



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A:
MUJER ADULTO JOVEN CURSANDO EL SEGUNDO
TRIMESTRE DEL EMBARAZO CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN Y ELIMINACIÓN BASADO
EN EL MODELO DE LAS CATORCE NECESIDADES DE
VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

OCAÑA DÍAZ EVELIN FABIOLA

No. DE CUENTA: 30513890-3

ASESORA

MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL



MÉXICO D.F

NOVIEMBRE, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a Dios por darme un día más de vida, por acompañarme a lo largo del camino, por darme la fuerza suficiente para seguir luchando en los momentos de debilidad, por dejarme compartir los momentos más importantes al lado de las personas que más amo en el mundo, por darme valiosas lecciones y por dejarme vivir este momento.

A mis padres, Francisco y María Luisa por darme su apoyo en todo momento, por creer en mí y dejarme alcanzar cada uno de mis sueños, por los valores que me han inculcado y sobre todo, por amarme a pesar de todos mis errores.

A mis hermanos, Lizbeth y Horacio, por ser parte importante de mi vida, por dejarme los mejores recuerdos de la infancia, por llenarme de alegría y abrazarme cuando lo eh necesitado.

A Carolina, por ser más que mi sobrina, ser mí inspiración, por su ternura y sencillez.

A mi querido Arturo por ser una parte importante de mi vida, por ser ante todo mi amigo, mi confidente, por escucharme continuamente, por darme una enorme sonrisa aún después de un mal día, por su paciencia y ternura, por darme la fortaleza necesaria cuando siento desfallecer, por su amor incondicional, por crear esto nuevo juntos.

Evelin

*“Back under the stars,
Back into your arms”*

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	5
II. JUSTIFICACIÓN	7
III. OBJETIVOS	8
IV. MARCO TEÓRICO	9
4.1 Enfermería como disciplina	9
4.2 El cuidado como objeto de estudio	12
4.3 Teoría de enfermería	14
4.3.1 Concepto, objetivo y ventajas	15
4.3.2 Clasificación de teorías	15
4.3.3 Modelo conceptual de Virginia Henderson	19
4.4 Proceso atención de enfermería	23
4.4.1 Definición, objetivos, características del proceso de atención en enfermería	23
4.4.2 Descripción de las etapas del proceso atención de enfermería	24
4.5 Embarazo en el adulto joven	30
4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales	30
4.5.2 Desarrollo embrionario	44
V. DESARROLLO DEL PROCESO	48
5.1 Presentación del caso	48
5.2 Análisis de la valoración	51
5.3 Desarrollo de etapas	52
VI. CONCLUSIONES	67
VII. BIBLIOGRAFÍA	68
VIII. ANEXO I	70
IX. ANEXO II	83

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería ha evolucionado a lo largo de varias décadas de investigación, desde sus inicios con el arte del cuidado como método para preservar la continuidad de los grupos hasta el día de hoy con la profesionalización. Cuenta con un objeto de estudio, el cuidado desde todas las dimensiones de la persona. Cuidar es una actividad humana cuyo objetivo va más allá de tratar con la enfermedad; en la enfermería, es considerado como la esencia de la profesión disciplinar, donde es evaluada la persona como receptor de los cuidados a través de aquellas medidas que la enfermera transmite mediante sus intervenciones.

La enfermería se ha transformado debido a la enorme demanda en los servicios de salud. Actualmente la enfermería obstetra es cada vez más aceptada, por las mujeres embarazadas para evaluar su estado real de salud durante el período de gestación, para detectar y evaluar posibles riesgos que comprometan su vida.

El proceso de enfermería es un sistema que permite utilizar los conocimientos teóricos adquiridos, donde se debe dar un enfoque crítico, deliberativo para la resolución de los problemas reales y potenciales de la persona y preventivo a los riesgos detectados, requiere de habilidades cognitivas y actualización continúa de los conocimientos en el campo de la profesión.

Se denomina embarazo al período comprendido entre la implantación del óvulo fecundado en el útero y hasta el momento del parto, donde ocurren una serie de cambios físicos, metabólicos, psicológicos, fisiológicos que experimenta el cuerpo de la mujer con el fin de permitir el desarrollo fetal.

Durante el transcurso de este período pueden desencadenarse una serie de complicaciones que de no evaluarse en el tiempo preciso podrían comprometer la vida del binomio. La mayoría de los riesgos obstétricos, tanto para la madre y el feto, pueden ser prevenidos, detectados y tratados exitosamente.

Las intervenciones de enfermería en la etapa prenatal, abarcan una serie de actividades realizadas de forma periódica a lo largo del embarazo, permitiéndonos evaluar el bienestar materno-fetal. Nos permite planear medidas preventivas, para que sea más fácil identificar factores de riesgo que pongan en peligro la evolución normal del embarazo, mejorando la calidad de vida y brindando una atención de calidad en los servicios de enfermería.

El control prenatal consiste en vigilar periódicamente la evolución del embarazo y hasta concluido esté, se inicia a través de la historia clínica y la valoración inicial, con ello se lleva a cabo un plan de cuidados individualizado con el fin de evitar

posibles complicaciones derivados de los riesgos detectados. Nos permite orientar a la mujer embarazada para que sea capaz de detectar situaciones de riesgo para ella y el feto que propicien complicaciones, con la finalidad de reducir los índices de morbi-mortalidad materno-fetal, capacitándola para acudir inmediatamente a recibir atención por el personal capacitado.

Para la realización de este trabajo se seleccionó una paciente de 24 años de edad, cursando el segundo trimestre del embarazo a la que se le aplicó el proceso atención de enfermería en sus cinco etapas, basándose en el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson, detectando las necesidades alteradas. La información se obtuvo a través de la entrevista, la exploración física y documentos de laboratorio. Para ello se planeó una serie de intervenciones con base en los diagnósticos.

II. JUSTIFICACIÓN

El proceso de atención de enfermería se eligió por que nos permite desarrollar un pensamiento crítico y reflexivo para solucionar problemas de salud, a través de una atención científica, pensamiento creativo y autonomía profesional.

Proporcionar una atención planeada, individualizada e irrepitable de acuerdo a las necesidades afectadas de la persona, con el fin de aumentar la calidad de los cuidados de enfermería y ver al individuo de una manera holística aplicando la metodología del proceso de atención de enfermería basada en el modelo de las catorce necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

El motivo principal para la elaboración del proceso atención de enfermería, es aplicarlo a una mujer en control prenatal donde el papel que desempeña la enfermera es muy importante en la vigilancia del embarazo normo evolutivo, donde realiza promoción a la salud, orienta a la embarazada sobre los cambios anatómicos y fisiológicos que experimenta su cuerpo durante esta etapa, así como aspectos básicos en la evolución del embarazo para prevenir complicaciones que pongan en riesgo la vida materna y fetal.

El embarazo comprende una de las etapas cruciales en la vida de una mujer, marca el inicio de un período lleno de cambios en el cuerpo materno, tanto físicos, psicológicos, sociales, familiares; la pareja se confronta ante la idea de ser nuevos padres experimentando cambios psicológicos, cognitivos y emocionales que le permiten la aceptación del embarazo.

III. OBJETIVOS

Objetivo general

- ✦ Desarrollar y aplicar un proceso de atención en enfermería a una mujer embarazada con alteración en las necesidades de alimentación y eliminación, basado en el enfoque teórico de Virginia Henderson; con el propósito de brindar cuidados enfermeros de calidad.

Objetivo Específico

- ✦ Aplicar un instrumento de valoración de enfermería y hacer un análisis para estructurar diagnósticos de acuerdo a las necesidades afectadas, planear y ejecutar un plan de cuidados individualizado e irrepetible que ayude a la persona durante el período de gestación.
- ✦ Brindar educación perinatal y orientar acerca del parto, puerperio y cuidados al recién nacido, que le permitan enfrentar una maternidad responsable y disminuir factores de riesgo.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Enfermería como disciplina

Se habla de enfermería como una disciplina y un arte, esto basado en que a través de la evolución de ésta, se ha investigado sobre que labores en particular son desempeñadas por la enfermera, se ha sustentado su conocimiento basado en teorías de otras disciplinas afines a ella, se han enriquecido para crear así modelos propios que guíen la práctica enfermera bajo principios éticos y morales, creando así nuevos conocimientos acerca del cuidado, conformando su identidad profesional. Cuenta ya con un objeto de estudio, el cuidado y un sujeto de estudio, el ser humano sano o enfermo en las diversas etapas de la vida.

Se habla de arte por que ejercer la enfermería no es un acto sencillo, implica identificarse con la profesión enfermera y desempeñar con un soplo del espíritu todas nuestras labores, hacerlo con gusto y con amor a lo que realizamos, si bien desde un inicio se habla de tener vocación de servicio, la enfermería va más allá de la actitud de servicio, va aunado a una preparación profesional.

Sí bien comenzó como un oficio sin instrucción formal, el cuidado tenía una esencia empírica y artesanal, considerado como una actividad necesaria para la continuidad de los grupos, para fortalecer a base del cuidado la preservación de la vida y la reproducción humana, para mejorar las condiciones de vida; sin embargo, se profesionaliza a partir de una creencia ideológica, en México inicia esta profesionalización con la inauguración de la primera escuela en enfermería que abrió sus puertas en el Hospital General de México en 1907, con el objetivo de responder a la demanda social; ahora la enfermería cuenta ya, con un marco filosófico, teórico y metodológico donde se sustenta la transición de oficio a profesionalización-disciplina, donde son validadas todas las labores que son desempeñadas, garantizando profesionistas con juicio crítico y más humanistas, que realmente se sientan identificados con la profesión y que se vea reflejado en el aumento en la calidad de los servicios prestados.

“La enfermería como profesión, se ubica como una actividad específica que posee un campo de práctica orientada hacia el beneficio de las personas a través del cuidado, se rige por un código ético, una legislación, una formación sistematizada

y validada institucionalmente, su ejercicio es remunerado y posee reconocimiento social”¹.

La Enfermería es la profesión disciplinar del cuidado, brindado hacia las personas, apoyando su práctica profesional con conocimientos propios; y el perfeccionamiento de este ha ido evolucionando a lo largo de los años utilizando teorías generadas de su propio conocimiento; posee una estructura lógica que permite la comprensión de las dimensiones.

Como disciplina tiene esta profesión, dichas dimensiones son:

- a) La dimensión filosófica donde el conocimiento de la enfermería es guiado por afirmaciones filosóficas a cerca de la naturaleza de los seres humanos y su relación con el entorno, predomina el humanismo enfatizando valores que promuevan el bienestar y los derechos individuales.
- b) La dimensión teórica retoma la teoría prestada para crear una teoría propia de enfermería tomando en cuenta el metaparadigma para describir los fenómenos de interés de la disciplina en el caso de la enfermería, el cuidado.
- c) Finalmente la dimensión metodológica está representada por el proceso de atención en enfermería, compuesto por las cinco etapas; valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Muchas enfermeras metateóricas han desarrollado el campo de conocimiento para guiar la práctica de enfermería y direccionar el ejercicio profesional aportando avances al conocimiento que se refiere al cuidado; sin embargo, a pesar de los múltiples modelos conceptuales que se han realizado en diferentes contextos, y aún con variación de roles que cumple la enfermera, de acuerdo a cada modelo; todas estas personas han reflexionado acerca de 4 conceptos fundamentales **cuidado, persona, salud y entorno**; que se han denominado metaparadigmas o conceptos globales del fenómeno que se estudia en determinada disciplina; para proporcionar una perspectiva universal, el filósofo Thomas Kuhn postuló al paradigma como “Conjunto de prácticas que define una disciplina científica, esta adopta un paradigma específico para explicar la forma en que las cosas funcionan, este dura un período específico de tiempo, denominando a este período como ciencia normal. Sin embargo, en algún momento ya no puede explicar un fenómeno nuevo, ocurre una revolución y existe una búsqueda de un paradigma nuevo; de manera eventual se adopta otro, hasta llegar a requerir el siguiente

¹ Durán, 1998 citado por Sotomayor, S. S en Reyes, G. E. Fundamentos de Enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. 2da ed. México: El manual moderno S.A de C.V; 2009. Pág 66

cambio de paradigmas”². Con ellos se determina el objeto de estudio y el campo de acción.

Para Jacqueline Fawcett el paradigma es “la perspectiva global de cualquier disciplina que actúa como una estructura que encapsula y al interior de la cual se desarrollan los marcos de referencia conceptuales”³. Y partiendo de estos conceptos abstractos se describen las características para objetos, personas o acontecimientos, recreados a partir de experiencias personales, en este caso diferentes modelos de enfermería, que interaccionen entre sí para crear afirmaciones básicas del modelo.

