



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2015 - 2016

Trabajo Fin de Grado

**Evolución de los problemas emocionales y psicológicos en
una mujer gestante**

Caso clínico

Alumna: Oliveros Rey, Patricia

Tutora: D^a M^a José Mata Peñate

Junio 2016

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	8
MATERIAL Y MÉTODOS	9
DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	10
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)	10
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXO	36
EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO	36
FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN: PARTO	50

RESUMEN

Introducción: El embarazo supone una serie de cambios tanto físicos como emocionales. La aparición de estos últimos supone que la gestante experimentará unas sensaciones que irán enfocadas a la preparación del cerebro para el cuidado del recién nacido, por ello, merece una valoración y un seguimiento acorde con las vivencias de la gestante. Asimismo, el proceso del parto conlleva a la mujer la aparición de una serie de temores y miedos que son importantes de abordar desde el principio, con el fin de eliminarlos.

Objetivo: Estudiar la evolución de los cambios emocionales que experimenta la gestante durante toda su gestación.

Material y Métodos: Elaboración de un plan de cuidados de un embarazo completo. Para ello se ha llevado a cabo una valoración según los Dominios de NANDA, dividiendo ésta en tres bloques, correspondiendo cada uno de ellos a los tres trimestres en que se estructura la gestación. A continuación se completa el plan de cuidados con la elaboración de los diagnósticos enfermeros NANDA, los criterios de resultados NOC y finalizando con la intervención de enfermería NIC.

Resultados: Al hacer la evaluación del plan de cuidados se puede decir que la gestante venció diferentes temores al principio de su embarazo; durante el segundo trimestre de gestación se comprobó que la gestante no alcanzó el confort que necesitaba, pero sí pudo afrontar, junto con su pareja, ciertas dificultades. Los temores acaecidos al final del embarazo no se consiguieron superar a pesar de todo el esfuerzo puesto por parte tanto de la gestante como su pareja.

Discusión: Tras hacer una comparativa de los objetivos no superados, se puede afirmar que los temores acontecidos en el último periodo del embarazo son más difíciles de vencer que los aparecidos en el resto del proceso.

Palabras clave: Embarazo, emociones durante el embarazo, cambios, maternidad, parto, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy involves some emotionally and physical changes. The appearance of physical changes implies that the pregnant is going to have some feelings focus on having her brain prepared for taking care of the newborn; thus, it deserves an evaluation and a monitoring according to the experiences of the pregnant. Likewise, the birth process, generates a short of apprehensiveness and fears in the woman, which have to be taken care of initially in order to eliminate them.

Main objective: Studying the evolution of the emotional changes in a pregnant woman during the pregnancy period.

Materials and methods: Developing a care plan of a full pregnancy. Therefore, an evaluation has been carried out following the NANDA procedures, which has been separated in three parts corresponding to the three trimesters of pregnancy. In the following pages the care plan is completed with the NANDA nursing diagnoses development, NOC results tests and finishing with the NIC nursing intervention.

Results: In the making of the care plan it can be said that the pregnant woman beat different fears in the beginning of her pregnancy; during the second trimester of the pregnancy it was demonstrated that the pregnant woman did not reach the level of comfort she needed, but she was able to face, together with her couple, some of the difficulties. The apprehensiveness that appeared in the last period of the pregnancy could not be overcome in spite of the efforts made by pregnant and her couple.

Discussion: After studying the failing tests, it can be said that the fears that appeared in the final stages of the pregnancy are more difficult to overcome than the ones in the rest of the process.

Keywords: Pregnancy, feelings during the pregnancy, changes, maternity, childbirth, nursing.

INTRODUCCIÓN

Como mamíferos, los humanos esperamos encontrar en nuestro desarrollo: El útero materno, el pecho y el cuerpo materno, la familia y la red social. Hofer, 1985, H. Als 1990.

El **embarazo**, según la guía de salud materno-infantil, La salud desde el principio “*es el proceso de gestación, que abarca el crecimiento y desarrollo de un nuevo ser desde el momento de la concepción, a lo largo de los periodos embrionario y fetal, hasta el nacimiento. Su duración es de 280 días (40 semanas, 10 meses lunares o 9 meses y diez días del calendario normal) desde la fecundación*”¹.

La mujer, durante todo su embarazo, sufre cambios a nivel conductual y emocional, en mayor o menor medida. A lo largo de la gestación, el cerebro materno se va modificando con el propósito de ir adaptándose al rápido cambio en la conducta que conlleva cuidar de un bebé. Los cambios emocionales, a diferencia de los físicos que son evidentes, son más olvidados por parte de obstetras y matronas². Monique Bydlowski, psiquiatra y psicoanalista, ha trabajado durante varios años en un hospital de maternidad de Francia, pionero en estudiar las experiencias psicológicas del embarazo³. “*Amamantar es también reconocer a su propia madre en el interior de sí*”, según Bydlowski⁴.

Los cambios hormonales a los que se ve sometido el organismo de la mujer durante la gestación influyen sobre todos sus órganos y sistemas (aparato circulatorio, respiratorio, digestivo, vías urinarias y riñón; piel, sistema endocrino y metabolismo; sistema inmunológico). Como consecuencia, durante la gestación, la mujer embarazada sufre, en mayor o menor medida, trastornos del sueño. Un estudio observacional, transversal y prospectivo, realizado en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, llevado a cabo desde diciembre de 2006 hasta mayo de 2008, cuyo objetivo era determinar la prevalencia de los trastornos del sueño durante el embarazo, identificando en qué momento de la gestación se producen, y los diferentes factores relacionados con su aparición, reveló que el 86.6% de las 290 gestantes que estudiaron, refirieron cambios en su patrón de sueño desde que comenzó su embarazo.⁵

El **parto**, según la Federación de Asociaciones de Matronas de España, FAME Vélez-Málaga, junio de 2006 "es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo"⁶.

Lagercrantz & Slotkin, 1986 justifican que "el estrés del parto" es un estrés favorable y necesario para los recién nacidos. Se produce debido a la activación del sistema simpático y a una alta descarga de adrenalina². El Hospital Universitario "12 de Octubre" de Madrid, con el propósito de proporcionar un soporte emocional para la gestante durante todo el proceso del parto, aconseja el acompañamiento de la pareja, algún familiar o amigo durante los periodos que conllevan el parto; es decir, la dilatación, expulsión y puerperio inmediato⁷. Con el fin de corroborar la importancia del acompañamiento de la gestante durante el trabajo del parto, el Hospital de Cabueñes de Gijón, entre febrero y junio de 2003, realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, que consistía en cumplimentar tres cuestionarios por parte de la gestante, sus acompañantes y los profesionales del servicio. La técnica de muestreo utilizada fue consecutiva no aleatoria. Como conclusión cabe decir que el acompañante ideal es el marido o la pareja⁸.

El contacto piel con piel es la forma de establecer un vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido. El estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, realizado a 45 madres multíparas en el Hospital Universitario de Canarias, en la unidad de paritorio y servicio de obstetricia, con partos normales y recién nacidos a término y sanos, que experimentaron el contacto precoz con su bebés piel-piel, expresaron sentimientos la mayoría de ellos positivos. Entre éstos, cabe destacar el de alegría, siguiendo el de felicidad, alivio, tranquilidad y seguridad. Entre los sentimientos negativos experimentados por las gestantes aparece el de cansancio, acompañado de nerviosismo, inseguridad y miedo⁹.

Crear vínculos, según David Chamberlain en *La maravilla del vínculo afectivo*, es un término científico que explica cómo se adaptan los nuevos padres a la situación del nacimiento del recién nacido, organizando sus vidas para preparar el gran acontecimiento. Estos vínculos se crean a través del amor que existe entre los padres y el futuro bebé¹⁰.

El artículo titulado Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto, expone que éste está inmerso en un “recipiente emocional” de la mente de los progenitores, el cual influye en el desarrollo favorable y saludable del feto. El acontecimiento de ser madre lleva a la gestante a experimentar una serie de sentimientos; desde la felicidad hasta inseguridad, miedo o rechazo inicial. El psicoanalista Serge Lebovici, reconocido como uno de los pioneros en psiquiatría de la infancia, describe la “parentalidad” como un proceso psicológico que viven los padres con la llegada del bebé, y que incluye factores como las relaciones de los padres e hijos y los consiguientes cuidados que estos últimos necesitan¹¹.

