulsión, al exterior, de la materia ovular.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ATENCION DE ENFERMERIA EN EL EMBARAZO

EJERCICIO 2

Caso en estudio

- Mujer de veintiocho años de edad, embarazada, que ingresa en la unidad de obstetricia, procedente de consulta, para control de diabetes *mellitus*.
- Tratamiento médico: insulina novo lenta, 15 UI antes del desayuno; dieta de 1.500 calorías (para diabéticos).

Datos obtenidos por la enfermera al ingreso

- Signos vitales: temperatura, 36,2° C; presión arterial, 130/80 mmHg; pulso radial, 82/m, y respiraciones, 18/m.
- Gestación de treinta y dos semanas. Primípara.
- Orientada en tiempo y espacio.
- Buen aspecto higiénico.
- Ha visitado periódicamente al obstetra.
- Diabética. Insulinodependiente. Se sabe administrar la dosis.
- Aumento de peso de 11 kg. durante la gestación.
- Edemas en tobillos (+++).
- Actividad normal para el autocuidado.
- Manifiesta preocupación por la evolución de la diabetes, por el momento del parto y por el tiempo de permanencia en el hospital.

Cuestiones para contestar

En relación con el caso descrito deberá:

1. Describir los problemas de la enferma, enunciados en forma de diagnósticos de enfermería.
2. Formular los objetivos del plan de cuidado.
3. Describir las acciones de enfermería dentro del plan de cuidados.

RESPUESTAS

Problemas:

1. *Exceso de peso* en relación con la edad gestacional.
2. *Retención de líquidos.*
3. *Temor* por desconocimiento de la situación.
4. *Potencial desequilibrio metabólico* en relación con la glucemia.

Objetivos:

- Mantendrá el mismo peso hasta el final del embarazo.
- Antes del parto disminuirá los líquidos corporales.
- Antes del parto manifestará sentirse más tranquila y segura.
- Mantendrá los niveles de glucosa dentro de los límites normales.

Acciones de enfermería:

- Pesar diariamente antes del desayuno.
- Controlar y vigilar la dieta prescrita.
- Hacer balance hídrico.
- Restringir líquidos orales a 1.000 cc/día.
- Recomendar y vigilar que no permanezca de pie más de dos horas seguidas.
- Recomendar y vigilar que cuando permanezca en cama o sentada, mantenga los pies en alto.
- Enseñar ejercicios circulatorios de miembros inferiores y que los realice tres veces al día.
- Mantener informada de las pruebas, tratamiento y evolución.
- Hacer análisis rápido de glucosuria-glucemia antes de cada comida.
- Control de signos vitales cada seis/ocho horas.
- Administrar insulina según prescripción.