Esto es un cambio de hábito que en la mayor de las partes genera confusión e incertidumbre, sin embargo la base de la enfermería está en evolución y reconstrucción permanente ampliando el mismo paradigma⁴. Cabe destacar que en la actualidad, cuando se refiere al metaparadigma, se refiere a los conceptos básicos de la profesión para describir la relación entre los fenómenos de interés para la disciplina, generando el conocimiento y brindar una aplicación universal de la enfermería.

La persona se refiere a los receptores del cuidado de enfermería, la salud al estado de bienestar de la persona, el entorno relaciona al sujeto con el medio físico donde se desarrolla y puede perjudicar a la persona y el cuidado a las intervenciones realizadas por la enfermera, ya sea como suplente de la persona o como apoyo hacia el individuo, valorando los resultados de estas acciones.

En la enfermería se debe innovar con el desarrollo de las nuevas tecnologías para evolucionar en el campo de conocimiento y habilidades, solidificando la estructura que ya está hecha, requiere actualización y reconstrucción permanentes.

² Cutcliffe. J. Mc Kennay, H. Ayrkas, K. Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica. México: El manual moderno S.A de C.V; 2011, pág 17

³ Fawcett. J, 1989, citado por Cutcliffe. J. Op.cit. Pág 26

⁴ Landau. L , 1977 citado por Cutcliffe. J. Op. cit. Pág 22

4.2 El cuidado como objeto de estudio

“Cuidar es ante todo, un acto de vida, en el sentido que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a conservar la vida y permitir que está continúe y se reproduzca”⁵; el cuidado se ha reflejado primero a base de conocimiento empírico y cotidiano, esto basado en el instinto que se creía poseían las mujeres, esta creencia estaba ligada a la maternidad, sobre el cuidado que se le profesaba al recién nacido, la protección y la higiene, este conocimiento se transmitía de generación en generación, todas las madres aconsejaban a sus hijas sobre cómo llevar a cabo el cuidado. Siendo siempre menospreciado el trabajo ofrecido de acuerdo al género, si podemos compararlo, el hombre a su vez, también ofrece el cuidado, con la diferencia, que este es basado en la protección del territorio y la figura masculina vista como el proveedor de la familia, sin embargo tenían la exclusividad del cuidado sobre las heridas corporales y las que incluían la fuerza física.

El cuidado realizado por las mujeres era visto como un hecho cotidiano, parte de su naturaleza ligada a la división sexual del trabajo, donde las mujeres atendían los partos, los niños pequeños, los enfermos, los ancianos, inclusive aún después de la muerte con prácticas tales como el amortajamiento; por otra parte y a través de la observación descubrieron que las plantas tenían propiedades curativas y desarrollaron diversos brebajes, ungüentos, inhalados etc, con el fin de proporcionar bienestar, desarrollaron con la experiencia el uso de hierbas medicinales y más tarde la aparición de masajes para aliviar los dolores.

Siendo que las condiciones de vida era precarias, comenzaron a asociarse las fuerzas malignas con la enfermedad, los sacerdotes eran entonces los mediadores que intercedían rechazando el mal espiritual, así fue como nació la clínica médica para mediar las enfermedades exclusivas del cuerpo humano y mediar la delgada línea entre el más allá.

Colliere establece una diferencia del cuidado. Menciona el “Care” como los cuidados habituales y permanentes cuya función es preservar la vida, se dirige hacia el entorno que nos rodea, y habla de “Cure”, como aquellos cuidados brindados hacia la limitación de la enfermedad existente, relacionado con la necesidad de curar.⁶

El cuidado como lo conocemos ahora está enfocado hacia el déficit o incapacidad de la persona para realizar actividades que promuevan su salud.

⁵ Colliere. M. Promover la vida. 2da ed. Francia: Mc Graw Hill; 2009, pág 9.

⁶ Ibid. Pág 20

Los cuidados enfermeros van dirigidos a toda la población no solo a la gente enferma, pues promoviendo estilos de vida saludables, sería posible mantener el equilibrio, es importante destacar que la salud está definida como “Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de enfermedad”⁷

La enfermería posee un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos caracterizado por tener un objeto de estudio, el cuidado, es el que hacer de las enfermeras, delimita todas las acciones encaminadas para lograr el bienestar; entonces se cataloga como disciplina en construcción, que requiere formación formal de Enfermería, para que los recursos humanos sean competentes y cumplan eficazmente con los cuidados profesionales que van a brindar. Actualmente el cuidado delimita el campo de estudio de la enfermería, usando un lenguaje común.

El holismo forma parte de la corriente filosófica humanista, etimológicamente holismo proviene del griego holos que significa “entero” o “totalidad”, las enfermeras se preocupan por la persona como un ser completo, no como un conjunto de partes o procesos⁸; recalcando el hecho de que la enfermera debe tomar en cuenta la identidad de la persona tomando en cuenta la relación con sus esferas biopsicosocial, biológica, sociocultural y espiritual. Se habla del cuidado holísticos bajo la necesidad de promover el humanismo, abarcando la totalidad de las necesidades de la persona, elevando así la calidad del estilo de vida de los individuos, esto nos habla de que se requiere un cuidado formal. Se ayuda a la persona a asumir la responsabilidad de su salud, buscando conductas alternativas sanas y capacitándolos para cumplir sus objetivos de salud.

⁷ OMS 1946 disponible en [Consultado el 28 Agosto 2013] Disponible en:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

⁸ Kozier. B. Erb. G. Blais. K. Conceptos y temas en la práctica de enfermería. 2da ed. Mc Graw Hill/ Interamericana; 1995, pág 61

4.3 Teoría de enfermería

“Una teoría de enfermería es la conceptualización de algunos aspectos de la enfermería, expresados con el propósito de describir, explicar, predecir o prescribir un cuidado enfermero”⁹ este proceso permite que a la enfermera planificar una estrategia del cuidado, llevarla a cabo ya con una meta establecida para mejorar el bienestar de la persona. No se debe olvidar que las teorías no son verdades absolutas ni estáticas, van adoptándose las más convenientes de acuerdo al contexto donde se emplean.

Las enfermeras iniciaron la búsqueda de la esencia de la enfermería, empezaron a plantearse la meta de desarrollo con un conocimiento enfermero en el cual pudiera basar su práctica y convertirse en una profesión reconocida.

La historia de la enfermería profesional comienza con Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna quién desafió las reglas sociales de su época, al ser una mujer culta y preparada, proveniente de una familia aristocrática pero con la idea de darle un sentido útil a su vida, llegó a la conclusión que debía ser enfermera, terminando su formación en Alemania le propusieron trasladarse a Turquía, donde se dedicó al cuidado de los heridos de la guerra de Crimea, aliviando el sufrimiento de los desamparados, donde junto con un grupo de mujeres conformaron el primer grupo de enfermeras formadas, transformando el entorno que favorecían la enfermedad y regulando las normas de higiene para disminuir en gran porcentaje el índice de mortalidad, dignificando el trabajo para las mujeres a pesar de la hostilidad de los médicos varones. Posteriormente desarrollo una escuela de formación para enfermeras en el hospital St Thomas en Inglaterra en 1860. Combinó sus recursos individuales con los sociales y profesionales para provocar un cambio en la salud de los individuos. Su trabajo describió minuciosamente los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, reposo, buena alimentación, higiene y ruido, promoviendo un entorno saludable dentro y fuera de los hospitales como su visión acerca del cuidado, así se pondría al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él, sirvió como guía para establecer escuelas de enfermería con su firme convicción de que el conocimiento entre la enfermería y la medicina era distinto¹⁰.

⁹ Meleis, (1997) citado por Dúran. V. M. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan [Revista en línea] 2013 [Consultado el 02 Septiembre 2013]; 13(2) Disponible

en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>

¹⁰ Marriner, T. A y Raile, A. M. Modelos y teoría en enfermería. 5ta ed. Madrid: Mosby; 2002, Pág 68

La era de investigación se concibió ya que las enfermeras afirmaron que era el único camino hacia el nuevo conocimiento, esta era fue seguida por la de educación superior donde ya se incluía una formación especializada y se adoptaron los modelos conceptuales y en la era de la teoría resulto obvio que la investigación sin teoría resultaba insuficiente y juntas crearon la ciencia enfermera.

4.3.1 Concepto, objetivo y ventajas

Los modelos conceptuales son definidos como el conjunto de conceptos abstractos y generales así como las preposiciones que se integran para dar un significado a un fenómeno, proporcionando diferentes perspectivas de los conceptos del metaparadigma en enfermería.

Ventajas de las teorías:

1. Genera conocimientos que guían el ejercicio profesional a través de una estructura del pensamiento.
2. Favorece la autonomía profesional
3. Definen el límite de la práctica profesional ya que permite la plena identificación del rol que adopta la enfermera
4. Proporciona el cuerpo de conocimientos propios de la profesión
5. Crea un lenguaje propio de la enfermería para facilitar la comunicación.

La teoría debe ir de la mano de la práctica, proporciona un fundamento racional para recoger datos fiables y válidos sobre el estado real de salud del paciente, esencial para la toma de decisiones, orientando una óptima ejecución y finalmente obtener resultados previstos.

4.3.2 Clasificación de teorías

Las corrientes filosóficas

- ✦ La corriente de categorización a orientado a la profesión de enfermería centrada hacia la salud pública por la necesidad de llevar un control sanitario para evitar la propagación de agentes causales de enfermedades infecciosas, como sabemos antes no había un control de estas, ni medidas específicas para combatirlas, inicia con Florence Nightingale en 1850, quién hizo hincapié sobre la importancia en la observación de los fenómenos, así como llevar un

registro estadístico sobre índice de sanidad y mortalidad, ella pensaba que el entorno que rodeaba al paciente también era importante para que pudiera recuperarse o mantener la salud mediante el equilibrio. Y orientado hacia la enfermedad refleja la necesidad de evitar la extensión de infecciones, hace referencia a que la enfermera lleva a cabo una valoración sobre el estado real en el que se encuentra el paciente, planea, evalúa en función de las necesidades a satisfacer y realiza intervenciones encaminadas a cumplir los objetivos para la mejora del individuo. La persona es la suma de todas sus partes, que se estudian por separado para detectar en qué condiciones se encuentra y como lograr su bienestar, la salud es un equilibrio altamente deseable¹¹.

Los procesos de cambio se ven como indeseables, los fenómenos no guardan relación entre sí, la persona contempla el aspecto biopsicológico, el entorno es hostil hacia la persona y la salud es la ausencia de enfermedad.

El papel de la enfermera es hacer por la persona

- ✦ La corriente de la integración se ha orientado a la enfermera hacia la persona, prolonga aquellos elementos del paradigma de categorización, inicia en 1952 con Hildegard Peplau, evoluciona ante la necesidad de diferenciar la disciplina enfermera de la disciplina médica, la enfermera modifica su lenguaje y su actitud, es incorporado el proceso de atención en enfermería, transformando las actividades de la enfermera centrando el interés en el ser humano. En la década de los 60 se enfatiza el desarrollo de una base de conocimientos de la ciencia enfermera, comienza la organización de los cuidados según las competencias y habilidades de los miembros del equipo incorporándose así la categoría de auxiliares.

Los fenómenos guardan una relación entre sí, la persona es un todo compuesto por la suma de aspectos biopsicosociales y espirituales, el entorno incluye el medio interno y externo que interactúa en conjunto generando respuestas positivas o negativas, la enfermedad es la pérdida del equilibrio o desadaptación y la salud es la adaptación positiva a los procesos de cambio.

El papel de la enfermera es hacer por y con la persona

Dentro de esta corriente se distinguen tres escuelas:

¹¹ Kerovac. S. Pepin, J. Ducharme, F. Duyette, F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996, pág 7

1. La de las necesidades, sus máximos exponentes; Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah
2. La de interacción, sus principales exponentes; Hildegard Peplau e Imogene King
3. La de objetivos, representada por; Dorothy Johnson, Sor Callista Roy y Betty Neuman

✦ La corriente de la transformación inicia en 1970 con el trabajo de Martha Rogers, es la base de la apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo

Los fenómenos son únicos, la persona es considerado desde el punto de vista holístico, el entorno está compuesto por el conjunto del universo y del que la persona forma parte, los procesos de cambio son hemodinámicos, la enfermedad es solo una experiencia que forma parte de la salud y la salud es un equilibrio inestable que promueve el desarrollo y la actualización.