Según el Dr. John Bowlby, psicoanalista y psiquiatra infantil, en su artículo: Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby, expone la teoría del apego desarrollada durante los años 1969 a 1980. Ésta se caracteriza en cómo influye en el desarrollo de un niño la presencia, relación y las experiencias tempranas de una primera figura vincular. También señala que el apego se caracteriza por ser un proceso que transcurre durante toda la vida, comenzando con la primera relación del recién nacido con una persona influyente, como pudiera ser su madre. Por lo tanto, es un proceso continuo que hace de base para todas las relaciones afectivas durante toda la vida¹².

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh es individual y está constituida por 10 ítems. Se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen depresión post-parto. De esta manera, el objetivo es conocer cómo se siente la gestante; se realiza durante el embarazo y en el puerperio. Siguiendo esta escala, tres centros del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Barcelona llevaron a cabo un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, en el que obtuvieron los siguientes resultados: un 80% de las mujeres estudiadas había sentido ansiedad durante la gestación, un 15.2%, había recibido tratamiento médico por depresión u otros problemas emocionales y un 7.9%, recibió tratamiento durante el embarazo. Las mujeres primigestas con escaso apoyo social, desempleados ella, su pareja o ambos, son los más vulnerables a sufrirlo¹³.

Las necesidades nutricionales de la gestante forman parte de la atención integral de la mujer, ya que tiene importantes repercusiones tanto en ella como en el bebé. Es necesario que durante todo el proceso de la gestación se lleve una dieta equilibrada y saludable, intentando aumentar de peso dentro de los límites establecidos. La ganancia de peso por encima de los límites considerados normales durante el proceso de gestación, es una cuestión que puede preocupar a la embarazada. La ganancia ponderal al final del embarazo debe ser de 9-13 kg, aunque hay autores que consideran que existen algunas consideraciones específicas en función de la masa corporal. Hitten y Leich recomendaron las ganancias de peso específicas para cada semana de embarazo, agrupando las semanas de 10 en 10. Se comprobó que la tasa de incremento semanal es superior durante el segundo trimestre.¹⁴

Donald Woods Winnicott, pediatra y psicoanalista infantil británico, se centró en estudiar la unidad indisoluble de madre – lactante; enunció la teoría del “objeto transicional”. Considera que el crecimiento psicológico de un individuo depende de tener unos “*cuidados maternos suficientemente buenos*” teniendo inicialmente “*un ambiente facilitador*”¹⁵.

JUSTIFICACIÓN

Los aspectos tanto emocionales como psicológicos tienen cabida en muchos procesos clínicos, entre ellos el embarazo. A priori, al hablar de la gestación, lo primero que a uno se le viene a la cabeza son todos los cambios físicos que experimenta la gestante, pero no nos damos cuenta de todos los acontecimientos emocionales que conlleva un embarazo.

La elección de este tema viene motivada por el interés despertado al cursar la asignatura de Enfermería en Salud Sexual y Reproductiva, donde se descubrió los grandes cambios emocionales que experimenta una mujer embarazada.

Objetivo general. Estudiar la evolución de los cambios emocionales que experimenta la gestante durante todo el proceso de su gestación.

Objetivo específico. Ayudar a la gestante a afrontar su embarazo de una manera segura y satisfactoria

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño empleado es el de un caso clínico. Para ello, se realizó una búsqueda en diversas bases de datos y revistas científicas con el objetivo de recopilar información sobre el tema a tratar. Otra fuente de información utilizada para la elaboración del trabajo ha sido la revista FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España), donde se publican artículos científicos cuyos temas son todos aquéllos relacionados con el proceso del embarazo, tanto a nivel psicológico y emocional como desde el punto de vista fisiológico. Otra fuente importante de información ha sido la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).

La media de años de antigüedad entre todos los artículos seleccionados es de unos 7-8 años. El contenido de todos estos artículos, además de la bibliografía reseñada anteriormente, ha sido utilizado para la elaboración de todo el trabajo.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en internet, siendo el resumen de la misma:

	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
SCIELO	5	4
MEDIAGRAPHIC	2	2
MATRONAS PROFESIÓN	22	19
ELSEVIER	5	5
ANALES DE PSICOLOGÍA	2	1

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica en internet.

Los criterios de elección. Artículos completos, en español. Se da mayor relevancia a los artículos propiamente enfermeros y el resto está enfocado a la psicología y emociones.

Los criterios de exclusión. Artículos incompletos, de pago o en otro idioma.

Tras conseguir los permisos oportunos para la realización de este caso clínico, además del “Compromiso de Confidencialidad” de la gestante, se hizo uso de las herramientas metodológicas del Proceso de Atención de Enfermería: valoración mediante los Dominios NANDA, Criterios de Resultados NOC, Intervención de Enfermería NIC, utilizando para ello la herramienta informática NNNConsult¹⁶. Las recomendaciones de M^a Teresa Luis Rodrigo¹⁷ para contextualizar los diagnósticos enfermeros en nuestra cultura.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años, secundigesta, gestante de 6 semanas, que acude a su médico del centro de salud de Laguna de Duero, tras sospechar su embarazo por su primera falta de menstruación, y después de haberse realizado la prueba de embarazo dando como resultado positivo. Posteriormente, la gestante acudió a la consulta de la matrona y del ginecólogo, donde se le realizó una ecografía para confirmar el diagnóstico de embarazo. Esta primera consulta, denominada consulta prenatal, es aquella en la que se realiza la captación precoz de la gestante organizando, así, la planificación de todas las acciones que hay que llevar a cabo para el desarrollo del embarazo.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

VALORACIÓN

La valoración de este caso clínico se ha desarrollado a través de los 13 Dominios NANDA. Para cumplimentar cada uno de ellos, la gestante ha ido respondiendo a las preguntas que se le han ido formulando. Este plan de cuidados se basa en la evolución de los problemas de enfermería a nivel psicológico y emocional durante el embarazo; por lo tanto hay dominios que no son relevantes para este trabajo y no se incide en ellos.

Con la valoración completa se describen los distintos diagnósticos enfermeros, enfocados a aspectos emocionales. Se plantean los diferentes objetivos y con ello las consiguientes intervenciones enfermeras destinadas a su consecución.

Esta valoración se realiza la primera semana de cada trimestre que dura la gestación, con el fin de relacionar cada uno de ellos y conseguir una evolución de

todos los problemas enfermeros que experimenta la gestante y su pareja a lo largo de todo el embarazo. Éste se estructura en tres trimestres, planificando las semanas de la siguiente manera:

- Primer trimestre: 1 – 12 semanas de gestación.
- Segundo trimestre: 12 – 24 semanas de gestación.
- Tercer trimestre: 25 – 40 semanas de gestación.

Los dominios que se van a desarrollar en este plan de cuidados son los siguientes:

DOMINIO 5: Percepción/Cognición

Primer Trimestre. La gestante se encuentra bien orientada en espacio y tiempo. Lo que refiere experimentar cambios físicos a nivel sensorial; ciertos olores de diferentes productos y alimentos le parecen más fuertes de lo normal.

Tiene miedo a la aparición de una posible malformación en el feto.

Segundo Trimestre. Se le pregunta a la gestante cómo nota los olores y describe el cuadro menos intenso, pero que todavía persisten.

“Me siento más tranquila al saber que los resultados de la analítica, respecto a las alteraciones cromosómicas han dado negativos”, comenta la gestante.

Tercer Trimestre. Esos olores tan fuertes, relata la gestante, van desapareciendo a lo largo de los días. Comenta que hay días que piensa en cómo será el parto y si todo el proceso de después irá bien. “Mi primer embarazo fue una sensación muy bonita y todo el proceso muy rápido y muy bien; espero que el segundo también lo sea” describe la gestante.

DOMINIO 6: Autopercepción

Primer Trimestre. La noticia supuso una gran alegría porque es un niño bastante deseado para la pareja.

Uno de los aspectos que le preocupa durante todo su proceso de embarazo es ganar más kilos de lo que se considera normal durante la gestación. Sabe que haciendo ejercicio y llevando una vida sana se encontrará mejor y evitará la aparición de posibles problemas. Acepta su imagen corporal en estos momentos y

quiere mantenerse así, evitando que la ganancia excesiva de peso le provoque ciertos problemas tanto a ella como a su bebé.

Dice que su marido está siempre con ella para apoyarla.

Segundo Trimestre. La gestante se siente muy susceptible y muy sensible a todo lo que le acontece a su alrededor.

“Con los movimientos del bebé me siento más tranquila, con una mezcla entre alegría y emoción”. En esta etapa de su embarazo, considera que necesita protección de todo su entorno.