UNIDAD III

ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PARTO Y PUERPERIO*

OBJETIVO GENERAL

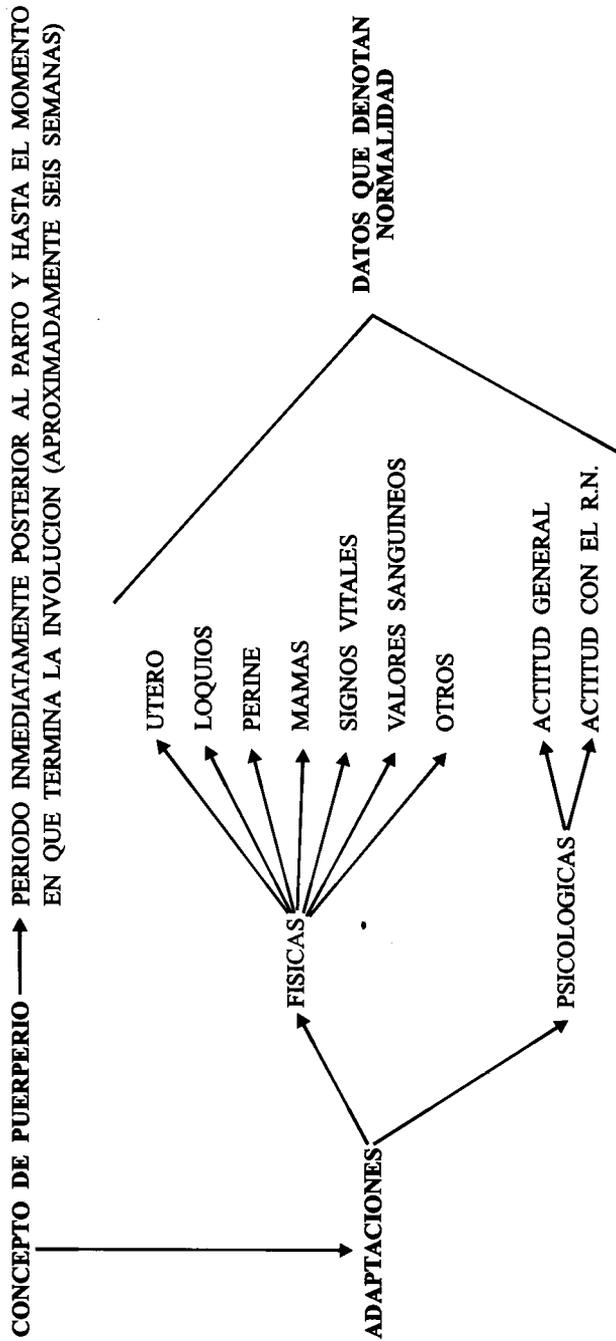
Al finalizar el estudio de esta unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios que las capacitan para atender a la mujer en el parto y en el puerperio, dirigiendo sus acciones para que la mujer alcance al máximo su nivel de autocuidado en esta etapa de la vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

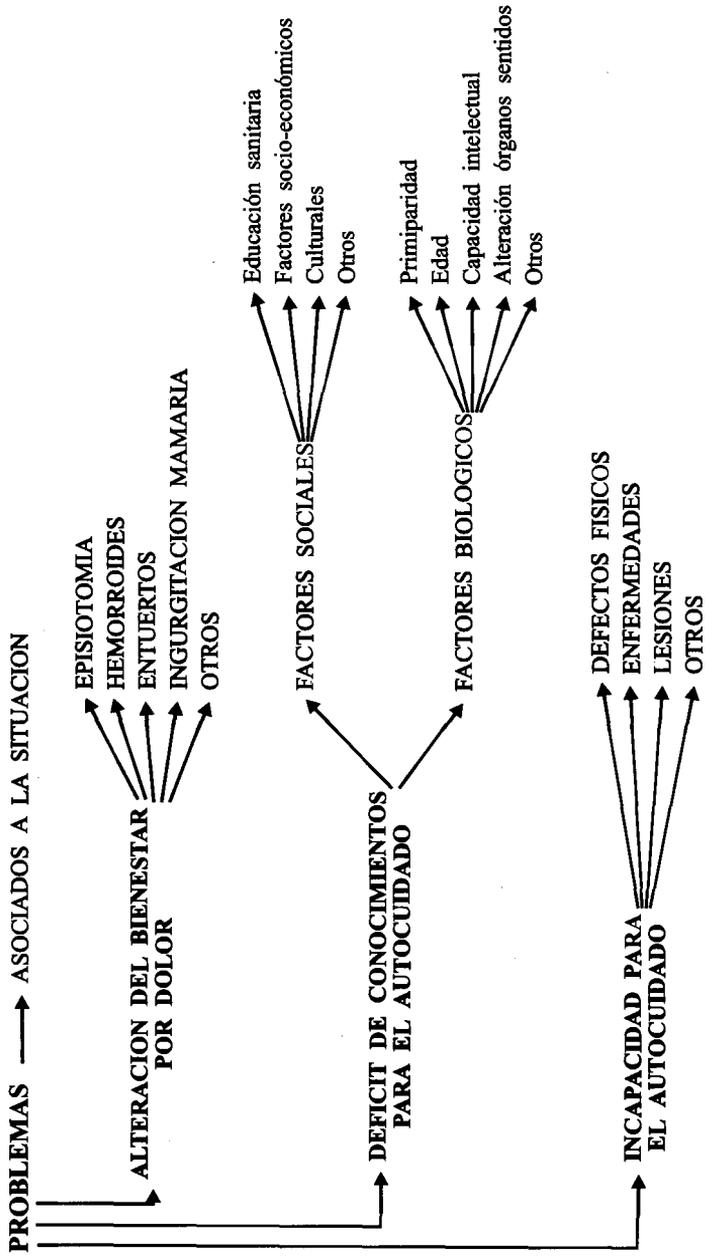
1. Enumerar las observaciones que deben hacerse para identificar problemas reales y/o potenciales en la mujer puérpera.
2. Describir las acciones de enfermería para resolver los problemas identificados en el puerperio.
3. Describir las normas generales de actuación para el cuidado general de las puérperas.
4. Explicar las acciones para promover una actitud positiva en la puérpera para el autocuidado de ella y el de su hijo.
5. Valorar la importancia de la incorporación y participación del padre en las diferentes etapas del puerperio.