El papel de la enfermera es acompañar a la persona

Según el enfoque de Martha Raile Alligood y Ann Marriner Tomey

Metaparadigma como el nivel de conocimiento más abstracto, en él se describen los conceptos que referencian la finalidad de la disciplina.

- Filosofía es el siguiente nivel de conocimientos, son amplias y abstractas, difíciles de demostrar, se especifican las definiciones de los conceptos del metaparadigma en todos los modelos conceptuales de enfermería, en este se propone el significado de los fenómenos de los que se ocupa la enfermería mediante análisis, razonamiento y argumentación lógica. Sus exponentes son Nightingale, Henderson y Abdellah.
- Grandes teorías ofrecen una visión global de las pioneras de la enfermería, refleja una perspectiva individual, plasmada según la experiencia individual del autor, los orienta sobre como observar e interpretar los fenómenos, sin embargo, no sugieren verdades demostrables. La mayoría de los modelos conceptuales de enfermería se derivan las grandes teorías, éstas a su vez proponen algo que es verdad o es demostrable, algunos han sido extraídas de sus propios modelos; la diferencia radica en que las grandes teorías difieren en los modelos ya que ofrecen proposiciones a los miembros de la profesión en un determinado campo científico.

Sus exponentes incluyen a Roy y King.

- Teoría de nivel medio son el nivel menos abstracto del conocimiento, centrándose en un tema más concreto, con datos más específicos. Implica el ámbito donde se llevan a cabo las intervenciones de enfermería. Se incluyen los trabajos de Peplau, Parse y Newman.

Según el enfoque de Afaf Meleis 1985

- Teoría de las necesidades enfocada a los que las enfermeras hacen, sus principales exponentes, Abdellah, Orem y Henderson
- Teoría de interacción en el se hace hincapié a ver como las enfermeras desempeñan las labores relacionadas con su trabajo; sus exponentes incluyen a King y Paterson.
- Teoría de resultados centrada en el resultado obtenido del cuidado, sus principales exponentes Jonhson, Rogers y Roy.

4.3.3 Modelo conceptual de Virginia Henderson

Virginia Henderson, la quinta hija de una familia de ocho hermanos, nació en Kansas City, Missouri en 1897, tuvo una larga carrera como autora e investigadora, publicó su definición de enfermería en 1955 principalmente “por la necesidad de especificar claramente la función de las enfermeras”¹², su modelo está influenciado por la corriente del pensamiento de integración, incluido en la escuela de necesidades; ella postuló que los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada al individuo sano o enfermo para ejecutar las actividades relacionadas con la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales a partir de principios fisiológicos y psicológicos, fomentando que se realicen de manera independiente.

1. Respirar normalmente
2. Beber y comer adecuadamente
3. Eliminación de los desechos corporales
4. Moverse y mantener una posición adecuada
5. Dormir y descansar
6. Vestirse y desvestirse
7. Mantener una temperatura corporal normal, adecuando la ropa y modificando el ambiente
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros del entorno así como lesionar a otras personas
10. Comunicarse con otras personas expresando necesidades, temores u opiniones.
11. Practicar una religión
12. Ocuparse de una forma que se sienta útil
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal.

Para Henderson los cuatro conceptos básicos del metaparadigma de enfermería:

- ✦ Persona- individuo que cuenta con 14 necesidades fundamentales, es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúa entre sí y tienden al máximo desarrollo de su

¹² Marriner, T. A, Raile, A. M Op.cit. Pág 99

potencial, la mente y el cuerpo de la persona son inseparables, el paciente y su familia conforman una unidad.

- ✦ Salud- Se conforma de las 14 necesidades básicas satisfechas llevando a un estado de bienestar, esencial para el funcionamiento del ser humano. Puede llevarse a cabo por la persona, y cuando no es posible, mediante acciones relacionadas por otros, afirmando que es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma.
- ✦ Entorno- Es algo estático, reconociendo su influencia positiva o negativa sobre el paciente, recomendándole a la enfermera que lo modifique de tal modo que promueva la salud.
- ✦ Enfermería- “La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo, o no, en la realización de actividades que contribuyen a su salud o recuperación o llevarlo a una muerte placentera; y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápido posible”.¹³

La fuerza física se refiere a los aspectos al poder hacerlo que abarca la fuerza psicomotriz y el tono muscular, la fuerza psíquica se refiere al saber para qué hacerlo, alude a la capacidad que tiene la persona para interrelacionar su conocimiento con su situación de salud para extraer sus propias conclusiones y tomar decisiones adecuadas, la dependencia es por tanto en la fuerza física que la persona carezca de capacidad psicomotriz o del tono muscular que impida realizar las actividades requeridas y la falta de fuerza psíquica implica que aun sabiendo cómo hacerlo ignore los beneficios de estas acciones, no las relaciona con su estado de salud, no es capaz de tomar una decisión o bien la que toma no es adecuada.

Entendemos por conocimiento saber cuáles son las acciones indicadas para manejar una situación de salud, en breve saber qué hacer o bien como debe hacerlo, en contraparte, consideramos que el área de dependencia es la falta de conocimientos si la persona carece de conocimientos necesarios para manejar su cuidado o ignora cómo utilizarlos.

Finalmente la voluntad implica comprometerse a realizar las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades básicas, manteniendo la conducta durante el tiempo necesario y con la frecuencia e intensidad requeridas dicho de otra forma es el querer hacer, por lo tanto para identificar el área de dependencia, la falta de

¹³ Henderson. V. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: Mc Graw Hill/Interamericana; 1994, pág 21.

voluntad es asegurarse que la persona tome una decisión correcta y deseé ponerla en práctica durante el tiempo necesario con suficiente intensidad.

Los cuidados básicos derivan del concepto de necesidades básicas y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas, basadas en un juicio profesional razonado, dirigido a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía en aquellos aspectos que lo requiera, contribuyendo a desarrollar su fuerza, conocimiento o voluntad para que pueda satisfacerlas por si misma¹⁴.

- Independencia: Se define como el nivel óptimo de desarrollo de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo a su situación de vida actual.
- Dependencia: Se define como el desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en su situación de vida actual y en el futuro, por falta de fuerza, conocimiento o voluntad.
- Autonomía: Se trata de la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Henderson identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente, que van de una dependencia mayor a menor:

- a) La enfermera como sustituta del paciente, usado en los casos de pacientes muy graves, donde el rol de la enfermera es sustituir todo lo que paciente requiera para sentirse completo e independiente “La enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor por la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos de alguien que ha perdido la vista...”¹⁵ el papel de la enfermera disminuye a medida que progresa la rehabilitación de la persona.
- b) La enfermera como ayudante del paciente, durante las situaciones de convalecencia, la enfermera le ayuda al paciente a adquirir su independencia o a recuperarla. Se debe considerar las características del paciente y los estados patológicos que lo modifican.
- c) La enfermera como acompañante del paciente, los dos trabajan para conseguir un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila.

¹⁴ Luis, R. M.T, Fernandez, F. C, Navarro, G. M. V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2da ed. Barcelona: Masson; 2000, pág 38

¹⁵ Marriner, T. A, Raile, A. M, Op.cit. Pág 102

Otro objetivo fundamental para la enfermera es la promoción a la salud, considerando que es mejor enseñar a la población a desarrollar una vida más sana que preparar a terapeutas para que se atiendan enfermos.

También identificó la relación entre la enfermera y el médico, insistiendo en que ambos trabajos eran únicos y diferentes, ya que el plan de cuidados elaborado por la enfermera en conjunto con el paciente, deben asegurar que se consiga el plan terapéutico prescrito por el médico.

La enfermera como miembro del equipo sanitario en este enfatizó que todos los miembros colaboran los unos con los otros para llevar a cabo el programa completo de cuidados, sin intervenir en ámbitos que no sean de su competencia profesional.

Con la ayuda de este modelo de enfermería realizamos un plan de cuidados para el paciente jerarquizando las necesidades más afectadas, iniciando como sustitutos en aquellas necesidades que no pueden llevar a cabo por sí mismos, planeando y realizando una serie de intervenciones encaminadas a la independencia óptima de la persona o ajustarse a las limitaciones que presente y debe actualizarse de acuerdo a los progresos del paciente, pero siempre encaminado a lograr el plan prescrito por el médico.

4.4 Proceso atención de enfermería

Es una actividad organizada que permite el análisis de un caso sobre un individuo en particular con una etiología determinada, donde se crea un plan de cuidados individualizado con una serie de intervenciones jerarquizadas de acuerdo a los problemas reales y potenciales de la persona y es elaborado con la finalidad de obtener un resultado deseado para incrementar el bienestar de la persona.

El proceso enfermero constituye la base para la práctica profesional uniendo el mapa conceptual sobre los cuidados y la realidad con el servicio profesional, sirve a la enfermera como instrumento para evaluar de manera continúa la calidad del cuidado que presta y fortalecerlo en aquellas áreas que se requieran de acuerdo a las necesidades de la persona mejorando su desempeño.

4.4.1 Definición, objetivos, características del proceso de atención en enfermería

El objetivo del proceso de atención de enfermería es mantener el nivel óptimo de bienestar de la persona, proporcionando una calidad de vida tan elevada como sea posible.

Las características fundamentales del proceso son:

- ✓ Descubrir: el personal de enfermería adquiere información para prestar un mejor servicio al paciente
- ✓ Investiga: adquiere la información procedente del mayor número posible de fuentes para obtener datos acerca del paciente.
- ✓ Discrimina: De acuerdo a la evaluación del paciente se da prioridad a los problemas y necesidades de mayor importancia.
- ✓ Decide: la enfermera realiza una planeación sobre la asistencia al paciente.
- ✓ Actúa: Se realiza intervenciones de enfermería de acuerdo a lo planeado

4.4.2 Descripción de las etapas del proceso atención de enfermería

1. Valoración: es la primera etapa donde se revisa la situación real del paciente, en él se recogen los datos procedente de diversas fuentes con el fin de que sea más completa y exacta para evaluar el estado del paciente sobre los problemas de salud y factores de riesgo que puedan contribuir a éstos, también busca evidencias de los recursos con los que cuenta la persona.
Se evalúan las prioridades entre los datos, según las necesidades de la persona. Se hace hincapié en la construcción de una base sólida, de manera que favorezca la prestación de una atención individualizada de calidad.
- Los métodos empleados para la valoración se complementan y clarifican mutuamente, estos son entrevista, observación y exploración física.
 - Entrevista: el éxito de ella depende en gran medida de que englobe aspectos éticos, culturales, espirituales. La enfermera debe procurar establecer una relación de confianza y positiva, atendiendo las principales preocupaciones de la persona. Se debe presentar por nombre y cargo, preguntar si autoriza a brindar la información necesaria, dedicar el tiempo suficiente y la atención del paciente, ser un oyente empático sin interrumpir a la persona.

Ética	Cultura	Espiritualidad
<p>Actuar bajo los principios éticos:</p> <p>Autonomía la persona tiene derecho a tomar sus propias decisiones</p> <p>Beneficencia haciendo el bien, evitando el daño</p> <p>Justicia tratar a la persona con equidad Veracidad sobre los fines de la valoración</p> <p>Confidencialidad protegiendo la intimidad de la persona</p>	<p>Respetar las ideas culturales y religiosas; estar consciente de las tendencias físicas relacionadas con la cultura.</p>	<p>Los seres humanos sostienen una visión individual sobre el mundo y un poder supremo.</p> <p>Respetar sus ideas y sentimientos.</p>

Responsabilidad sobre las consecuencias de las acciones		
--	--	--

- La observación:
Se deben usar los sentidos
Fijarse en el aspecto general de la persona, arreglo, limpieza
Observar el lenguaje corporal, detectar si esta cómoda, nerviosa, agresiva, ver la interacción de la persona.
- La exploración física: debe ser minuciosa y sistemática.

Auscultación	Palpación	Percusión
Proporciona datos por medio del oído a través del estetoscopio.	Proporciona datos por medio del tacto o presión para corroborar dolor o las estructuras internas.	Consisten en golpear metódicamente con los dedos la región examinada y producir fenómenos acústicos

La fuente primaria es el mismo paciente del que se pueden obtener datos subjetivos sobre las percepciones y sensaciones personales, y objetivos con el fin de clasificarlos determinando cuales son los más relevantes y cuáles carecen de valor. Las fuentes secundarias son todos aquellos documentos a los que se pueda tener acceso actual y anterior vinculado con el paciente, también incluye familiares o personal médico, enfermeras. En esta fase se debe ir priorizando en cuanto al orden de la recogida de datos de acuerdo al modelo teórico a utilizar creando una base de datos organizados y exactos para facilitar la investigación. La valoración es un proceso continuo, se conjugan los datos básicos y los que se van presentando día tras día, como respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería.