Tercer Trimestre. Se va acercando el momento del parto y con ello todas las preocupaciones que esto conlleva; se pregunta a la gestante cómo se siente y refiere: “Creo que estoy segura, no es la primera vez que paso por esto. Tengo momentos, hay días que me siento con muchas ganas, pero otros las fuerzas me flaquean. Pienso también si tendré alguna complicación debido a mi lesión en la pierna” “El resto de cosas no me importa, estoy centrada en mi futuro bebé, que ya le percibo como una parte de mí misma”. También refiere que la sensación de fracaso, por una parte, puede aparecer por querer que todo salga bien y que haya algo que lo impida, pero también reconoce que hay cosas que ella no puede evitar.

DOMINIO 7: Rol/Relaciones

Primer Trimestre. La gestante vive con su marido y su hijo, de quienes afirma que son sus principales fuentes de apoyo día a día. Describe la relación con su familia como muy afectiva, por tanto, la noticia de un nuevo bebé en la familia supuso una gran alegría para todos. También comenta que hace poquito ha sido tía por parte de su marido y que estos acontecimientos unen más a las familias.

Segundo Trimestre. “Echo mucho de menos a mi familia, está lejos y no puedo verla todo el tiempo que querría; en cuanto tienen unos días vienen a vernos, pero hay veces que no es suficiente”, comenta al preguntarle por su familia. “Mi marido y yo nos tuvimos que ir lejos de las familias por temas de trabajo”.

Tercer Trimestre. Se le pregunta a la gestante si su marido le acompañará en el parto, ella sin pensarlo contesta que sí, que acepta asistir porque refiere que ese

momento lo quiere vivir junto a ella, con la persona con la que ha compartido los momentos sucedidos durante todo el embarazo.

DOMINIO 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Primer Trimestre. La embarazada dice experimentar diferentes sensaciones emocionales como pueden ser la tristeza y la alegría. Esta tristeza la asocia al temor que tienen, tanto ella como su marido, a la aparición de algún problema en el feto y la alegría al hecho de saber que la familia aumenta y que serán muy felices todos juntos.

Se le pregunta a la gestante qué sintió el día que le hicieron la primera ecografía, y la respuesta fue la siguiente: “una sensación de plenitud y felicidad al ver que una personita está en mi interior. Reconozco que no fue tan impactante como en el primer embarazo, pero, aun así, fue emocionante. Aquí es donde te das cuenta que realmente estás embarazada, que es cierto que otro bebé viene en camino”.

A la hora de formularle la pregunta: ¿tiene miedo al embarazo?, responde que un poco sí; “no es una situación nueva para mí, pero pienso que cada embarazo es como si fuera el primero, porque no sabes qué va a pasar en todo este tiempo. Sé que mi cuerpo cambiará, llegará el parto, molestias, ciertos dolores, pero ahora mismo no pienso más allá, pienso en el ahora”.

Segundo Trimestre. “Necesito protección tanto de mi pareja como de mi familia, amigos y de mi entorno en general, debido a que de vez en cuando me vienen sentimientos de angustia al pensar que, cuando el embarazo finalice, todo será diferente: mi familia, mi vida social, yo misma”.

Se le vuelve a formular la pregunta sobre el miedo en el embarazo; en este caso, la gestante responde lo siguiente: “mi embarazo va bien, no estoy preocupada por ello, pero siempre te quedan dudas y posibles preguntas sobre cómo será el momento”.

Le preocupa cómo decirle a su hijo la llegada de un bebé a casa.

Tercer Trimestre. “Tengo un poco de miedo al parto, en concreto al proceso del expulsivo; creo que es un momento de curiosidad y un poco de inquietud”. “También al postparto debido a la sacroileítis que padezco”.

Su preocupación por cómo afrontará su hijo mayor el nacimiento de su hermano es algo que les inquieta, tanto a su marido como a ella; esta preocupación ha disminuido algo al hablar con los profesionales sobre este tema; lo más importante es que el niño no se sienta excluido en casa, hay que hacerle participe en todo lo relacionado con el bebé.

PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
Temor relacionado con el excesivo aumento de peso durante el embarazo	Disconfort relacionado con que la gestante echa de menos a su familia	Temor relacionado con la aparición de posibles celos del primer hijo de la pareja
Temor de la gestante relacionado con la posible aparición de alteraciones cromosómicas en el feto	Afrontamiento ineficaz relacionado con la dificultad de los padres para hablar con su hijo del nacimiento del bebé	Temor relacionado con el proceso de expulsivo del parto

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería.

Priorización de los diagnósticos

Esta priorización se establece con la gestante, de tal manera que están dispuestos según la mayor preocupación de la misma.

1. Temor relacionado con el proceso de expulsivo del parto.
2. Temor de la gestante relacionado con la posible aparición de alteraciones cromosómicas en el feto.
3. Disconfort relacionado con que la gestante echa de menos a su familia.
4. Afrontamiento ineficaz relacionado con la dificultad de los padres para hablar con su hijo del nacimiento del bebé.
5. Temor relacionado con los celos del primer hijo de la pareja.
6. Temor relacionado con el excesivo aumento de peso durante el embarazo.

PRIMER TRIMESTRE

➤ **Temor relacionado con el excesivo aumento de peso durante el embarazo**

OBJETIVOS (I)

NOC

➤ Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés

1404 – Autocontrol del miedo

❖ Indicadores:

- 140402 Elimina los factores precursores del miedo.
- 140403 Busca información para reducir el miedo.
- 140406 Utiliza estrategias de superación efectivas.

- ✓ La gestante eliminará los factores precursores del miedo en un plazo de tiempo de 30 días; pasando de un nivel 1 (nunca demostrado) a un nivel 4, (frecuentemente demostrado).
- ✓ La gestante buscará información para reducir su miedo en un plazo de 1 mes; pasando de un nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 4 (frecuentemente demostrado).
- ✓ La gestante utilizará estrategias de superación efectivas con el fin de autocontrolar su miedo pasando de un nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 5 (siempre demostrado) en un plazo de 1 mes.

INTERVENCIONES (I)

NIC

➤ Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

- 5230 - Mejorar el afrontamiento
 - Ayudará a la gestante a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
 - Fomentará las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
 - Valorará el ajuste de la gestante a los cambios de imagen corporal.

- 5270 - Apoyo emocional
 - Escuchará las expresiones de sentimientos y creencias de la gestante.
 - Permanecerá con la gestante y proporcionará sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
 - Remitirá a la gestante a servicios de asesoramiento, si se precisara.

- 5440 - Aumentar los sistemas de apoyo
 - Observará la situación familiar actual y la red de apoyo de la gestante.
 - Animará a la gestante a participar en las actividades sociales y comunitarias.
 - Fomentará las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.

OBJETIVOS (II)

NOC

- Dominio 3: salud psicosocial

1200 - Imagen corporal.

❖ Indicadores:

- 120001 Imagen interna de sí mismo.
 - 120005 Satisfacción con el aspecto corporal.
 - 120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico.
 - 120009 Adaptación a cambios en el estado de salud.
-
- ✓ La gestante creará una imagen interna de sí misma pasando de un nivel 2 (raramente positivo) a un nivel 4 (frecuentemente positivo) en el plazo de 15 días.
 - ✓ La gestante sentirá satisfacción con su aspecto corporal en un plazo de 30 días pasando de un nivel 2 (raramente positivo) a un nivel 5 (siempre positivo).

- ✓ La gestante se adaptará a cambios en su aspecto físico en un plazo de tiempo de 20 días pasando de un nivel 3 (a veces positivo) a un nivel 5 (siempre positivo).
- ✓ La gestante se adaptará a cambios en el estado de salud, en su embarazo pasando de un nivel 3 (a veces positivo) a un nivel 5 (siempre positivo) en un plazo de tiempo de 20 días.

INTERVENCIONES (II)

NIC

➤ Campo 3: Conductual

Clase R: Ayuda para el afrontamiento

- 5220 Mejora de la imagen corporal
 - La enfermera:
 - Determinará las expectativas corporales de la gestante, en función del estadio del desarrollo.
 - Utilizará una orientación anticipatoria en la preparación de la gestante para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.
 - Ayudará a la gestante a comentar los cambios causados por un embarazo normal, según corresponda.

- 4920 Escucha activa
 - Mostrará interés por la gestante.
 - Hará preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
 - Utilizará la comunicación no verbal para facilitar la comunicación con la gestante.

- 1260 Manejo del peso
 - Determinará el peso corporal ideal de la gestante.
 - Comentaré con la gestante los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable.
 - Comentaré con la gestante la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.

OBJETIVOS (III)

NOC

- Dominio 6: Salud familiar.

2509 – Estado materno: parto.

❖ Indicadores:

- 250904 Cambio de peso.

- ✓ La gestante experimentará cambio de peso durante todo su embarazo pasando de un nivel 2 (desviación sustancial del rango normal) a un nivel 4 (desviación leve del rango normal) durante los 9 meses de gestación.