* Tema que se describe: Cuidados de Enfermería a la mujer en el puerperio.

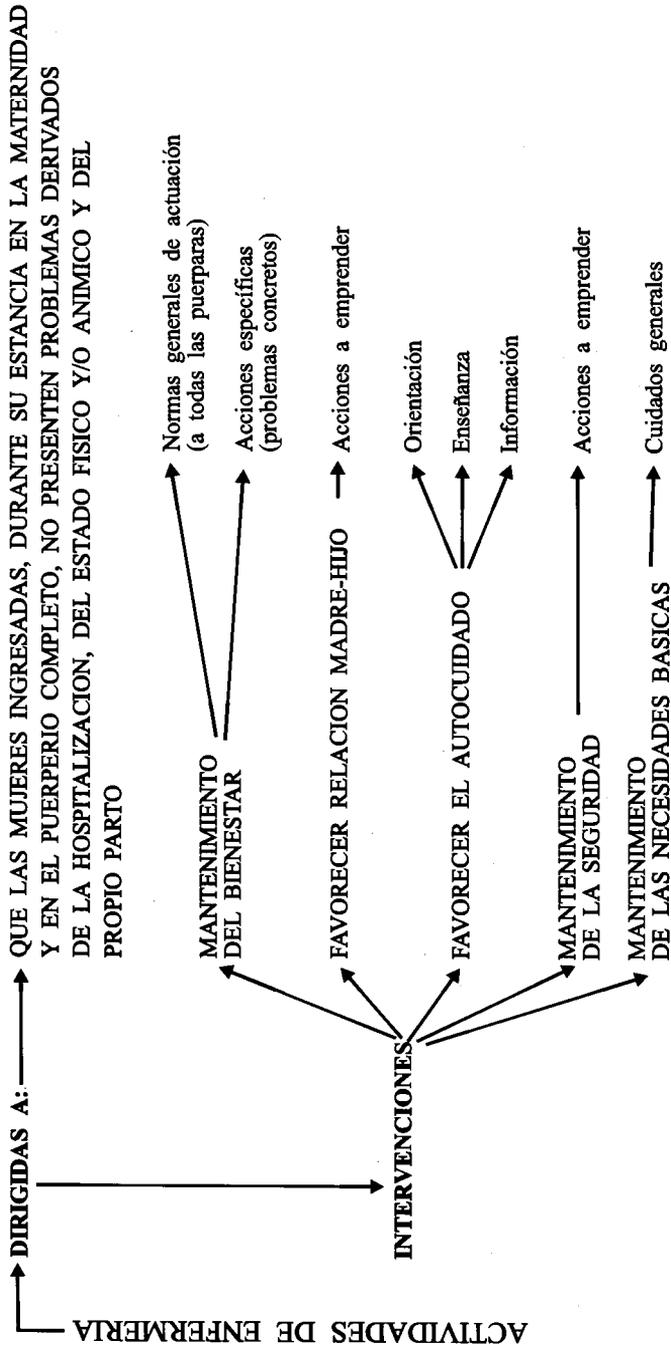
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO (I)