- Validación: de la información adquirida ayuda a evitar errores en la identificación de los problemas.

Comparar los datos objetivos y subjetivos para saber si lo que la persona refiere es congruente con lo observado, puede compararse una unidad tomada previamente como la tensión arterial, temperatura, dextrostix.

- Organización de los datos: con ello se busca obtener una imagen clara del estado de salud del paciente, será más fácil discriminar los datos más importantes.
- Registro: anotar hallazgos significativos, para ejemplificar los datos de la hoja de enfermería

2. Diagnóstico: a partir de la recogida de datos y terminada la valoración podemos analizar e iniciar juicios acerca de la problemática de nuestro paciente, se apoya en datos objetivos y subjetivos, posibles de constatar con el paciente. El diagnóstico, se basa en el grado de dependencia o independencia, que tiene el paciente en cada una de las necesidades, según el resultado de la valoración

Con la construcción de los diagnósticos se constituye la base para establecer objetivos, determinando que será capaz de hacer la persona y planear intervenciones, quedando establecido como una función independiente propia del profesional de enfermería requiriéndose conocimientos previos para emitir juicios inteligentes.

Ahora se cuenta con una terminología avalada por NANDA¹⁶, cada una de las categorías diagnósticas consta de tres componentes:

- a) Título o etiqueta
- b) Características definitorias
- c) Factores etiológicos relacionados

para la elaboración de diagnósticos sobre los cuales destacan 3 grandes grupos, los diagnósticos reales que habla sobre las respuestas individuales que se presentan en el momento y deben ser atendidas, los diagnósticos de riesgo cuando el individuo presenta mayor probabilidad de desencadenar un problema y los diagnósticos de bienestar donde se busca elevar un nivel de bienestar del individuo, esta taxonomía aceptada internacionalmente, es una herramienta eficaz para que las enfermeras se hable un lenguaje común en la profesión.

El formato PES se ha utilizado por varios años, en el se identifica:

- a) Problema
- b) Causas o etiología
- c) Signos y síntomas

¹⁶ North American Nursing Diagnosis Association (1990) citado por García. G. M. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica enfermera. Celaya: Editorial progreso; 1997. Pág 15



3. Planificación: En esta etapa se elaboran estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o corregir las respuestas del paciente enfermo, son elaborados los objetivos y las intervenciones que realizara el personal de enfermería para ayudar a la persona. Esta fase comienza después de la formulación de los diagnósticos y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

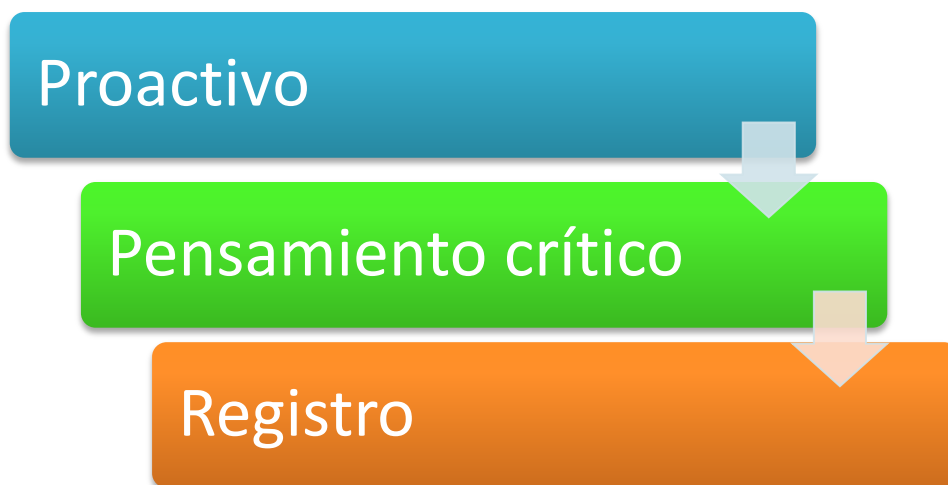
Se deben establecer las prioridades de acuerdo a los problemas diagnosticados, basado en el modelo teórico elegido y las características del propio paciente.

Se elaboraran objetivos a corto, mediano y largo plazo, refiriéndose estos dos últimos a prevenir futuras complicaciones y la educación sanitaria. Podremos medir el éxito de las intervenciones.

Se desarrollaran intervenciones de enfermería orientadas a conseguir los objetivos que se hayan establecido seguidos del registro del plan de cuidados



4. Ejecución: Se refiere a la realización del plan de cuidados de enfermería para alcanzar los objetivos, en esta etapa se llevan a cabo intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente. El profesional de enfermería es responsable del plan de cuidados que elaboró previamente, debe prestar el cuidado directo al paciente y delegar responsabilidades para estos cuidados al equipo de salud y familiares promoviendo que la familia participe en la recuperación de la persona. Llevar a cabo las intervenciones significa estar preparada, ejecutar las acciones, determinar la respuesta y realizar los cambios necesarios.



5. Evaluación: Es la última fase del proceso de atención de enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del paciente a las acciones planificadas, en esta fase los diagnósticos y los objetivos propuestos se utilizan como marco para saber que ha funcionado, que consecuencias a tenido, que cambios se derivaron de ellos. Es aquí donde nos hacemos esta serie de preguntas sobre si existe una resolución a los problemas de nuestro paciente, si el plan de cuidados era adecuado, que modificaciones pueden surgir, realmente es exacto nuestro diagnóstico¹⁷ y posibles intervenciones que se puedan incluir.

El proceso enfermero complementa a otras disciplinas al centrarse no solo en las cuestiones médicas, si no en las respuestas humanas, con el enfoque holístico se cerciora de que las intervenciones estén adaptadas a la persona y no a la enfermedad. Incluir el proceso en la práctica enfermera ayuda a formar el pensamiento crítico centrado en el cumplimiento de los objetivos, esta es una habilidad que solo se adquiere en la medida que sea practicada.

¹⁷Yura y Walsh. El método de intervención en enfermería: el proceso de enfermería. En: Hernández, C. J y Esteban, A. B. Fundamentos de enfermería, Teoría y método. Mc Graw Hill/interamericana, 1999, pág 127-139.

4.5 Embarazo en el adulto joven

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales

Adulto Joven

El enfoque de la psicología del desarrollo se ha centrado en la primera infancia y la niñez, sin embargo Erik Erikson ha postulado que el desarrollo es un proceso que dura toda la vida.

En comparación con del desarrollo del adolescente, el desarrollo del adulto es menos predecible y mucho más en función de las decisiones y circunstancias que se presentan, los cambios no ocurren en edades particulares.

Relaciones de pareja y paternidad

La primera etapa del ciclo vital familiar es la pareja, esta se afirma así misma como unidad emocional y económicamente independiente de sus familias de origen. La ceremonia de la boda es el rito que indica tradicionalmente el comienzo de la nueva familia. Cualquiera que sea el modo por el cual la pareja formalice la unión, todas las parejas deberán crear una relación duradera y susceptible de realizar los cometidos de los períodos posteriores; lograr el grado de identidad personal y la independencia emocional.

La culminación con éxito del proceso de individualización-separación de desarrollarse en la familia, es lo que hace posible la construcción lograda de una nueva familia. El matrimonio no es un comienzo sino una etapa del proceso multigeneracional¹⁸.

Casi todos los adultos establecen relaciones amorosas a largo plazo con otro adulto, creando un vínculo donde se establecen las bases para el compromiso y el matrimonio. Para la mayoría de los padres, amar y ser amados por sus hijos, es una fuente incomparable de satisfacción; sin embargo la llegada del primogénito es un momento decisivo en la relación de pareja, que requiere ajustarse a las nuevas obligaciones paternas, los hijos pequeños demandan mucho tiempo y energía, lo que podría desgastar el romance y la diversión de ambos padres, dejando poco tiempo que se dediquen uno al otro en fortalecer la relación de pareja. La paternidad puede afectar incluso en el desempeño profesional y las responsabilidades domésticas.

¹⁸ Dickason. E. Silverman. B. Schult. M. Enfermería materno-infantil. 2da ed. Mosby/Doyma: Nw York; 2005. Pág 102

El mundo laboral

Para muchos adultos el período posterior a los 20 años es crucial pues establecen los cimientos que les darán la forma de ingreso económico y el estatus ocupacional por el resto de su vida adulta, de acuerdo a sus logros educativos y la capacitación obtenida durante los años de transición desde la adolescencia y hasta la adultez.

Equilibrar las demandas laborales y la familia es un problema recurrente en la pareja, con un mayor impacto sobre todo en las mujeres. Aún cuando la esposa tenga un trabajo de tiempo completo fuera de casa, es probable que termine por encargarse mucho más de las labores domésticas y el cuidado de los niños.¹⁹

Cambios cognoscitivos

Las habilidades cognoscitivas, como el vocabulario y la memoria verbal, se incrementan de manera constante hasta la sexta década de la vida; mientras tanto otras habilidades como el conocimiento y la orientación espacial, alcanzan su punto máximo alrededor de los 40 años y disminuye paulatinamente al avanzar la edad.

Cambios de la personalidad

La salud psicológica por lo general se incrementa en la adultez en comparación con la adolescencia. Con la edad, hombre y mujeres suelen volverse menos egocéntricos y desarrollar mejores habilidades de afrontamiento, el adulto siente un compromiso y responsabilidad creciente con los demás, desarrolla nuevas formas de adaptarse y siente mayor comodidad en las relaciones interpersonales.

Un criterio de la adultez psicológica es la madurez, para Whitbourne y Weinstock 1979 “implica la capacidad para asumir responsabilidades, tomar decisiones lógicas, empatizar con los demás, enfrentar pequeñas frustraciones y aceptar el propio rol social”²⁰ Para Turner y Helms 1989 “una persona madura posee un sistema de valores bien desarrollado, un autoconcepto preciso, conducta emocional estable, relaciones sociales satisfactorias y evaluación realista de las metas futuras”²¹

¹⁹ Charles. M. Maisto. A. Introducción a la psicología. 12 va ed. Pearson Educacion. Michigan; 2005 pág 363

²⁰ Gross. R. Psicología. La ciencia de la mente y la conducta. 3ra Ed. El manual moderno. Londres; 1998. Pág 630

²¹ Ibidem

Anatomía y fisiología de la reproducción

La reproducción humana es un proceso complejo, el aparato reproductor femenino y masculino funcionan juntos para crear una nueva vida.

Aparato reproductor femenino

-Órganos externos

➤ Vulva

Los órganos reproductores externos son monte de Venus, labios mayores y menores, el clítoris, el introito vaginal y el perineo, en conjunto estas estructuras constituyen la vulva.

➤ Labios mayores y menores

Los labios mayores son dos pliegues de tejido adiposo que forman los límites laterales de la vulva, cubiertos de piel y vello púbico. Son análogos al escroto en el varón. Los labios menores son pliegues suaves de piel rica en glándulas sebáceas, están compuestos de tejido conectivo eréctil, vasos sanguíneos y músculos involuntarios.

➤ Monte de Venus

El monte de venus está constituido por la sínfisis del pubis. Tiene la forma de un triángulo invertido, cuenta con tejido adiposo bajo la piel y a partir de la pubertad se cubre de vello fino.

➤ Clítoris

Es una estructura pequeña y sensible, compuesto de tejido eréctil, con terminaciones nerviosas y vasos sanguíneos. Su función primordial es proporcionar placer a la mujer, secreta esmegma que estimula sexualmente al varón. Se encuentra parcialmente escondido en el extremo superior de los labios.

➤ Vestíbulo

Es una depresión en forma de barco, cerrada por los labios menores. Contiene el introito vaginal donde se encuentra el himen. En el vestíbulo se encuentra las aberturas de cinco estructuras que desembocan en el: el meato urinario, los dos conductos de Skane y las glándulas de Bartholin, ellas cumplen la función de lubricar la vagina durante la excitación sexual.

➤ Perineo

Es la región del área genital que se encuentra entre la vagina y el ano. Dada su localización, desempeña una función importante durante el proceso del parto pues esta compuesta de músculos elevadores, perianales profundos y genitales externos, que mantienen los órganos pélvicos. Con frecuencia se realiza la episiotomía durante el parto.