INTERVENCIONES (III)

NIC

- Campo 1: Fisiológico: Básico

Clase D: Apoyo nutricional

- 5246 Asesoramiento nutricional
 - Determinará la ingesta y los hábitos alimentarios de la gestante.
 - Facilitará la identificación de las conductas alimentarias que desean cambiar.
 - Establecerá metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
 - Evaluará el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.

- Campo 5: Familia

Clase W: Cuidados de un nuevo bebé

- 6960 Cuidados prenatales
 - Monitorizará la ganancia de peso.

- Comentaré las necesidades y preocupaciones nutricionales (p. ej., dieta equilibrada, ácido fólico, seguridad alimentaria y suplementos).
- Instruiré a la gestante sobre los efectos de la exposición o de la ingestión de sustancias perjudiciales (p. ej., alcohol, drogas, teratógenos, fármacos, sustancias de fitoterapia y tabaco).
- Comentaré el nivel de actividad con la gestante (p. ej., ejercicio apropiado, actividades que deben evitarse e importancia del descanso).
- Comentaré los cambios de la imagen corporal con la gestante.
- Proporcionaré consejo y pruebas genéticas, si procede.
- Instruiré a la gestante sobre las pruebas de laboratorio rutinarias que deben realizarse durante el embarazo (p. ej., análisis de orina, nivel de hemoglobina, ecografía, diabetes gestacional y VIH).
- Revisaré los resultados de las pruebas con la gestante.
- Monitorizaré el estado psicológico de la gestante y de su pareja.
- Ofreceré orientación anticipatoria sobre los cambios y molestias fisiológicos y psicológicos (p. ej., náuseas, vómitos, cambios musculoesqueléticos, temores y sensibilidad mamaria).

➤ **Temor de la gestante relacionado con la posible aparición de alteraciones cromosómicas en el feto**

OBJETIVOS

NOC

- Dominio 3: Salud psicosocial

1210 – Nivel de miedo

❖ Indicadores:

- 121004 Falta de autoconfianza.
- 121005 Inquietud.
- 121014 Preocupación por sucesos vitales.

- ✓ La gestante recuperará su autoconfianza pasando de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 5 (ninguno) en un plazo de tiempo de 25 días.
- ✓ La gestante resolverá su inquietud ante el miedo de la aparición de alteraciones cromosómicas en un plazo de 25 días pasando de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 4 (leve).
- ✓ La gestante superará su preocupación por sucesos vitales en un plazo de 30 días pasando de un nivel 3 (moderado) a un nivel 5 (ninguno).

INTERVENCIONES

NIC

- Campo 3: Conductual.

Clase R: Ayuda para el afrontamiento.

- 5240 Asesoramiento
 - Establecerá una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
 - Demostrará empatía, calidez y sinceridad.
 - Favorecerá la expresión de sentimientos.
 - Ayudará a la gestante a que enumere y priorice todas las alternativas posibles al problema.
- 5880 Técnica de relajación
 - Mantendrá el contacto visual con la gestante.
 - Transmitirá a la gestante garantía de su seguridad personal.
 - Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda.
- 5420 Apoyo espiritual
 - Utilizará la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática.
 - Estará dispuesta a escuchar los sentimientos de la gestante.
 - Expresará simpatía con los sentimientos de la gestante.

SEGUNDO TRIMESTRE

➤ Disconfort relacionado con que la gestante echa de menos a su familia

OBJETIVOS

NOC

➤ Dominio 5: Salud percibida

2011 – Estado de comodidad: psicoespiritual.

❖ Indicadores:

- 201101 Bienestar psicológico.
- 201108 Establecer objetivos.

- ✓ La gestante conseguirá encontrar su bienestar psicológico pasando de un nivel 2 (sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en un plazo de tiempo de 40 días.
- ✓ La gestante establecerá objetivos con el fin de alcanzar el confort en un plazo de 40 días pasando de un nivel 2 (sustancialmente comprometido) a un nivel 5 (no comprometido).

INTERVENCIONES

NIC

➤ Campo 3: Conductual.

Clase R: Ayuda para el afrontamiento.

- 5380 Potenciación de la seguridad
 - Mostrará calma.
 - Evitará producir situaciones emocionales intensas.
 - Pasará tiempo con la gestante.
- 5440 Aumentar los sistemas de apoyo
 - Observará la situación familiar actual y la red de apoyo.
 - Implicará a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación.

- Explicará a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.
- 5395 Mejora de la autoconfianza
 - La enfermera:
 - Proporcionará información sobre la conducta deseada.
 - Proporcionará a la gestante un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta.

➤ **Afrontamiento ineficaz relacionado con la dificultad de los padres para hablar con su hijo del nacimiento del bebé**

OBJETIVOS

NOC

➤ Dominio 3: salud psicosocial

1302 – Afrontamiento de problemas

❖ Indicadores:

- 130201 Identifica patrones de superación eficaces.
 - 130203 Verbaliza sensación de control.
 - 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas.
 - 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico.
-
- ✓ La gestante identificará patrones de superación eficaces pasando de un nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 4 (frecuentemente demostrado) en un plazo de tiempo de 15 días.
 - ✓ La gestante verbalizará sensación de control en un plazo de 30 días pasando de un nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 5 (siempre demostrado).
 - ✓ La gestante utilizará estrategias de superación efectivas en un plazo de 25 días pasando de un nivel 3 (a veces demostrado) a un nivel 4 (frecuentemente demostrado).

- ✓ La gestante referirá aumento del bienestar psicológico pasando de un nivel 2 (raramente demostrado) a un nivel 5 (siempre demostrado) en un plazo de tiempo de 40 días.

INTERVENCIONES

NIC

- Campo 3: Conductual.

Clase R: Ayuda para el afrontamiento.

- 5230 Mejorar el afrontamiento
 - Ayudará a la gestante y a su pareja a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
 - Valorará y comentará las respuestas alternativas a la situación.
 - Alentará la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
 - Estimulará la implicación familiar, según corresponda.

- 5250 Apoyo en la toma de decisiones
 - Informará a la gestante y a su pareja sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
 - Ayudará a la gestante y a su marido a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.

- 5240 Asesoramiento
 - Proporcionará información objetiva según sea necesario y según corresponda.
 - Ayudará a la gestante y su pareja a que numeren y prioricen todas las alternativas posibles al problema.

- Campo 5: Familia

Clase W: Cuidados de un nuevo bebé

- 6760 Preparación al parto
 - Comentaré los preparativos para cuidar de los hermanos durante la hospitalización.
 - Determinaré la preparación del hermano por parte de los progenitores acerca de la llegada de un nuevo bebé, según corresponda.
 - Ayudará a los progenitores con la planificación de estrategias para preparar al hermano acerca del recién nacido.
 - Remitirá a los progenitores a clases de preparación para el hermano.

TERCER TRIMESTRE

- **Temor relacionado con la aparición de posibles celos del primer hijo de la pareja debido al nacimiento del bebé**

OBJETIVOS

NOC

- Dominio 6: Salud familiar.

2509 – Estado materno: parto

❖ Indicadores

- 250903 Labilidad emocional.
- 250907 Estado cognitivo.

✓ La gestante vivirá episodios de labilidad emocional durante todo su proceso de gestación pasando de un nivel 2 (desviación sustancial del rango normal) hasta un nivel 4 (desviación leve del rango normal).

✓ La gestante experimentará cambios en el estado cognitivo durante todo el tiempo que dure su embarazo pasando de un nivel 3 (desviación moderada del rango normal) hasta un nivel 5 (sin desviación del rango normal).

INTERVENCIONES

NIC

- Campo 5: Familia.

Clase W: Cuidados de un nuevo bebé.

- 6760 Preparación al parto
 - Determinará el conocimiento y la actitud de los progenitores sobre el papel parental.
 - Proporcionará orientación anticipatoria sobre el papel parental.
 - Ayudará a los progenitores con la planificación de estrategias para preparar el hermano acerca del recién nacido.
 - Remitirá a los progenitores a clases de preparación para el hermano.

- **Temor relacionado con el proceso de expulsivo del parto**

OBJETIVOS

NOC

- Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.

1817 – Conocimiento: parto y alumbramiento.

❖ Indicadores:

- 181701 Opciones de nacimiento.
 - 181703 Signos y síntomas del parto.
 - 181706 Técnicas de respiración efectivas.
 - 181707 Técnicas de relajación efectivas.
 - 181708 Postura efectiva.
-
- ✓ La gestante se informará de las diferentes opciones de nacimiento que existen en un plazo de 1 semana pasando de un nivel 4 (conocimiento sustancial) a un nivel 5 (conocimiento extenso).