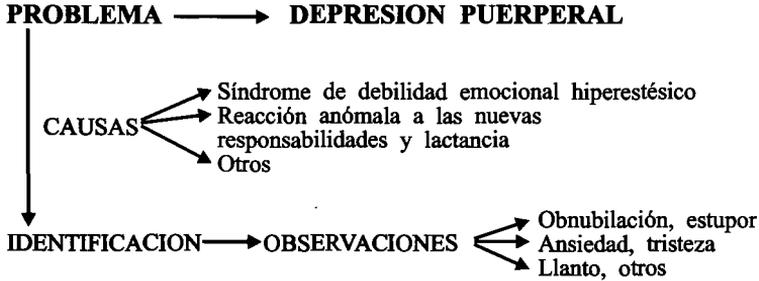
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO (II)



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO (III)



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO (IV)



PROBLEMA QUE DEBE SER TRATADO POR EL ESPECIALISTA

PROBLEMA → COMPORTAMIENTOS INHIBIDORES

	PADRES	NEONATO
VISUALES:	No intenta obtener la atención del R.N.	Tiene los ojos cerrados y duerme la mayor parte del tiempo
TACTILES:	Proporcionan poca estimulación, se separan de él al hacer contacto	Se resiste a ser abrazado llora y/o pone el cuerpo rígido
VOCALES:	No hablan, no vocalizan ni cantan al R.N.	Llora frecuentemente y por largo tiempo
ALIMENTACION:	Sujeta al R.N. en posición incómoda durante la alimentación. No lo hace erupitar	Rechaza el alimento. Succiona ineficazmente. Inquieto después de comer
PRESION:	No muestran interés en el reflejo de presión ni otros movimientos de acercamiento por parte del R.N.	No responde a la estimulación
CONSOLACION:	Encuentran difícil de consolar al R.N. cuando llora	No responde a las acciones de los padres (tacto...)

ACCIONES DE LA ENFERMERA



A VECES SE REQUIERE INTERVENCION DEL ESPECIALISTA

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PARTO Y PUERPERIO

EJERCICIO 1

De las afirmaciones que se hacen deberán determinar si son correctas o incorrectas razonando las respuestas.

A) Carmen López; embarazada de nueve meses es ingresada con discreta hemorragia y diagnosticada de «placenta previa». Se toman muestras de sangre, se inicia fluidoterapia intravenosa y administración de oxígeno por mascarilla. La paciente presenta ansiedad, inquietud y pregunta constantemente qué le está pasando.

1. La respuesta que la enfermera debe darle es que no se preocupe, que todo está bajo control y que se hará todo para que no haya problemas.

2. En el caso de Carmen López, usted incluiría en el plan de cuidado:

La observación constante de signos y síntomas de hemorragia.

3. Carmen va a ser sometida a un examen vaginal, por lo que la enfermera:

Debe estar preparada para una cesárea inmediata.

4. Carmen ha dado a luz un niño por cesárea. El niño pesa 2,800 kg. de peso:

La ingesta adecuada para este bebé es de 750 cc. de líquidos y 450 calorías/día.

5. En la unidad de cuidados al recién nacido la enfermera advierte que la piel del niño de Carmen se pone amarilla.

Lo primero que hace la enfermera es colocarle la luz ultravioleta.

B) En la trigésimo séptima semana de embarazo ingresa Luisa Sánchez en fase de parto latente. En la decimosegunda semana de embarazo fue sometida a un cerclaje uterino.

6. El cerclaje disminuye las contracciones uterinas.

7. A las tres horas del ingreso la Sra. Sánchez presenta rotura de membranas. El líquido amniótico es de color amarillo verdoso.

Lo más apropiado en este caso es inhibir el parto y controlar los signos vitales.

C) Enriqueta Castro ingresa por contracciones de parto cada quince minutos. El cuello del útero está moderadamente borrado y dilatado 4 cm.

8. Durante el período de dilatación la frecuencia del feto es de 152 latidos/min., lo que indica una bradicardia seria.

9. El parto de Enriqueta progresa normalmente. La enfermera la coloca en la mesa para partos con las dos piernas en los estribos al mismo tiempo:

Esta acción va dirigida a evitar el estasis venoso en las piernas.