➤ Mamas

Glándulas mamarias se consideran dentro de la función de procreación por la producción de leche para el recién nacido. El pezón se encuentra en el centro de las mamas está rodeada por una areola pigmentada en esta se encuentran los túberculos de Montgomery, son glándulas sebáceas que lubrican y protegen las mamas durante la lactancia. A partir del pezón se forman ramificaciones denominadas lóbulos, de cada uno de estos salen 30 lobulillos que a su vez se dividen en alveolos, recubiertos de minúsculas células secretoras llamadas ácinos, que segrega diversos componentes de la leche. Durante el embarazo, la placenta produce grandes cantidades de estrógenos y progesterona que inhibe la secreción de leche. Después de la expulsión de la placenta, hay un súbito descenso de los niveles de estas hormonas, por lo tanto se permite la liberación de la prolactina por la hipófisis anterior, cuando el lactante succiona el pezón. La succión también produce que en la hipófisis posterior libere oxitocina que estimula la contracción de las células mioepiteliales y se secrete leche.

-Órganos internos

➤ Vagina

Es un conducto de forma curva que va desde el útero hasta los órganos genitales externos. Descansa entre la vejiga y el recto. Esta formada de tejido conjuntivo y muscular y forrado por una membrana mucosa con múltiples rugosidades.

La vagina realiza 3 funciones importantes:

- 1) Es el conducto excretor del útero a través del cual se elimina el flujo menstrual
- 2) Es el órgano femenino de la copulación
- 3) Forma parte del conducto donde se expulsa el feto.

➤ Útero

Órgano muscular hueco ubicado en la cavidad pélvica ligeramente inclinada sobre la vejiga, tiene forma de pera invertida y se encuentra recubierto por una mucosa llamada endometrio, cumple la función importante del ciclo menstrual y si llega a fecundarse alberga al embrión y feto durante el período de la gestación. Después de la gestación, retorna casi por completo a su tamaño y forma original.

El útero está formado por tres capas 1) el perimetrio o capa serosa externa, que tienen continuidad con el peritoneo y ayuda a sostener el útero, 2) el miometrio o capa media, es gruesa y está formada por fibras musculares que generan contracciones durante el trabajo de parto para expulsar al feto y 3) el endometrio o la capa más íntima, es una membrana mucosa. El cérvix está situado después de la vagina, es elástico y actúa como agente bacteriostático.

➤ Trompas de Falopio

Son estructuras musculares de pequeño calibre, situadas a cada lado de la porción superior del útero; transportan al óvulo maduro durante la ovulación, permite el paso de los espermatozoides que buscan al óvulo en el tercio externo de las trompas y conducen al óvulo fecundado hacia la cavidad uterina a través de cilios.

➤ Ovarios

Son dos órganos pequeños, del tamaño de una almendra, localizados en la parte superior de la cavidad pélvica a cada lado del útero. Tienen dos funciones principales: desarrollo y expulsión del óvulo y la secreción de hormonas. Al nacer, la mujer cuenta ya con 1 millón de óvulos, pero en la pubertad, el número aproximado es de 400 000. Durante la época reproductiva, los ovarios funcionan en forma paralela al útero. Una vez al mes, un óvulo madura, en el folículo de Graaf, produce un aumento en la cantidad de estrógenos que favorece la ovulación. Este óvulo se rompe y se expulsa. Suele ocurrir en promedio cada catorce días antes de iniciar el siguiente ciclo menstrual. Después de la ovulación, las células del folículo roto crecen y forman el cuerpo lúteo, lo que produce estrógenos y progesterona iniciando así la segunda fase de la etapa del ciclo menstrual. La progesterona prepara el revestimiento del útero para la gestación.

Pelvis ósea

Es el anillo óseo interpuesto entre el tronco y las extremidades inferiores. Está formada por 3 huesos ilíaco, sacro y cóccix, dos huesos iliacos fusionado de ilios, isquion y pubis que forman los lados y el frente unidos por fibrocartílago de la sínfisis del pubis y el sacro y cóccix que forman la parte posterior.

Está dividida en dos partes:

- a) Pelvis mayor o falsa se encuentra arriba de la línea imaginaria llamada cresta pectínea, su función es sostener el útero aumentado de tamaño
- b) Pelvis verdadera o menor se encuentra debajo de la cresta pectínea, es el conducto ósea por el cuál debe pasar el producto durante el parto. A su vez se divide en tres partes: estrecho superior, estrecho medio y estrecho inferior.

-Estrecho superior:

Límite superior de la pelvis verdadera, delimitada por el borde superior de la sínfisis del pubis al frente, la cresta pectínea a los lados y el promontorio del sacro por detrás.

El diámetro menor es el anteroposterior es el más importante, se mide la distancia del borde inferior de la sínfisis del pubis al promontorio del sacro, aproximadamente es 11 cm

El diámetro mayor es el transversal con 12.5 cm

El diámetro oblicuo de 12 cm

-Estrecho medio

Lo forman 4 paredes, pared anterior del sacro y cóccix, pared posterior sínfisis del pubis y pared lateral debajo de las espinas ciáticas. Los diámetros no pueden medirse clínicamente.

-Estrecho inferior o de salida

Límite inferior de la pelvis verdadera.

Delimitado en la parte inferior de la sínfisis del pubis, la punta del cóccix y las tuberosidades isquiáticas

Clínicamente el diámetro más importante es la distancia entre las tuberosidades aproximadamente 9 cm.

Tipos de pelvis:

- ✦ Ginecoide: pelvis femenina, forma redondeada
- ✦ Androide: pelvis masculina, forma de corazón
- ✦ Antropoide: acentúa su eje anteroposterior
- ✦ Platipeloide: acentúa su eje transverso

Ciclo menstrual

La vida reproductiva de la mujer comienza con la menarquia durante la pubertad y termina con el climaterio donde se produce la menopausia. Ocurren cambios cíclicos simultáneos en el ovario y el endometrio.

Ciclo endometrial o menstrual: duración promedio 28-34 días

- 1) Proliferativa (día 5 – 14) nivel de estrógenos alto, el endometrio se espesa.
- 2) Secretora (día 15 – 28) el estradiol cae, aumenta nivel de progesterona, incrementa la vascularización uterina y el glucógeno en los tejidos.
- 3) Menstrual se desprende el endometrio y al ocurrir la disminución de la concentración hormonal aparece el sangrado menstrual, ocurre periódicamente cada 28-32 días y consiste en la expulsión de fragmentos del endometrio.

Ciclo ovárico

- 1) Fase folicular: Los estrógenos hacen que se segregue a nivel hipofisario LH provocando la ruptura del folículo.
- 2) Ovulación: con la ruptura del folículo sale del ovario al tercio externo de la trompa.
- 3) Fase lútea: Si no hay fecundación se produce regresión del mismo y se forma una cicatriz, el corpus albicans, si hay fecundación se forma un cuerpo lúteo gravídico que produce progesterona

El embarazo

El período de duración del embarazo se calcula de acuerdo con el tiempo biológico, se utilizan los ciclos lunares de 28 días; 9 meses según el calendario gregoriano, 40 semanas o 280 días, con una desviación estándar de 14 días. La dotación genética que guía la morfogenésis y el funcionamiento de un individuo ésta contenida dentro del óvulo fecundado por el espermatozoide.

Las etapas del embarazo tienen períodos designados trimestres durante los cuales ocurre crecimiento fetal y cambios maternos.

El embarazo ejerce un efecto de sobrecarga biológica, psicológica y social sobre la gestante, pues debe adaptarse a diversos procesos de adaptación que abarcan a todas las áreas que integran su persona.

Los cambios estructurales y funcionales que experimenta el organismo materno durante el período de gestación son en realidad una respuesta adaptativa del organismo frente a un estímulo, representado por la sobrecarga gravídica. La variación del efecto se refleja en cada mujer embarazada de acuerdo a su respuesta de adaptación de su organismo, cada una expresara un nivel diferente de bienestar, incluso, en diferentes embarazos de una misma mujer.

Cambios psicosociales durante el embarazo

En 1960 Deustch²² propuso el concepto de embarazo como factor estresante a través de dos efectos psicológicos:

- El desafío – constituido por una crisis durante el embarazo a lo largo de los trimestres.

Primer trimestre: Se debe asumir el nuevo estado, tomando decisiones críticas de aceptación o rechazo, este período es conocido como de impregnación.

Segundo trimestre: En esta fase, la mujer incorpora al feto en su propio esquema corporal, con la percepción de los movimientos fetales.

Tercer trimestre: En él, debe asumirse la separación de la unidad feto-maternal, percibiendo al feto como un ser independiente.

- La amenaza – expresada a través de temores conscientes e inconscientes

²² Deustch citado por Donat Colomer en Donat. C. F. Enfermería maternal y ginecológica. Masson. Barcelona; 2001. Pág 156

Contra la madre: se incluyen todas las inseguridades tanto físicas como psíquicas, incluye el miedo a la muerte, al dolor o las complicaciones.

Contra el hijo: Los frecuentes miedos de las embarazadas al aborto, la deformidad física, el retraso mental, el crecimiento y desarrollo anormales.

Para Rubin²³ requiere una serie de operaciones cognoscitivas:

- 1) Mímica: la mujer comienza observando y modelando su conducta según otras embarazadas.
- 2) Desempeño de la función: la mujer adopta una actitud de madre, mece al niño para dormir, prepara los biberones.
- 3) Ajusta la función: tiene percepciones sobre como será su participación como madre y las compara con sus expectativas.
- 4) Aflicción: la mujer experimenta una sensación de pérdida de su antiguo yo y se prepara para su nueva función de madre.

Igual que su pareja el futuro padre debe llevar el cambio psicológico desde el concepto de sí mismo como hombre sin hijos al de hombre con un hijo. La facilidad con la que sea capaz de realizarlo depende de su buena disposición hacia el embarazo.

Antle-May 1982²⁴ afirmó que una buena disposición esta relacionada con la sensación en el hombre de seguridad económica, estabilidad en la relación de pareja y la voluntad de terminar el período sin hijos. Una vez confirmado el embarazo la pareja se lo comunica a gente muy allegada durante la fase de publicidad. Después de este período, muchos hombres se apartan psicológicamente, la aceptación del padre puede retrasarse con respecto a la madre, el puede ocuparse de otras cosas olvidando así el embarazo, esta es la llamada fase de evitación de la aceptación y la tercera fase, es donde el varón se concentra sobre el embarazo y esta desencadenada por la realidad física del hijo, comienza a dibujarse como padre a través de la imaginación. Comienza a verse a así mismo recordando como fue tratado por sus padres. Busca amistades que tengas hijos.

La pareja debe establecer un compromiso de mutuo acuerdo donde se desarrolle el grado de implicación que tendrá en el parto y con los cuidados del

²³ Rubin, (1999) citado por Nettina. S. Enfermería práctica de Lippincott Volumen II. 6ta ed. Mc Graw Hill; 1999. Pág 977

²⁴ Antle-May (1982) citado por Dickason. E. Op. Cit. Pág 142

neonato, antes del nacimiento ya que las expectativas no cumplidas pueden generar rechazo.

Cambios en las relaciones sexuales durante el embarazo

La pareja puede manifestar inquietudes acerca de la sexualidad durante este período. Algunas mujeres reaccionan positivamente ante su nueva imagen corporal, otras experimentan un sentimiento de realización personal o inclusive se sienten más atractivas que antes, para estas mujeres puede existir un interés intensificado en la actividad sexual. En contra parte algunas mujeres se sienten menos deseables o desagradables a causa de las molestias propias del embarazo. La mayoría de las mujeres señalan una mayor necesidad de ser cuidadas.

Aunque muchos hombres no experimentan un cambio significativo en sus deseos sexuales sin embargo algunos sienten mayor cercanía con su pareja, intimidad y erotismo. Es muy común que expresen miedos sobre dañar a la mujer o al feto durante el coito. Desafortunadamente los hombres pueden abstenerse o buscar un escape sexual ajeno a la pareja.