- ✓ La gestante reconocerá los signos y síntomas del parto en un plazo de tiempo de 10 días pasando de un nivel 3 (conocimiento moderado) a un nivel 5 (conocimiento extenso).
- ✓ La gestante identificará las diferentes técnicas de respiración efectivas durante el trabajo de parto y el expulsivo pasando de un nivel 2 (conocimiento escaso) a un nivel 4 (conocimiento sustancial) en un periodo de tiempo de 7 días.
- ✓ La gestante identificará las diferentes técnicas de relajación efectivas durante el trabajo de parto y el expulsivo pasando de un nivel 2 (conocimiento escaso) a un nivel 4 (conocimiento sustancial) en un periodo de tiempo de 7 días.
- ✓ La gestante conocerá la postura efectiva durante el parto pasando de un nivel 3 (conocimiento moderado) a un nivel 4 (conocimiento sustancial) en un periodo de 6 días.

INTERVENCIONES

NIC

- Campo 5: Familia.

Clase W: Cuidados de un nuevo bebé.

- 6760 Preparación al parto
 - Enseñará a la madre y a la pareja la fisiología del trabajo de parto y del expulsivo.
 - Instruirá a la madre y a la pareja sobre los signos del parto.
 - Comentaré con la madre las opciones para controlar el dolor.
 - Enseñará a la madre y a su pareja las técnicas de respiración y relajación que se van a utilizar durante el trabajo de parto y el expulsivo.
 - Preparará a la pareja para orientar a la madre durante el trabajo de parto y el expulsivo.
 - Animará a la madre a ponerse al bebé al pecho después del parto.

- Proporcionará la oportunidad a la madre para que esté en estrecho contacto con el bebé durante la hospitalización posparto para facilitar el vínculo y la lactancia materna.

- 6720 Parto
 - Proporcionará orientación anticipatoria del parto.
 - Realizará una exploración vaginal para determinar la posición y estática fetales.
 - Ayudará a la gestante con la postura para el parto.
 - Extraerá el cuerpo del bebé lentamente.
 - Proporcionará información sobre el aspecto y estado del bebé.
 - Fomentará la verbalización de preguntas o preocupaciones acerca de la experiencia del parto y del recién nacido.
 - Documentará el desarrollo del parto.

RESULTADOS

De los 24 criterios de resultados NOC obtenidos a lo largo de todo el plan de cuidados, se puede decir que 15 de ellos se consiguieron en su totalidad, distribuyéndose de la siguiente manera:

- 8 de ellos correspondientes al temor que tenía la gestante por el excesivo aumento de peso.
- 3 relacionados con el temor a la aparición de las alteraciones cromosómicas en el feto.
- 4 en relación al afrontamiento ineficaz de los padres ante la situación de hablar con su hijo sobre la llegada del bebé.

A partir de los criterios de resultados que se han conseguido, se concluye que de los 9 no alcanzados, 8 de ellos estuvieron a 1 punto de conseguirse, los relacionados con el disconfort que sufría la gestante por su familia, el temor de los posibles celos del hijo mayor y el temor al proceso de expulsivo. El indicador correspondiente a las técnicas de respiración efectivas, con respecto al temor del proceso de expulsivo del parto, se ha quedado a 2 puntos de lograrse.

En la siguiente tabla se muestra el análisis de estos resultados. Se señala en la primera columna los diferentes indicadores de cada criterio de resultado de cada uno de los diagnósticos de enfermería estudiados y en el resto de columnas se exponen, de manera progresiva, las diferentes escalas; partiendo de la de inicio, continuando con la que se quiere conseguir y terminando con la que realmente se ha conseguido.

NOC	ESCALA	ESCALA	ESCALA
INDICADORES	INICIO	A CONSEGUIR	CONSEGUIDA
140402 Elimina los factores precursores del miedo	1	4	4
140403 Busca información para reducir el miedo	2	4	4
140406 Utiliza estrategias de superación efectivas	2	5	5
120001 Imagen interna de sí mismo	2	4	4
120005 Satisfacción con el aspecto corporal	2	5	5
120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico	3	5	5
120009 Adaptación a cambios en el estado de salud	3	5	5
250904 Cambio de peso	2	4	4
121004 Falta de autoconfianza	2	5	5
121005 Inquietud	2	4	4
121014 Preocupación por sucesos vitales	3	5	5
201101 Bienestar psicológico	2	4	3
201108 Establecer objetivos	2	5	4
130201 Identifica patrones de superación efectivas	2	4	4
130203 Verbaliza sensación de control	2	5	5
130212 Utiliza estrategias de superación efectivas	3	4	4
130218 Refiere aumento del bienestar psicológico	2	5	5
250903 Labilidad emocional	2	4	3
250907 Estado cognitivo	3	5	4
181701 Opciones de nacimiento	4	5	4
181703 Signos y síntomas del parto	3	5	4
181706 Técnicas de respiración efectivas	2	4	2
181707 Técnicas de relajación efectivas	2	4	3
181708 Postura efectiva	3	4	3

Tabla 3. Resultados obtenidos del plan de cuidados.

DISCUSIÓN

Problemas no conseguidos:

- Disconfort relacionado con que la gestante echa de menos a su familia.

El embarazo, según el estudio descriptivo titulado: Estrategias de relajación durante el periodo de gestación. Beneficios para la salud, es una etapa de estrés en la que la mujer gestante al experimentar una mezcla de emociones en su estado de ánimo, manifiesta diferentes reacciones y necesidades¹⁸. La necesidad de cercanía con la propia familia, aumenta según va avanzando el embarazo. Como ya se manifestó en la valoración, “la gestante echa de menos a su familia, quiere pasar más tiempo con ellos”, algo que no ha sido posible dada la lejanía de la misma. A pesar de no haberse conseguido el objetivo en su totalidad, la embarazada refiere un sentimiento de más tranquilidad en este aspecto.

- Temor relacionado con la aparición de posibles celos del primer hijo de la pareja debido al nacimiento del bebé.

El tener el segundo hijo supone la posible aparición de celos en el primero. La pareja está preocupada por cómo afrontará su hijo mayor esta nueva situación. Este momento supone adaptarse de una manera rápida a la llegada del nuevo bebé bajo la presencia del otro hijo.

FAMIPED es una revista electrónica de información para padres de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap); en su volumen 2 hay incluido un artículo denominado: Los celos infantiles. Las emociones que experimenta un niño que sufre celos de su hermano pequeño se manifiestan a través de miedo, rabia y tristeza. Estos celos se pueden exteriorizar de diversas maneras, a través del llanto, la agresividad, alteraciones alimentarias y del sueño; el niño se siente desplazado por la presencia del bebé. Hay que hacer un trabajo de campo con el niño desde el primer momento de la noticia de la llegada del bebé a la familia, implicando a aquél en todo lo relacionado con su hermano pequeño. Una vez en casa, los progenitores dedicarán tiempo al hermano mayor, implicándole en diferentes tareas con el fin de inculcarle una serie de valores que le hagan darse cuenta de la importancia de la convivencia entre toda la familia¹⁹. Teniendo en

cuenta todos estos aspectos, y explicando a la pareja la importancia de llevarlo a cabo, aunque no se alcanza el objetivo en su totalidad, sí que se observa una mayor disposición en la involucración del primer hijo en el embarazo y el posterior nacimiento. La no consecución del objetivo, seguramente está propiciado por no hacer partícipe de estos temores a un equipo multidisciplinar.

- Temor relacionado con el proceso de expulsivo del parto.

Según el estudio, observacional, descriptivo y transversal, titulado Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que les atienden, sobre el acompañamiento en el parto, una manera de “desahogar miedos y temores” es estar acompañada, en la mayoría de los casos por la pareja, en el momento del expulsivo. Ella será quien elija si quiere estar acompañada por su pareja u otro acompañante, durante el proceso del parto valorando esta experiencia como positiva⁸.

El dolor en el parto hospitalario fue estudiado en una investigación cualitativa con enfoque etnográfico realizada en un hospital universitario de Barcelona. De este estudio se puede concluir que existen diferentes elementos, como puede ser el no saber la duración del parto, el acompañamiento continuo de los profesionales sanitarios, el no saber tomar decisiones en ese momento, que hacen que este dolor y temor ante este proceso se agrave²⁰. Aunque avanza en el nivel primigenio, el objetivo queda incumplido en su totalidad. Esto podría deberse a varios factores: uno de ellos, el referido por la propia gestante, sobre que ha de llegar el parto para poder solventar sus miedos; otro factor a tener en cuenta, sería la nula participación en el desarrollo del embarazo de otros profesionales, como podrían ser psicólogos, que ayudaran a la mujer a la resolución de estos miedos.