10. Enriqueta ha decidido dar lactancia materna a su hijo. La enfermera al informarla al respecto:

Le aconseja que no se lave las mamas con jabón antes de dar la toma.

RESPUESTAS

1. *Incorrecta:* con esta respuesta podría estarse violando los derechos de la paciente. Todo enfermo tiene derecho a una explicación completa y exacta del tratamiento a que es sometido.
2. *Correcta:* el control de la hemorragia es importante a fin de evitar complicaciones maternas y fetales. En la madre existe problema potencial de shock hipovolémico, y en el feto problema de sufrimiento.
3. *Correcta:* un examen vaginal puede precipitar una hemorragia importante, que pondrá en peligro la vida de la madre y el feto; por consiguiente, la enfermera debe estar preparada para una intervención de cesárea a la paciente.
4. *Incorrecta:* un R.N. debe recibir aproximadamente 200 cc. de líquidos y 135 calorías por kg. de peso y día.
5. *Incorrecta:* lo primero que se debe hacer es determinar la edad del R.N. La ictericia que aparece antes de las cuarenta y ocho horas después del parto puede indicar una discrania sanguínea y necesita atención médica inmediata. La ictericia que aparece entre las cuarenta y ocho-setenta y dos horas después del nacimiento es producto de la rotura de los hematíes fetales y de la inmadurez hepática, siendo un proceso fisiológico normal.
6. *Incorrecta:* el cerclaje evita la dilatación del cérvix y la expulsión de un feto prematuro. El procedimiento no afecta las contracciones uterinas.
7. *Incorrecta:* la presencia de meconio en el líquido amniótico es indicativo de sufrimiento fetal. El feto debe ser expulsado lo antes posible. Por tanto, el paso más apropiado es la eliminación del anillo de cerclaje para la preparación al parto.
8. *Incorrecta:* una frecuencia de 100 a 120 latidos/minuto indica bradicardia moderada y una de 100 latidos/minuto bradicardia importante.
9. *Incorrecta:* al ascender el útero dentro de la cavidad abdominal se produce una elongación e hipertrofia de los ligamentos uterinos. Al levantar ambas piernas al mismo tiempo, se reduce la tensión localizada en los ligamentos.
10. *Correcta:* el jabón irrita, agrieta y seca las mamas y los pezones, por lo que la lactancia natural puede resultar molesta para la madre.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PARTO Y PUERPERIO

EJERCICIO 2

1. Describa las características que definen un puerperio normal.
2. Describa los problemas más comunes en el puerperio.
3. Describa los cuidados de enfermería en el puerperio normal.
4. Describa brevemente la atención inmediata al recién nacido.
5. Describa el test de Apgar.

RESPUESTAS

1. **DESCRIBA LAS CARACTERISTICAS QUE DEFINEN EL PUERPERIO NORMAL**

Datos subjetivos: la mujer puede manifestar cansancio y cambios de humor.

Datos objetivos:

- Las mamas están llenas de leche.
- La parte superior del fondo uterino puede palparse como una masa firme redondeada y la altura del fondo disminuye cada día.
- La vejiga puede estar llena.
- Presencia de loquios de color rojo brillante, que pasan de forma progresiva a rosa y sin olor.
- La temperatura puede elevarse ligeramente después del parto, pero se normaliza antes de las veinticuatro horas.
- La frecuencia del pulso puede ser normal o lenta.
- La presión arterial es estable.
- No existen signos de tromboflebitis.
- Normalización gradual del recuento de leucocitos, hemoglobina, hematócrito y el recuento de hematíes.
- Sin signos de infección ni inflamación de la episiotomía.

2. **DESCRIBA LOS PROBLEMAS MAS COMUNES EN EL PUERPERIO**

Insomnio y trastornos emocionales: la mujer después del parto tiende a tener

algunos trastornos emocionales. Ha pasado por un esfuerzo físico agotador y ha experimentado miedo y ansiedad, y probablemente ha sufrido pérdida de sueño. Una gran parte del parto dependía de ella. En este momento cualquier cosa, por pequeña que sea, incluso irrazonable, puede afectarla.