Existen cambios durante las fases del ciclo de la respuesta sexual, Muller²⁵ las clasifica así:

- Deseo: Los cambios en la imagen corporal pueden aumentar o disminuir el interés sexual. Una mujer puede estar más tensa o más relajada. Si ella se siente contenta con la imagen corporal que tiene, estará más deseosa de mantener encuentros íntimos con regularidad.
- Excitación: Está fase conlleva la congestión vascular de los tejidos vaginales, el ensanchamiento de los labios, la erección del clítoris, se ve aumentada la lubricación aumentando la respuesta. Los senos, ya agrandados pueden ser más sensibles, se produce erección de los pezones.
- Meseta y orgasmo: Debido al aumento de la ingurgitación venosa y la tensión muscular, la mujer puede alcanzar con mayor facilidad el orgasmo e incluso puede tener varios durante la actividad sexual.
- Resolución: El período de descenso de la ingurgitación disminuye lentamente y le será más difícil relajarse.

²⁵ Muller (1985) citado por Dickason. E. Op. Cit. Pág 145

Cambios emocionales durante el embarazo

La futura madre siente curiosidad y preocupación acerca de los cambios futuros, aunque la mujer haya elegido quedar embarazada, existe siempre una ambivalencia hasta que la idea de estar embarazada es real.

Durante el embarazo se presentan variaciones en el estado anímico como depresión mental temporal, inestabilidad emocional con crisis de llanto sin razón aparente o irritabilidad. Durante este período es común el cansancio físico y mental, la somnolencia y la fatiga. Durante el primer trimestre del embarazo se observa náuseas, con presencia o no de vómito y ceden en forma espontánea al término del primer trimestre. Ocasionalmente las mujeres embarazadas tienen deseos intensos de platillos exóticos o no comestibles (pica).

Cambios fisiológicos

La mujer embarazada se diferencia de aquella que no lo está, se producen cambios importantes en la marcha y la postura. El peso promedio que debe incrementar durante el período de gestación una mujer es de aproximadamente 10- 12 kg, esto es debido al peso total del feto, la placenta, el líquido amniótico, el crecimiento de las mamas y el útero²⁶.

Órgano	Semana 40
Útero	1000 gr
Mamas	500 gr
Feto	3 400 gr
Placenta	650 gr
Líquido amniótico y tejidos	1500 gr + 3 000 gr
Total	10 500 gr

Son importantes los hábitos dietéticos apropiados que tengan al menos un gramo de proteínas por cada kilogramo de peso corporal de la madre, como requerimiento mínimo diario y 500 mg de hierro para las necesidades eritrocitarias de ambos.²⁷

Una vez confirmado el diagnóstico del embarazo es posible determinar la fecha probable de parto con la regla matemática del tocólogo alemán Nägele que

²⁶ Torrens. M. Martínez. C. Enfermería de la mujer. Difusión avances de enfermería: Madrid; 2001. Pág 210

²⁷ Smith. D. Bierman. E. Las edades biológicas del hombre desde la concepción hasta la edad avanzada. Interamericana. Philadelphia; 1975. Pág 52

aproximó desde el primer día del último período menstrual, se le añade 7 días y se le restan tres meses, finalmente se le suma un año. Esta regla es bastante precisa en mujeres con ciclos regulares de 28 días que no tomen anticonceptivos orales.

Otro método usado para determinar la edad gestacional es utilizando la regla de McDonald, está consisten en medir la altura del fondo uterino en centímetros desde la sínfisis del pubis y hasta la parte superior del fondo uterino, que será igual al número de semanas de edad gestacional, es útil durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.²⁸

En la actualidad se utiliza cada vez más la ecografía, determinado por los parámetros morfológicos fetales y su evaluación periódica calculando un alto grado de fiabilidad.

Primer trimestre del embarazo

En las primeras semanas, el diagnóstico del embarazo se basa en una serie de síntomas que la mujer percibe, que puede ser descartado o afirmado a través del interrogatorio y la exploración física; sin embargo, la confirmación absoluta solo se obtiene cuando es detectada la presencia fetal.

➤ Signos de sospecha o presunción:

Amenorrea	Mayor a 10 días
Modificación mamaria	Tensión, hipersensibilidad y dolor mamario Red venosa de Haller visible Aumento de tamaño por tubérculos de Montgomery
Hiperpigmentación cutánea	Cloasma gravídico Oscurecimiento del pezón y areola Línea alba o Nigris
Náuseas y vómitos	De predominio matutino y fundamentalmente durante el primer trimestre, desapareciendo espontáneamente después de la semana 12, al crecer el útero desplaza el estómago y el intestino
Modificación del gusto y olfato	Apetece alimentos o productos que normalmente rechazaría o por el contrario, rechaza hasta la náusea sabores o aromas generalmente apetecidos.
Fatiga	Somnolencia Cansancio Agotamiento ante tareas nos excesivas

²⁸ Domat, C. F. Op.cit. Pág 151

Alteración psicoemotiva	Incremento en el nivel de ansiedad Labilidad afectiva Irritabilidad Alteraciones del sueño
Trastornos urinarios	Efecto compresivo del útero gestante sobre la vejiga urinaria junto con la acción miorelajante de las hormonas gravídicas aumentan la frecuencia miccional.

➤ Signos de probabilidad

Aumento del tamaño abdominal	Relacionado a la forma y posición del útero
Cambios en el cuello útero	Signo de Chadwick - recubrimiento vaginal profundo de coloración rojo-purpúrea Signo de Goodell- reblandecimiento del cuello uterino Signo de Hegar – reblandecimiento del istmo y mayor flexibilidad
Contracciones	Braxton-Hicks o contracciones uterinas falsas que provocan mínimo dolor y son irregulares.
Detección de la hormona gonadotropina coriónica humana HCG	Prueba en orina o sanguínea Cabe recordar las posibilidades de que se produzcan falsos negativos

➤ Signos de certeza

Precepción de movimientos fetales	Entre la semana 16 y 18 comienzan a ser perceptibles los movimientos suaves que se intensifican con el tiempo
Auscultación de latido cardíaco fetal	Evaluated con el estetoscopio Pinard o a través de un sistema Doppler, este latido oscila entre 120 y 140 latidos por minuto.
Visualización de las partes fetales	Exploración ultrasónica Exploración radiológica está contraindicada

Segundo trimestre del embarazo

Este período abarca el desarrollo fetal que va de la semana 14 a la 25, puede haber eyección de calostro. Es común que se presente mareo y vértigo debido al aumento de progesterona y a la relajación de los vasos con acumulación de sangre en las extremidades inferiores.

Circulación útero-placentaria	El gasto cardíaco materno se incrementa un 30-50%, dicho aporte es proporcionado por arterias uterinas y ováricas
Modificación mamaria	Preparación para la lactancia con la maduración funcional de las células alveolares mamarias, la progesterona bloquea la acción de la prolactina, pero en el cuarto mes puede haber secreción de calostro. Estrías rojizas debido al aumento
Modificación cardiovascular	Hipotensión ortostática se recomienda evitar decúbito supino por compresión de vena cava, se sugiere decúbito lateral. Varices causadas por dilatación del sistema venoso superficial, predomina en miembros inferiores Edema secundario a insuficiencia venosa. Disnea
Modificación respiratoria	Congestión nasal y epistaxis ya que el estímulo estrogénico por hiperémesis nasal
Modificación gastrointestinal	Sangrado de encías, ya que se encuentran hiperémicas e hipertróficas. Pirois, el útero al crecer desplaza el estómago e intestino Pirois con el desplazamiento y altos niveles de progesterona producen la disminución de la motilidad intestinal, favoreciendo el reflujo gastroesofágico y el estreñimiento.
Modificaciones endocrinas	Hiperhidrosis debido al aumento del gasto cardíaco aunado al incremento del metabolismo basal, condiciona aumento en la producción de sudor para regular la temperatura.

Tercer trimestre

Inicia después de la semana 24 y prosigue hasta el nacimiento del feto. La presión arterial se estabiliza, el vértigo llega a su máximo esplendor alrededor de la semana 32. Los problemas relacionados con la presión del feto en crecimiento, los cambios hormonales, los cambios vasculares y gastrointestinales se intensifican durante el último trimestre.

Modificaciones musculo-esqueléticas	Lordosis lumbar Calambres nocturnos
--	--

4.5.2 Desarrollo embrionario

Con la unión del espermatozoide y el óvulo ocurre un proceso que se denomina fecundación, esto ocurre en el tercio exterior de la trompa de Falopio. El cigoto desciende por la trompa hasta el útero, donde la temperatura es óptima para su desarrollo, es aquí donde se implanta aproximadamente 7 días después de la fecundación.

Después pasa a ser un blastocito del que comienzan a surgir unas prolongaciones digitiformes, denominadas vellosidades coriónicas, que ayudan al proceso de implantación en el endometrio. Estas vellosidades producen gonadotropina coriónica humana HGC, cuya función inicial es dar la señal al cuerpo lúteo en el ovario para que esté continúe con la producción de estrógenos y progesterona, impidiendo la menstruación y una nueva ovulación²⁹.

La placenta

Muy pronto se desarrolla un sistema de nutrición y eliminación de desechos a través de la pared uterina, es un órgano intermediario especial llamado placenta. Se forma con una parte de las vellosidades coriónicas que son extendidas desde el blastocito; se fija a la pared uterina y es productora de estrógenos, progesterona, gonadotropina coriónica humana y enzimas que participan durante el embarazo.

En ella ocurre el transporte de la sangre oxigenada y rica en alimento para el desarrollo fetal; además por medio de la osmosis, las hormonas y anticuerpos, atraviesan la unión placentaria al feto por el cordón umbilical. De igual manera la placenta elimina los productos de desecho, permitiendo que el bióxido de carbono pase de la circulación fetal a la materna.

La sangre fluye de la placenta al feto por medio de la vena umbilical y las dos arterias, transportan los desechos a la placenta.

²⁹ Ingalls.J. Salerno. C. Enfermería materno-infantil y pediátrica. 6ta ed. California: Noriega editores; 1991. Pág 57

Líquido amniótico

Al desarrollarse el embrión, las vellosidades coriónicas que no forman la placenta se desprenden de la cubierta esférica, dejando un saco transparente constituido por dos capas membranosas llamadas corión y amnios, el amnios es conocido como líquido amniótico, en el que el feto flota, posee múltiples beneficios para el producto a) regula la temperatura ambiental del feto, b) lo protege de traumatismos, c) lo protege contra infecciones al no haber salida, se conservan intactas hasta el inicio del trabajo del parto.

El feto

a) Primer mes lunar- Desde la fertilización y hasta 2 semanas del crecimiento embrionario

b) Segundo mes lunar- 3 a 6 semanas crecimiento embrionario

Al término de la semana 6 se distinguen los brotes de brazos y piernas, se forman los pulmones y el intestino, el tubo neural, formador por el encéfalo y la médula espinal, se cierra en la cuarta semana. Comienza a funcionar el sistema cardiovascular primitivo.

c) Tercer mes lunar – 7 a 10 semanas crecimiento embrionario

A partir de las 8 semanas de desarrollo, tiene alrededor de tres centímetros de longitud, todos los sistemas ya están formados e inclusive comienza la calcificación del esqueleto, se forman las cuatro cámaras del corazón.

d) Cuarto mes lunar- 11 a 14 semanas crecimiento embrionario

A las 12 semanas se puede distinguir claramente el sexo del producto, se rompe la membrana anal, el feto es muy susceptible a sufrir malformaciones por agentes teratogénicos durante el primer trimestre, ya sea por ingestión de fármacos o radiaciones, ya que los órganos básicos y sistemas principales han terminado de formarse. El riñón rudimentario comienza a secretar orina.

e) Quinto mes lunar- 15 a 18 semanas crecimiento embrionario

A las 16 semanas el feto a aumentado de tamaño considerablemente. Tiene ya 19 cm de longitud y pesa alrededor de 100 gr, el útero ha comenzado a expandirse y puede ser evidente el embarazo el paladar duro y el tabique nasal se fusionan, los párpados permanecen sellados..