CONCLUSIONES

La evolución emocional durante un embarazo supone para la gestante una serie de experiencias que deben ser estudiadas por parte de los profesionales de la salud, haciendo con ello que la gestación sea un acontecimiento feliz tanto para la mujer como para los que le rodean.

Se deben reforzar los cuidados en cuanto a todos los cambios emocionales que experimenta tanto la gestante como su entorno, favoreciendo de esta manera que todos los temores y preocupaciones que suelen aparecer en esta etapa de la vida de la mujer sean superados de la mejor forma posible, utilizando técnicas que tengan como objetivo el confort de la mujer.

La base de estos cuidados radica en ofrecer una buena información basada en una educación para la salud orientada al afrontamiento de estos problemas emocionales.

También sería interesante, incluir en el proceso del embarazo a otros profesionales que podrían participar activamente en la evolución de los aspectos emocionales y psicológicos de la gestante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero Hergueta M.C, Hernández Rubio A, Gabilondo Santander C, Doménech Muñiz G, Simón Hurtado A, Gil Casado B, et al. La salud desde el principio. Guía de salud materno-infantil. 2012. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad.
2. Alba Romero C, Aler Gay I, Olza Fernández I. Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, Secretaría general técnica; 2012.
3. Badía J. Acompañante BioNeuroEmoción. [Internet]. [Acceso 15 Noviembre 2015]. Disponible en: <http://javierbadia.weebly.com/>
4. Schilte C, Auzouy F. Tu embarazo mes a mes. Salvat. p. 20.
5. Álvarez Aguilar D, Valero Roncero J, Pérez Rodríguez E, Sánchez Márquez G. Trastornos del sueño durante el embarazo. Matronas profesión. 2010; 11(1): 11-17.
6. FAME. Federación de asociaciones de matronas de España. [Internet]. Barcelona: 2006 [Acceso 10 Octubre 2015]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>
7. Cabrera Sanz MT. Acompañamiento en el parto. Matronas Profesión. 2001; 2(Extra): 9 - 11.
8. Ibáñez Díaz M.B. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que les atienden sobre el acompañamiento en el parto. Matronas Profesión. 2004; 5(16): 25-31.
9. Sánchez A, Martínez Carrasco M.T, Hernández Pérez M.C. El contacto precoz madre-hijo en el posparto: satisfacción materna y vínculo afectivo. Matronas Profesión. 2004; 5(15): 12-18.

10. Studylib. [Internet]. [Acceso 20 Octubre 2015. Disponible en: <http://studylib.es/doc/160521/la-maravilla-del-v%C3%ADnculo-afectivo>.
11. Maldonado Durán M, Saucedo García JM, Lartigue T. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Medigraphic Artemisa en línea. 2008 Enero-Marzo; 22(1):5-14.
12. Moneta M.E. Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Revista chilena de pediatría. 2014 Junio; 85(3): 265-268.
13. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. Matronas Profesión. 2006; 7(4): 5-1.
14. Gil Almira A. Variación del peso materno en el embarazo. MEDISAN. 2010 1 Enero – 9 Febrero; 14(1).
15. Bibliografía y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea. [Internet].; 2004-2016 [Acceso 10 Diciembre 2015. Disponible en: <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/w/winnicott.htm>
16. NNNconsult. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2014 [Internet]. NANDA International; c2016 [citado 10 ene 2016] Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.almena.uva.es/>
17. Luis Rodrigo M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Masson-Elsevier; 2013.
18. Nereu Bjorn M^aB, Neves de Jesus S, Casado Morales M^aI. Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud. Clínica y Salud. Investigación Empírica en Psicología. Julio 2013; 24(2): 77-83.

19. Recuero Gonzalo R, Bonet de Luna C. Los celos infantiles. FAMIPED. Familias, Pediatras y Adolescentes en la Red. Mejores padres, mejores hijos. 2009 Diciembre; 2(4).

20. Núñez P. Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. Matronas Profesión. 2014; 15(2): 43-49.

ANEXO

EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO

La evolución de este caso clínico se ha llevado a cabo de una forma continua; analizando controles, analíticas, pruebas, las diferentes consultas con la matrona, ginecólogo, odontólogo. Los resultados y toda la información recibida han sido obtenidos a través de las diferentes entrevistas que se han ido realizando a la gestante en primera persona.

A continuación se detallan las características y el contenido de las diferentes consultas prenatales.

Primera consulta prenatal

1. Se realiza una **anamnesis**, con el propósito de obtener la historia clínica de la gestante cumplimentando así el documento denominado cartilla maternal.

❖ Filiación:

- 35 años.
- Casada hace 8 años.
- Un hijo de 5 años de edad.
- Diplomada universitaria en ciencias empresariales.
- Actualmente en situación de desempleo.
- Residente en un pueblo de la provincia de Valladolid.

❖ Antecedentes familiares:

- No constan enfermedades hereditarias en la familia.

❖ Antecedentes personales médico - quirúrgicos:

- No alergias medicamentosas ni alimenticias conocidas.
- Sacroileítis, inflamación de una o varias articulaciones sacroilíacas.
- No intervenciones quirúrgicas.
- Un aspecto importante a tener en cuenta es conocer el grupo sanguíneo tanto de la gestante como de su pareja e hijo.

	Grupo sanguíneo	Grupo Rh
Gestante	A	Negativo
Marido	B	Positivo
Hijo	AB	Positivo

Tabla 4. Grupo sanguíneo de los progenitores y primer hijo de la pareja.

La gestante al ser Rh negativo necesita que durante el transcurso de todo su embarazo y en las 72 horas posteriores al parto le inyecten gammaglobulina anti D como tratamiento preventivo con el fin de no producir anticuerpos que puedan atacar los glóbulos rojos de la sangre fetal y sufrir el feto anemia de más o menos gravedad. Durante la gestación se hacen analíticas, el Coombs Indirecto, con el objetivo de verificar la ausencia de anticuerpos maternos en la sangre.

❖ Antecedentes obstétrico – ginecológicos:

- Método anticonceptivo previo a la gestación: anticoncepción hormonal oral (píldora anticonceptiva).
- Menarquia (primera menstruación): 12 años.
- **Embarazo previo:** Año 2009; eutócico, varón de 3.700 gr y 48 cm. Grupo sanguíneo: AB y Rh: positivo.
Parto a término, eutócico, espontáneo, simple.
Lactancia materna durante 4 meses y medio.

❖ Embarazo actual:

- ¿Deseos de embarazo? sí.
- ¿Tomó vitaminas y ácido fólico antes del embarazo? no.
- ¿Consultó al ginecólogo antes de quedarse embarazada? no.
- ¿Se preparó para el embarazo? no.
- FUR (fecha de la última regla): 27 -07 -2014
- Fecha de la última regla por ecografía: 09 – 08 -2014
- Fecha probable de parto: 16 – 05 – 2015. Esta fecha se calcula por la regla de Naegele: se añaden 7 días a la fecha de la última regla y se restan 3 meses.
FUR: 9 de agosto + 7 = 16 de agosto

16 de agosto – 3 meses = **16 de mayo**.

- Síntomas asociados con la evolución del embarazo actual: cansancio, sueño, náuseas matutinas, percibe ciertos olores como muy fuertes y desagradables.

❖ Condiciones sociodemográficas

- Nivel socioeconómico medio.
- Historia laboral: La gestante ha trabajado en varias empresas durante toda su trayectoria laboral. Lleva en situación de desempleo 8 meses.
- Tabaquismo: No.
- Alcoholismo: No.
- Drogadicción: No.

❖ Hábitos higiénico – dietéticos:

- Realiza poco ejercicio físico. Comenta que cuando tiene tiempo sale a caminar por las mañanas cuando deja al niño en el colegio.
- Bebe aproximadamente 1 litro de agua al día.
- No consume bebidas alcohólicas y regula la toma de bebidas gaseosas.
- Controla la cantidad de azúcar de los alimentos; suele utilizar sacarina.
- Lava muy bien todas las verduras, las carnes las toma muy hechas y se realiza lavado de manos siempre que manipula alimentos.
- Mantiene una buena higiene en la zona íntima utilizando jabones y productos específicos.

2. A continuación se realiza una **exploración física** valorando los siguientes aspectos:

❖ Exploración general. La gestante se encuentra bien de salud; solo refiere esos síntomas señalados anteriormente.

- Control de tensión arterial: 110/50 mmHg.
- Control del peso y talla:
 - Peso: 57.500 kg.