Sepsis puerperal: grave afección de naturaleza septicémica, provocada por una infección producida en el momento del parto. El principal agente causal de la infección puerperal es el estreptococo. Esta complicación hoy es muy rara.

Pielonefritis: puede haber ocurrido durante la gestación o reaparecer durante el puerperio. Puede existir retención de orina residual.

Mastitis: inflamación aguda de las glándulas mamarias. Se presenta durante las primeras semanas de la lactancia o en el período del destete. Las manifestaciones son: aumento de volumen y consistencia de las mamas, dolor, presencia de pus mezclado con la leche, elevación de la temperatura corporal, malestar general y cefaleas.

Involución uterina inadecuada: puede ser debida a una distensión de la vejiga, sobrecarga intestinal o retención de membranas.

Trombosis venosa: si se da, puede ser de poca importancia o de carácter grave. La causa puede ser una infección o aparecer como resultado de un descenso de sangre en las venas por la inmovilidad.

Depresión puerperal: puede presentarse en mujeres que son muy lábiles emocionalmente o que tienen una historia familiar de trastornos mentales.

3. DESCRIBA LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO NORMAL

Actividades de asistencia:

- Proporcionar y estimular el reposo adecuado.
- Cubrir con mantas las primeras horas después del parto.
- Administrar líquidos templados.
- Proporcionar tranquilidad.
- Aplicar masajes al fondo uterino si se muestra relajado.
- Después de las seis-ocho horas del parto, estimular el ejercicio físico moderado.

Actividades de observación:

- Observar pérdidas de sangre.
- Observar transpiración anormal (profusa).
- Anotar diuresis y fundamentalmente primera micción después del parto.

- Controlar signos vitales cada seis-ocho durante horas las primeras veinticuatro horas.
- Observar episiotomía en busca de signos de inflamación o infección.
- Palpar útero cada treinta minutos durante las primeras doce horas. Después se pueden espaciar las palpaciones.

Actividades de educación:

- Informar a la mujer de los síntomas que deben comunicarse (hemorragia, dolor...).
- Enseñar los ejercicios postparto.
- Enseñar los autocuidados que debe seguir en el puerperio.
- Enseñar cómo debe cuidar al niño (alimentación, vestido, baño, etcétera).

4. DESCRIBA BREVEMENTE LA ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO

- Ligar y curar el cordón umbilical.
- Desobstruir las vías aéreas de moco y eventual líquido aspirado.
- Lavado de los ojos e instilación de colirio antiséptico.
- Examen físico para investigar si existen anomalías.
- Baño con agua caliente, sin eliminar totalmente el «vérmix caseoso» que reviste la piel y tiene una función protectora. Secado cuidadoso especialmente en los pliegues cutáneos.
- Pesar, tallar y medir perímetros.
- Una vez vestido, colocar al niño en la cuna de lado o en decúbito prono para prevenir aspiración.
- La cuna y la habitación deberá tener una temperatura cálida.

5. DESCRIBA EL TEST DE APGAR

Es una prueba breve para determinar el estado general del recién nacido basada en las normas de Apgar. Los parámetros de esta prueba se basan en la valoración numérica de los siguientes signos:

TEST DE APGAR			
SIGNO	PUNTUACION		
	0	1	2
Fr. cardíaca	Ausente	< 100 Lpm	> 100 Lpm
Respiración	Ausente	Lenta (irregular)	Llanto energético
Tono muscular	Hipotonía	Cierta flexión activo extremidades	Movimiento
Reflejos	Sin respuesta	Cierto movimiento (muecas)	Tos, estornudos
Color	Azul	Tronco rosado y extr. cianóticas	Totalmente rosado

- La puntuación de 7 a 10 en este test indica que el R.N. no precisa cuidados especiales.
- La puntuación de 4 a 6 en este test indica que el R.N. se encuentra moderadamente deprimido.
- La puntuación de 0 a 3 en este test indica que el R.N. se encuentra severamente deprimido.