A la semana 18 la mujer experimenta la sensación de movimiento que son referidas como “pataditas”, los pies y las manos son extendidas por el feto. Hay

meconio en el intestino. El feto hace movimientos de aspiración y deglute líquido amniótico. En una radiografía puede verse la opacificación del esqueleto.

f) Sexto mes lunar – 19 a 22 semanas crecimiento embrionario

A la semana 20 el feto tiene aproximadamente 22 cm de longitud y un peso de 300 gramos. Puede ser escuchado el latido cardiaco fetal con el estetoscopio de Pinard. La piel está cubierta por vérmix caseosa, se encuentra rugosa y rojiza. Los pezones de las mamas son visibles.

g) Séptimo mes lunar- 23 a 26 semanas desarrollo embrionario

Al término de la semana 26 mide 25 cm y pesa 1000 gr de coronilla a rabadilla. Aparecen las uñas, los ojos se encuentran parcialmente abiertos y con pestañas. Comienzan a formarse los alvéolos primitivos.

h) Octavo mes lunar- 27 a 30 semanas desarrollo embrionario

Durante la semana 30 mide aproximadamente 28 cm y pesa 1700 gr, tiene los ojos abiertos, comienza a desaparecer el lanugo, los dedos de los pies ya tienen uñas, los testículos comienzan a descender al saco escrotal.

i) Noveno mes lunar- 31 a 34 semanas desarrollo embrionario

En la semana 34 mide 32 cm y pesa 2500 gr, las uñas de las manos llegan a la punta de los dedos, la piel es rosada y lisa y los testículos se encuentran en el saco escrotal.

j) Décimo mes lunar- 35 a 38 o término

Al término de la semana 38 mide 36 cm pesa 3400 gr, tiene abundante grasa subcutánea, tiene vérmix caseosa en la espalda y sus mamas firmes.

Circulación fetal

La vena umbilical se extiende la placenta al feto, entra al cuerpo por el ombligo, ramificándose a través del hígado para unirse finalmente a la vena cava inferior.

La sangre ricamente oxigenada se mezcla con la sangre desoxigenada que fluye de las extremidades inferiores, la cavidad abdominal hacia el corazón. La sangre entra al corazón por la aurícula derecha, pero como la circulación pulmonar es innecesaria para la oxigenación, pasando directamente a la aurícula izquierda a través del agujero oval; después sigue el patrón normal de circulación; aurícula izquierda - ventrículo izquierdo- aorta.

La sangre que entra a la aurícula derecha desde la vena cava superior es la encargada de drenar la cabeza y los miembros superiores, fluyen en su mayor parte al ventrículo derecho pasando por el conducto arterioso.

El flujo sanguíneo que desciende por la aorta es conducido por las arterias ilíacas a las hipogástricas, las cuales se unen con las arterias umbilicales.

La circulación pulmonar se establece en un tiempo relativamente corto después del nacimiento, posterior al parto el cordón umbilical se corta y se ocluye con pinzas; debido al cambio de presión torácica iniciada con la expansión postnatal de los pulmones, el agujero oval comienza a cerrarse y el conducto arterioso se colapsa.

El control prenatal

El control prenatal es una serie de medidas orientadas al desarrollo y crecimiento óptimo del feto de acuerdo a la etapa del embarazo que se encuentre, es una serie periódica de consultas donde se hace una minuciosa revisión, sobre el incremento de peso, la medida del fondo uterino, la frecuencia cardíaca fetal, la alimentación de la mujer embarazada, los suplementos vitamínicos, los datos de alarma durante el embarazo, la ropa que puede utilizar para sentirse más cómoda, técnicas de relajación, aromaterapia, musicoterapia, respiración y el fortalecimiento de los músculos perianales. Se abordan temas del parto y el puerperio, orienta sobre los métodos de planificación familiar que sean seguros para el neonato durante la lactancia, los cuidados al recién nacido. Técnicas de lactancia materna, crecimiento y desarrollo del niño sano, esquema de vacunación.

V. DESARROLLO DEL PROCESO

5.1 Presentación del caso

Ficha de identificación

María G. P, femenino de 24 años de edad cronológica igual a la aparente, nació el 03 Junio 1989, última de tres hijos, originaria y residente del DF, Licenciada en Diseño Gráfico, casada, desempleada, católica, grupo y Rh O+ la BH reporta hemoglobina de 12.2. Cursando embarazo de 24 SDG. Persona responsable cónyuge Irving J.Z de 25 años, comerciante.

1. Oxigenación

Narinas permeables, tórax simétrico a la inspiración y expiración, campos pulmonares ventilados, ruidos cardíacos rítmicos adecuada intensidad, llenado capilar distal 3", coloración rosada. Refiere consumo de tabaco regularmente antes del embarazo, desde los 18 años. No presenta datos de dificultad respiratoria

2. Alimentación

Refiere realizar 3 comidas al día, la mayor parte del tiempo sola, solo durante la cena se encuentra acompañada; bebe un litro y medio de agua simple y una lata de 335 ml de refresco por día. Refiere un aumento significativo del mes pasado de 2 500 gr, antes del embarazo su peso era de 55 kg, actualmente 65 kg, la ganancia de peso total hasta este día es de casi el total que debió ganar durante todo el embarazo. Refiere por prescripción médica tomar ácido fólico, sulfato ferroso y complejo B desde el segundo mes del embarazo.

3. Eliminación

Fosas renales sin datos de compromiso, Giordanos negativos, genitales de acuerdo a la edad, al tacto vaginal cérvix posterior, formado, sin pérdidas transvaginales, secreción transparente, escasa, inolora. Orina amarilla clara, inolora, refiere poliuria y nicturia desde el final del primer trimestre, heces formadas, color café, refiere disminución en el número de evacuaciones en un día a solo una por las mañanas o cada tercer día, acompañado de esfuerzo, refiere que antes del embarazo evacuaba 2 veces por día.

Menarca a los 13 años, ritmo de 32x7

4. Movimiento y postura

No presenta problemas para la marcha, movimientos lentos, resistencia articular, reflejos normales, para adoptar la bipedestación después del descanso en fowler se le dificulta incorporarse, refiere dolor en región lumbar.

5. Sueño y descanso

Refiere descansar durante la noche, duerme aproximadamente 9 horas por día corridas, No presenta ojeras, ni boztezo, muestra interés y concentración. Refiere sentirse cómoda en ambientes oscuros para conciliar el sueño y dormir con pijama ligera.

6. Vestirse y desvestirse

Características de la ropa de acuerdo a su género y edad, viste ropa de colores vivos, holgada, unos jeans de maternidad, zapatos deportivos, uso de pulseras y medalla religiosa, limpieza y aliño del cabello, maquillaje discreto, uso de lentes y aretes pequeños.

7. Temperatura corporal

Al momento de la valoración presenta una temperatura de 36.4 °C.

8. Higiene

Refiere baño, lavado de cabello y cambio de ropa diario, cepillado dental 2 veces en la mañana y por la noche, sin uso de hilo dental, no presenta sangrado por encías, dentición completa sin datos de caries activa, refiere la última visita al odontólogo hace 5 meses. Uñas de manos cortas y pintadas de color perla, uñas de los pies cortas y sin esmalte, refiere cortarse las uñas aproximadamente cada 15 días.

9. Evitar peligros del entorno

Usa las medidas de seguridad dentro y fuera de casa, uso de pasamanos, puentes peatonales, cinturón de seguridad, refiere que no se aplicó la vacuna Td, refiere ser alérgica a la penicilina y las sulfas. Prueba de TORCH, VDRL y ELISA negativos, papanicolau negativo

10. Comunicación

Muestra una actitud positiva, alegre, realista, sonrío a menudo, muestra amabilidad, lenguaje verbal coherente, no presenta cambios en el nivel de voz, mantiene una plática amena

11. Practicar una religión

Usa una medalla religiosa, en las paredes de su casa hay imágenes religiosas, expresa no ir con mucha regularidad a la iglesia, pero afirma que sí cree en un ser supremo.

12. Trabajo y realización

Refiere sentirse satisfecha hoy con los trabajos eventuales que ha tenido, pues le da tiempo para organizar los preparativos de la llegada de su hijo. Le gusta realizar trabajos manuales.

13. Participar en actividades recreativas

Participa en actividades recreativas de acuerdo a su edad, frecuenta amigos, juntos van al cine, de compras, a comer, a fiestas, se considera tolerante ante el estrés.

14. Aprender y descubrir

Expresa congruencia con lo expresado y las acciones realizadas, se permite investigar por ella cuestiones que le interesan, y le competen en su profesión. Conoce datos de alerta durante el período de gestación.

5.2 Análisis de la valoración

Necesidades	Satisfechas	Insatisfechas		Dependiente	
		Real	Potencial	Totalmente	Parcialmente
1. Oxigenación			★	★	
2. Beber y comer adecuadamente		★			★
3. Eliminación de los desechos corporales		★			★
4. Moverse y mantener una posición adecuada		★		★	
5. Dormir y descansar	★				
6. Vestirse y desvestirse	★				
7. Mantener una temperatura corporal normal	★				
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	★				
9. Evitar los peligros del entorno			★		★
10. Comunicarse con otras personas	★				
11. Practicar una religión	★				
12. Ocuparse de una forma que se sienta útil	★				
13. Participar en actividades recreativas	★				
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad	★				

5.3 Desarrollo de etapas

1. Desequilibrio nutricional relacionado con ingesta superior a las necesidades nutrimentales manifestada por incremento de peso corporal de 10 kg durante 24 semanas de gestación.

- Causa de dificultad: Falta de conocimiento y voluntad
- Grado de independencia: Parcialmente dependiente

Objetivo: Concientizar a la paciente sobre los riesgos que derivan del sobrepeso en el embarazo tanto a ella como al feto y desarrollar un plan nutricional adecuado a sus necesidades nutricionales.

Planeación de la intervención	Fundamentación teórica
Orientar a la paciente para identificar los factores ambientales que contribuyen a los malos hábitos alimenticios como comer de más o alimentos chatarra.	<p>Si el paciente identifica los factores externos puede aumentar su motivación interna para sobreponerse a ellos.</p> <p>La alimentación muchas veces depende el estado de ánimo de la persona</p> <p>A los productos chatarra o superfluos por su casi nulo contenido de nutrientes esenciales, se caracterizan por su alto contenido de azúcares simples y grasas. Aportan calorías vacías, incrementan en peso innecesariamente.</p>
Desarrollar un plan nutricional compatible con el estilo de vida de la paciente. -Ingesta de frutas y verduras -Dieta hipocalórica	<p>Comer frutas frescas con cáscaras, comer verduras al vapor, mejorara el peristaltismo</p> <p>Comer más pollo y pescado, que contienen menos grasa y más calorías totales pos onza que la carne roja. (Carpenito, 1994)</p> <p>Comer despacio y masticar bien los alimentos favorece la digestión, inhibe la pirosis e incrementa la eliminación.</p>

<p>-Evitar consumo de refrescos, procesados, embutidos, repostería.</p>	<p>Se debe evitar los refrescos por su contenido de cafeína que es un estimulante que traspasa la barrera placentaria actuando sobre el SNC, el corazón y los riñones.</p>
<p>-Comer en un horario establecido 8 hrs Desayuno 12 hrs Colación 3 hrs Almuerzo 19 hrs colación 22 hrs Cena</p>	<p>Lo más apropiado es repartir la ración alimentaria en 5 comidas al día, acostumbrarse a comer menos cantidad y más frecuentemente. No deben saltarse ninguna de las comidas principales, ya que el hambre le hará picar y desequilibrar la alimentación (Torrens, 2001)</p>
<p>Aumentar los conocimientos que tiene la paciente de como el peso corporal se ve afectado por el equilibrio entre la ingesta de alimentos y la actividad física.</p>	<p>Se puede adelgazar mediante la combinación en la reducción de la ingesta calórica y aumento del gasto energético mediante el ejercicio. Cualquier aumento en la actividad física, incrementa el gasto energético y el déficit calórico en una persona que siga un régimen dietético de reducción de calóricas</p>
<p>Explicar sobre la reducción y mantenimiento del peso dependen de lograr un equilibrio entre una reducción de ingesta calórica y un aumento del gasto calórico, mediante el ejercicio regular</p>	<p>Un plan nutricional ayuda al paciente a ser consciente sobre los alimentos que consume.</p>

Continuar la ingesta de ácido fólico y sulfato ferroso por prescripción médica.

El ácido fólico es una vitamina del complejo B que en el embarazo ayuda a prevenir defecto del tubo neural, cuando se toma antes y durante las primeras semanas del embarazo. Es importante que las mujeres en edad reproductiva que buscan un embarazo consuman ácido fólico.

El folato se encuentra en varios alimentos:

- Lentejas
- Esparragos
- Espinacas
- Frijoles
- Cacahuates
- Brócoli
- Lechuga romana

El hierro es un mineral que se encuentra presente en los eritrocitos, necesarios para el intercambio gaseoso, durante el embarazo las necesidades de hierro aumentan por el incremento de oxígeno a transportar, los suplementos se utilizan para prevenir la anemia y consumir alimentos ricos en hierro.

- Carnes rojas
- Leche y sus derivados
- Verduras de hojas verdes
- Cítricos

Orientar sobre el incremento ideal por mes durante el resto del embarazo.