- Talla: 1.68 m.
- IMC (Índice de masa corporal): peso (kg) / altura (m)²
 $57.500 / (1.68)^2 = 20.2$. La gestante se encuentra en normopeso.

❖ Exploración mamaria.

❖ Exploración ginecológica:

- Exploración de los genitales externos.
- Inspección con espéculo con el fin de visualizar la vagina y el cuello del útero.

3. Exámenes complementarios. Pruebas de laboratorio: Analítica de sangre y orina.
 Realizada a las 9 semanas de gestación.

Grupo Sanguíneo	A
Factor Rh	Negativo
Coombs Indirecto	Negativo

Tabla 5. Hematología.

Coombs Indirecto negativo indica que la gestante no tiene Ac anti-Rh en sangre.

Ácido Úrico	Normal
Creatinina	Normal
Glucemia Basal	Normal

Tabla 6. Análisis bioquímico.

Con el fin de evitar la aparición de una diabetes gestacional, se controla la concentración de glucosa en sangre durante todo el embarazo. En este caso la gestante al no tener factores de riesgo ni antecedentes, se realiza un primer control de la glucemia al principio de la gestación y sobre la semana 24-28, es decir, en el segundo trimestre de embarazo, se realiza el test de O'Sullivan con el propósito de determinar la glucemia en plasma venoso.

TSH	Normal	Hematíes	Normal
T3	Normal	Hematocrito	Normal
T4	Normal	Hemoglobina	Normal

Tabla 7. Función tiroidea. Análisis de sangre (serie roja).

Recuento leucocitos	Normal	Plaquetas	Normal
Linfocitos	Normal	Volumen Plaquetar Medio (VPM)	Normal
Monocitos	Normal		
Neutrófilos	Normal		
Eosinófilos	Normal		
Basófilos	Normal		

Tabla 8. Análisis de sangre. Serie blanca y plaquetar.

Tiempo de Protrombina	Normal
INR (Ratio Internacional Normalizado)	Normal
APTT (Tiempo de Tromboplastina Parcial Activado)	Normal

Tabla 9. Coagulación.

Hepatitis B y C; Ag HBs	Negativo
Serología Luética; RPR o VDRL	Negativo
Toxoplasmosis (IgM)	Negativo
Rubeola	Inmune
VIH	Negativo

Tabla 10. Inmunología/Serología.

La prueba llamada RPR o VDRL indica la presencia o no de anticuerpos de la sífilis.

Sistemático de Orina	Leucocitos	Negativo
	Hematíes	Negativo
	Células Epiteliales Escamosas	Presencia de Gérmenes

Tabla 11. Análisis de orina.

Al aparecer la presencia de gérmenes en el sedimento de la orina se solicita urocultivo para analizar si hay bacterias en la muestra de orina. A los 10 días se comprueba que el sedimento de la orina es normal y en el cultivo no se aprecia crecimiento. Urocultivo negativo.

4. Identificación de los factores de riesgo perinatal.

- ❖ Factores sociodemográficos: Sin riesgo.
- ❖ Antecedentes reproductivos: Sin riesgo. Su primer hijo nació en condiciones favorables y su desarrollo y crecimiento están siendo óptimos.
- ❖ Antecedentes médicos: Sin riesgo.
- ❖ Embarazo actual: en esta primera consulta prenatal no se observa ningún factor de riesgo. El embarazo se irá evaluando en las sucesivas consultas.

5. Asesoramiento médico e información. La gestante será informada de todos los aspectos relacionados con su embarazo. Deberá acudir a todas las citas programadas con el fin de ir valorando si existe algún factor de riesgo, la realización de las diferentes exploraciones, analíticas, etc. La educación maternal está dirigida con el propósito de ofrecer el mayor bienestar posible tanto al feto como a la mujer. Estas acciones van dirigidas a promover la salud durante todo el proceso de la gestación:

- ❖ Alimentación, alcohol, tabaco, drogas, actividad física, viajes, medicamentos y radiaciones, profilaxis de la toxoplasmosis, consulta con el odontólogo, higiene, vestido, calzado, actividad laboral, relaciones sexuales, signos y síntomas de alarma, cambios físicos en el organismo, cursos de preparación maternal, lactancia materna y puerperio.

Consultas prenatales sucesivas

Tienen como objetivo controlar de forma clínica la evolución de la gestación identificando de esta manera la aparición de algún factor de riesgo o alteración tanto materna como fetal.

Se debe valorar lo siguiente:

- ❖ Evolución del embarazo. Todos los datos correspondientes a este apartado están reflejados en las tablas que siguen a continuación.

- **Peso**. Es un aspecto importante a tener en cuenta durante la evolución de todo el embarazo. De esta manera se hace un balance por trimestres:
 - **Primer trimestre**. Con la noticia de su gestación, la nutrición la gestante se acopló a las necesidades del embarazo. En su primer embarazo experimentó un aumento de peso superior al recomendado.
Durante este primer trimestre de embarazo, la gestante ha ganado 3.5 Kg. Su peso actual es de 61 kg.
 - **Segundo trimestre**. La ganancia de peso durante este periodo de embarazo ha sido de 7.100 Kg; siendo su peso de 68.100 Kg
 - **Tercer trimestre**. La gestante reconoce que controla mucho su peso pero que de vez en cuando se permite algún capricho. Desde el comienzo de la gestación ha ganado 16.500 kg; quedándose con un peso de 74 kg. El IMC correspondiente a su talla es de 26.21; este valor indica inicio de sobrepeso.

- TA.

- Posible aparición de edemas, movimientos fetales, signos de insuficiencia venosa MMII.

- ❖ Exploraciones y pruebas complementarias recomendadas para el control prenatal.
 - Pruebas de laboratorio:
 - Primer trimestre: semana 9 y 12.
 - Ecografías:
 - Primer trimestre: semana 8 ecografía vaginal y semana 12 ecografía abdominal.
 - Test de O`Sullivan. 2º trimestre.

- ❖ Informar sobre la aparición de un posible factor de riesgo perinatal.

- ❖ Actualizar las acciones informativas. Posibles dudas que tenga la gestante.

A continuación se muestra una evolución del embarazo trimestre a trimestre.

<i>Semana 1</i>	<i>Semana 2</i>	<i>Semana 3</i>	<i>Semana 4</i>
11-08-2014	18-08-2014	25-08-2014	01-09-2014
<i>Semana 5</i>	<i>Semana 6</i>	<i>Semana 7</i>	<i>Semana 8</i>
08-09-2014	15-09-2014	22-09-2014	29-09-2014
	1ª Revisión Matrona		Revisión Ginecólogo
	1.68 cm		Semana 8 +6
	57.500 kg		Ecografía Vaginal
	TA: 110/50 mmHg		60.200 Kg
<i>Semana 9</i>	<i>Semana 10</i>	<i>Semana 11</i>	<i>Semana 12</i>
06-10-2014	13-10-2014	20-10-2014	31-Octubre-2014
Semana 9+3			Ecografía Abdominal 2ª Analítica
1ª Analítica			Semana 12
60.700 Kg			61 Kg
TA: 112/69 mmHg			

Tabla 12. Primer Trimestre.

- Edemas: No.
- Signos de insuficiencia venosa MMII: No.
- Movimientos fetales: No.
- Tratamiento con ácido fólico.
- Ecografía semana 12 de gestación. Esta ecografía refleja además de otros datos la detección de posibles anomalías cromosómicas.
 - Longitud cráneo – caudal del feto (CRL): Permite conocer el correcto cálculo de la edad gestacional. 1.3 mm → valor considerado normal.
 - La medición de translucencia nuchal o TN: indica el acúmulo de líquido en la zona cervical y dorsal posterior del feto. 53.2 mm → valor considerado normal. Si esta medición de la TN resulta normal, es muy poco probable que el feto presente síndrome de Down, ya que se da el caso que los fetos afectados con este síndrome tienden a acumular más líquido en la región nuchal que el resto de fetos.
- La primera analítica está reflejada anteriormente, en la primera consulta prenatal.

- Análisis bioquímico en el que se estudia el índice de Riesgo de Síndrome de Down y de Síndrome de Edwards; resultado: Riesgo Bajo para ambos síndromes.

<i>Semana 13</i>	<i>Semana 14</i>	<i>Semana 15</i>	<i>Semana 16</i>
03-11-2014	10-11-2014	17-11-2014	24-11-2014
Valoración	Ecografía		
Conocimiento del sexo del bebé: Varón			
62.100 Kg			
101/67 mmHg			
<i>Semana 17</i>	<i>Semana 18</i>	<i>Semana 19</i>	<i>Semana 20</i>
01-12-2014	08-12-2014	15-12-2014	22-12-2014
Revisión Matrona	Consulta Odontólogo		Ecografía
62.100 Kg	Limpieza bucal		Peso Fetal: 300 gr
100/40 mmHg			
Auscultación fetal positiva			
<i>Semana 21</i>	<i>Semana 22</i>	<i>Semana 23</i>	<i>Semana 24</i>
29-12-2014	05-01-2015	12-01-2015	19 - 12- 2015
Revisión Matrona	Test O`Sullivan Analítica		
66.100 kg			
99/56 mmHg			
<i>Semana 25</i>	<i>Semana 26</i>	<i>Semana 27</i>	<i>Semana 28</i>
26-01-2015	02-02-2015	09-02-2015	16- 02 -2015
Ecografía		Inyección de Inmunoglobulina	
Peso Fetal:		"Anti - D"	
832 gr			
67.900 Kg			
97/56 mmhg			

Tabla 13. Segundo Trimestre.

- Edemas: No.
- Signos de insuficiencia venosa MMII: No.

- Movimientos fetales: No.
- Tratamiento con ácido fólico.
- Ecografías segundo trimestre:
 - Semana 15: conocimiento del sexo del bebé, un varón.
 - Semana 20 y 26.
- **Analítica segundo trimestre:**

Glucosa	Normal
Urea	Normal
Creatinina	↓
Ácido Úrico	Normal
Proteínas Totales	Normal
Bilirrubina Total	Normal
Colesterol	↑ (224 mg/dL); rango normal <200
HDL Colesterol	Normal
LDL Colesterol	Normal
VLDL Colesterol	Normal
Triglicéridos	Normal
Sodio	Normal
Potasio	Normal
Cloro	Normal
Calcio	Normal
Fósforo	Normal
GOT AST	Normal
GPT ALT	Normal
GAMMA GT	Normal
Fosfatasa alcalina	Normal
Sobrecarga oral de glucosa	50 g
Glucosa	
Glucosa 60 minutos	80 mg/dL 90 mg/dL
F. Glom. Estimado	Normal

Tabla 14. Análisis bioquímico.

- Los niveles de colesterol en el embarazo están un poco más elevados debido al incremento de diferentes hormonas: la progesterona, el estriol y el lactógeno placentario. Estos niveles pueden aumentar durante el embarazo de una forma progresiva.
- Los niveles de creatinina en sangre de una embarazada pueden disminuir ligeramente durante la gestación de forma fisiológica.
- Test de O'sullivan. Determinar el nivel de glucemia basal en el plasma venoso y un segundo análisis de la glucemia 1 hora después de la ingesta de 50 gramos de glucosa. Los resultados han sido normales, dentro del rango → 70 – 110 mg/dL.

Toxoplasmosis	0.10 - Negativo
---------------	-----------------

Tabla 15. Serología.

Coombs Indirecto	Negativo
------------------	----------

Tabla 16. Hematología.

Recuento Hematíes	↓
Hemoglobina	↓
Hematocrito	↓
Volumen Corpuscular Medio	Normal
Hemoglobina Corpuscular Medio	Normal
Concentración Hemoglobina Corpuscular Media	Normal
Ancho de Distribución de Hematíes	Normal

Tabla 17. Análisis de sangre. Serie roja.

Durante la gestación aparece la denominada anemia fisiológica del embarazo debido a que aumenta el volumen plasmático pero no los glóbulos rojos produciéndose de esta manera una anemia dilucional. Esta situación es necesaria para mantener un flujo útero-placentario adecuado.

Recuento Leucocitos	Normal	Plaquetas Recuento	Normal
Linfocitos	Normal	Volumen Plaquetar Medio (VPM)	Normal
Monocitos	Normal		
Neutrófilos	Normal		
Eosinófilos	Normal		
Basófilos	Normal		

Tabla 18. Análisis de sangre. Serie blanca y plaquetar.

Densidad	1030
pH	6.0
Glucosa	Negativo
Nitritos	Negativo
Leucocitos	Positivo
Proteínas	Negativo
Bilirrubina	Negativo
Urobilinógeno	Negativo
Sangre	Negativo
Cuerpos Cetónicos	Negativo
Sedimento	Lecucocitos: de 5 a 10/c

Tabla 19. Análisis de orina.

La infección de orina durante el embarazo es una patología frecuente debido a cambios fisiológicos a nivel del sistema urinario de la gestante.

Cultivo de Orina	No se aprecia crecimiento UROCULTIVO NEGATIVO
------------------	---

Tabla 20. Urinocultivo.

- La gestante sufre un cuadro de candidiasis vaginal, infección ocasionada por hongos del género cándida.

Semana 29	Semana 30	Semana 31	Semana 32
23-02-2015	02-03-2015	09-03-2015	16-03-2015
	Inicio Educación Maternal (1h/semanal)	Analítica Tercer Trimestre	Revisión 73 Kg 120/72 mmHg Sí Movimientos Fetales Ecografía Peso fetal: 1.700 kg
Semana 33	Semana 34	Semana 35	Semana 36
23-03-2015	30-03-2015	06-04-2015	13-04-2013
	Consulta Anestesia + Electrocardiograma		Revisión 74 kg 111/70 mmHg Sí movimientos fetales
Semana 37	Semana 38	Semana 39	Semana 40
20-04-2015	27-04-2015	04-05-2015	16-Mayo-2015 posible
Cultivo de orina	Contracciones	Contracciones	fecha de parto
Prueba del Estreptococo Ecografía		El día 07-05-15 inducción del parto.	
Peso fetal: 2.600 Kg			
Percentil 50			

Tabla 21. Tercer Trimestre.

- El 30 Abril la gestante nota contracciones, acude a su ginecólogo y le informa que ha tenido dos mini contracciones; está dilatada de 1 cm y con el útero blando. Refiere que le cuesta andar debido a la sacroileítis que padece. El ginecólogo le comenta que, debido a su situación, sería probable provocarle el parto una semana antes de la fecha prevista.
- El día 7 de Mayo acude de nuevo para inducir el parto.
- Edemas: No.
- Signos de insuficiencia venosa MMII: No.
- Movimientos fetales: Sí.

- Tratamiento con ácido fólico.
- Ecografías tercer trimestre:
 - Semana 32.
 - Semana 37.
- **Analítica tercer trimestre.** Se señalan a continuación los valores analíticos que están alterados pero considerados fisiológicos en el proceso de la gestación.

Urea	↓
Colesterol	↑
Creatinina	↓

Tabla 22. Bioquímica.

Hematocrito	Leucocitos
↓	↑

Tabla 23. Análisis de sangre. Serie roja y blanca.

- Disminución del hematocrito que indica anemia fisiológica del embarazo; hecho explicado anteriormente.
- Aumento de los leucocitos durante la gestación también supone un hecho fisiológico durante el embarazo.

HBS Ag	Negativo	Leucocitos	Positivo
Ac Hepatitis C	Negativo	Hematíes	Aislados
Toxoplasmosis Ig G	Negativo	Presencia de gérmenes	Escasos

Tabla 24. Inmunología/Serología. Análisis de orina.

- Leucocitos en orina indica infección de orina; hecho explicado anteriormente. Derivado de este cuadro puede haber presencia de sangre en la orina.

FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN: PARTO

La fecha probable de parto era el 16 de mayo de 2015.

La gestante ingresa en su semana 39 de embarazo para finalizar la gestación debido al agravamiento de sacroileítis durante las últimas semanas, dificultando la deambulaci3n.

→ Características de la gestaci3n:

- Gestaci3n evolutiva normal.
- Serologías negativas.
- Rubeola inmune.
- Cultivo de Estreptococo negativo.

El día 7 de mayo de 2015 se inicia la inducci3n al parto. Con una dilataci3n de 4cm se realiza cesárea urgente por riesgo de p3rdida de bienestar fetal en relaci3n con circular apretada en pies fetales. Duraci3n del parto: 2 horas.

Nacimiento de un var3n:

- Aspecto sano.
 - Peso: 2.970 gr.
 - Talla: 49.5 cm.
 - Grupo sanguíneo: AB.
- Rh: Positivo.

Postoperatorio con normalidad. Buen estado de la madre; permanece tres días ingresada en el hospital. Se inicia lactancia materna.

Se administra gammaglobulina anti-D con el fin que la madre no forme anticuerpos anti-Rh positivo y evitar de esta manera que si en el siguiente embarazo el bebé es Rh positivo no haya riesgo.

Recomendaciones tras cesárea:

- Suplemento de hierro y vitaminas durante la lactancia.
- Cuidados de la herida quirúrgica. Importante que la madre reconozca cualquier síntoma de infecci3n de la herida.