El aumento de peso en un embarazo a término aceptado para un resultado sano es de aproximadamente de 10 a 13 kg para mujeres de peso normal y talla media (Torrens, 2001).

El aumento o ganancia de peso durante el embarazo se correlaciona significativamente con el peso del recién nacido, por ello, un aumento inadecuado del peso de la madre tendrá un efecto significativo sobre el peso del recién nacido.

Esta progresión o ritmo de ganancia debe seguir la siguiente pauta:

Primer trimestre: 1.4 a 2 kg
Segundo trimestre: 3.5 kg (450 gr por semana)
Tercer trimestre: 4.5 kg (1.5 kg por mes)

Ejecución:

Se llevo a cabo la orientación nutricional y de ministración de suplementos vitamínicos durante el período de gestación.

Evaluación:

La paciente reporta conocimiento sobre la dieta que debe llevara a cabo y el incremento de peso durante el tercer trimestre del embarazo.

2. Estreñimiento relacionado con cambios en el ritmo de ejercicio e hipomotilidad intestinal durante el embarazo manifestado por la disminución en el número de evacuaciones en un día y esfuerzo para defecar.

- Causa de dificultad: Falta de conocimiento
- Grado de independencia: Parcialmente dependiente

Objetivo: Favorecer la motilidad intestinal con cambios significativos sobre la alimentación y el ejercicio, así la paciente evacuará heces blandas por lo menos una vez por día.

Planeación de la intervención	Fundamentación teórica
Explicar posibles causas del estreñimiento	El estreñimiento se describe como la irregularidad en la defecación, derivado de hábitos dietéticos deficiente, sedentarismo y estrés.
Fomentar factores que contribuyen a una óptima eliminación:	
<p>a) Dieta equilibrada Rica en fibra</p> <p>Enseñar al paciente a comer aproximadamente 800 gr de frutas y verduras al día (4 piezas de frutas frescas o una</p>	<p>Repasar una dieta de alimentos ricos en fibra como: frutas frescas sin pelar, salvado, nueces, verduras al vapor y zumos de frutas.</p> <p>Una dieta bien equilibrada y rica en fibra estimula el peristaltismo intestinal, ayudando a una adecuada eliminación.</p> <p>La fibra debe estar presente en su alimentación, con el fin de mejorar el tránsito intestinal y favorecer la evacuación. Debe aportar a través de la dieta de 30-40 gr de fibra al día.</p> <p>El exceso no es recomendable, pues aumenta la excreción de algunos elementos químicos, esenciales y vitaminas, que son arrastrados por los filamentos de la fibra;</p>

ensalada)

por otra parte provoca fermentación a nivel del colón, con aumento de gases que originan muchas molestias (Torrens, 2001)

Indicar que tome alimentos frecuentes en pequeñas porciones de alimentos cítricos, medio plátano, los frutos de hoja verde

b) Adecuada ingesta de líquidos claros que incluyen agua natural, jugos de frutas.

El agua interviene en múltiples procesos como son la digestión, absorción y eliminación en el intestino.

Los líquidos ayudaran a que las heces se movilicen a lo largo del tracto intestinal, aumentando la eficacia del agua intestinal, ablandando la material fecal y contribuyendo a su óptima eliminación.

Animar al paciente a beber como mínimo 2 litros de agua al día, entre 8 y 10 vasos.

Delimitar un horario del consumo de agua natural hasta las 19:00 horas para evitar molestias nocturnas.

c) Exponer las ventajas de realizar ejercicio para diseñar un programa seguro y realista, de acuerdo a su tiempo disponible y su estilo de vida. Se recomienda media hora de ejercicio al

El ejercicio tiene múltiples beneficios sobre nuestro cuerpo:

- ✓ Reduce la absorción de calorías
- ✓ Actúa como supresor del apetito
- ✓ Aumenta el metabolismo y el gasto calórico
- ✓ Conserva la masa muscular
- ✓ Mejora la autoestima
- ✓ Ayuda a conciliar el sueño
- ✓ Mejora la postura

Un programa de ejercicios de progresión gradual reduce el malestar, fomentando su seguimiento.

En las mujeres embarazadas se recomienda hacer media hora de ejercicio al día, por lo menos cuatro días a la semana, la caminata también favorece la circulación. (Carpenito, 1994)

Enseñar medidas preventivas y el riesgo de ciertas conductas puede aumentar el seguimiento y reducir las complicaciones.

d) Horario regular de eliminación

Identificar el patrón normal de evacuación del paciente antes del embarazo y en que medida se ha modificado con sus hábitos actuales.

Sugerirle que intente defecar aproximadamente una hora después de las comidas lo ayudara a establecer un horario habitual de defecación como parte de una nueva rutina. Se debe recomendar que no reprima la necesidad de evacuar, procurando ir con tiempo y nunca con prisas; así como evita hacer esfuerzos excesivos al evacuar.

Ejecución:

Se llevo a cabo un cambio en los hábitos alimenticios, también se diseño una rutina de ejercicios cada tercer día donde se incluyo la caminata.

Evaluación:

La paciente reportó un incremento en el número de evacuaciones en un día, sin embargo aún no es regular el horario, ni todos los días.

3. Dolor agudo relacionado sobrecarga lumbar por embarazo y aumento de peso manifestado por informe verbal de dolor en región lumbar lumbar.

- Causa de dificultad: Falta de fuerza y conocimiento
- Grado de independencia: Totalmente dependiente

Objetivo: Reducir las molestias lumbares mejorando la mecánica corporal de la paciente.

Planeación de la intervención	Fundamentación teórica
Explicar las causas y modificaciones posturales de acuerdo a la evolución del embarazo.	<p>El centro de gravedad es desplazado hacia arriba y hacia adelante por el aumento del tamaño del útero y las mamas. Esto requiere compensaciones posturales para el equilibrio y la estabilidad corporal.</p> <p>Aumenta la lordosis cervical y se desarrolla una postura de la cabeza hacia adelante para compensar el alineamiento de los hombros, también para compensar la desviación del centro de gravedad y las rodillas se hiperextienden (Kisner, 2005).</p>
Enseñar mecánica corporal para levantarse con lentitud de la cama, recomendar uso de zapatos cómodos y de tacón bajo, uso de faja para maternidad.	<p>Los síntomas de lumbalgia suelen empeorar por fatiga muscular derivada de posturas estáticas o a medida que avanza el día, los síntomas suelen aliviarse con reposo o cambio de posición, debe tomarse en cuenta una mecánica corporal correcta. Sin embargo al levantarse de la cama es recomendable evitar que sea de forma brusca, más bien gradual para evitar compresión de los grandes vasos.</p> <p>Al levantar algún objeto no doblarse por la cintura, sino doblar las caderas y las rodillas y levantarse con las piernas.</p> <p>Los cambios de postura no suelen corregirse espontáneamente después del parto y la postura del embarazo tal vez se mantenga como postura aprendida.</p>

Indicar que tome períodos de descanso con las piernas elevadas	La gravedad con las piernas elevadas favorece el retorno venoso y previene la aparición de várices.
Psicoprófilaxis obstétrica	<p>El ejercicio durante el embarazo puede tener riesgos asociados, debiendo evitarse el agotamiento; si se tratara de mujeres previamente inactivas debe iniciar de forma gradual.</p> <p>Se beberán líquidos antes y después del ejercicio para asegurar una hidratación adecuada.</p> <p>Se evitara el ejercicio en posición decúbito supino</p> <p>Hay que tener cuidado en no practicar ejercicios en los que se pueda producir la pérdida del equilibrio o un traumatismo abdominal.</p> <p>La natación es una actividad recomendable durante el embarazo que favorece la relajación (Dickason, 1995)</p>
Orientar sobre el uso de ropa holgada	La ropa durante el embarazo debe estar adecuada a la etapa gestacional que se encuentra la paciente, existen pantalones que incluyen una banda de resorte en vez de pretina, con la finalidad de evitar molestias y permitir la circulación a los miembros pélvicos. Se recomienda el uso de ropa interior de algodón, evitando que sea ajustada.

Ejecución:

Se orientó a la paciente sobre la mecánica corporal a seguir para levantarse de la cama, del piso, realizo ejercicios de estiramiento y también realizo elevación de sus miembros inferiores en sus períodos de descanso.

Evaluación:

La paciente refirió una sensación de alivio y disminuyó el dolor, tomando períodos cortos de descanso durante el día.

1. Riesgo de alteración de la tríada materno-fetal relacionado con el proceso evolutivo del embarazo y la postura materna.

- Causa de dificultad: Falta de Fuerza y conocimiento
- Grado de independencia: Parcialmente dependiente

Objetivo: Brindar información precisa sobre la evolución del embarazo y la circulación materno-fetal.
Completar esquema de vacunación, con la aplicación de toxoide tetánico a la paciente

Planeación de la intervención	Fundamentación teórica
Enseñar a la paciente sobre posiciones adecuadas para descansar y lograr una mejor oxigenación materno-fetal	La compresión de la vena cava inferior aumenta en el tercer trimestre, sobre todo el decúbito supino, debido a la compresión del útero justo debajo del diafragma. En algunas mujeres, el declive del retorno venoso y la reducción resultante del gasto cardíaco, dando la posibilidad de presentar síndrome de hipotensión supina sintomática. La aorta también sufre oclusión parcial en decúbito supino.
Instruir a la paciente a cambiar de postura fowler o semifowler lateralizada hacia el lado izquierdo. (Burroughs, 2002)	Dormir en posición semifowler apoyada con almohadas favorece la oxigenación y disminuye el riesgo de presentar síndrome de hipotensión supina.
Aplicar la primera dosis de toxoide tetánico	Las mujeres embarazadas no deben recibir vacunas de virus vivos atenuados a causa del efecto teratógeno sobre el feto. Las vacunas que deberán administrarse serán de virus muertos (Olds, 1987), solo por profilaxis se va a viajar a zonas endémicas o tras la exposición antirrábica. Las personas que recibieron un esquema parcial durante la infancia sólo necesitan complementarlo, no iniciar otro, esto significa que se administra el toxoide tetánico si no es suministrado una serie primaria o refuerzo en 10 años.

Indicar fecha de la segunda aplicación de la vacuna.

La embarazada previamente inmunizada contra el tétanos y difteria debe recibir dos dosis de toxoide Td combinado en un intervalo de 4 a 8 semanas. Una mujer no inmunizada cuyo parto se de bajo circunstancias en que el neonato pueda infectarse está en riesgo particular y debe recibir la inmunización mediante el toxoide Td combinado para prevenir el tétanos neonatal. (Alfaro, 2004)

Ejecución:

Se enseñó con métodos didácticos sobre las diferentes posiciones que se pueden adaptar durante el reposo y el descanso por la noche y como adaptar una posición semi fowler con ayuda de almohadas

Se aplicó la primera vacuna de toxoide Td y se indicó la fecha de su segunda dosis al mes de la primera.

Evaluación:

La paciente reporta conocimiento sobre las diferentes posiciones que le resulten más cómodas y que favorezcan la circulación materna y fetal. La paciente se administró ambas dosis de Td.

2. Disposición para mejorar en la necesidad de aprendizaje relacionado con las conductas congruentes de acuerdo a los conocimientos manifestados.

- Causa de dificultad: Conocimiento y voluntad
- Grado de independencia: Independencia

Objetivo: Contribuir a la adquisición de información clara y concisa para reforzar los objetivos de salud.

Planeación de la intervención	Fundamentación teórica
Continuar con el control prenatal durante el resto del embarazo, durante el séptimo mes 1 vez al mes, en el octavo 1 vez cada 15 días y durante el noveno cada semana.	<p>El control prenatal es una serie de medidas orientadas al desarrollo y crecimiento óptimo del feto de acuerdo a la etapa del embarazo que se encuentre, es una serie periódica de consultas donde se hace una minuciosa revisión, sobre el incremento de peso, la medida del fondo uterino, la frecuencia cardíaca fetal, la alimentación de la mujer embarazada, los suplementos vitamínicos, los datos de alarma durante el embarazo, la ropa que puede utilizar para sentirse más cómoda, se orienta sobre los métodos de planificación familiar que sean seguros para el neonato durante la lactancia, los cuidados al recién nacido.</p> <p>El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento Intrauterino.</p>
Registro de peso y talla	<p>La ganancia ponderal deber ser igual al tiempo del embarazo. Primer trimestre: 1.5 kg por trimestre Segundo trimestre: 1 kg por mes</p>

	<p>Tercer trimestre: 1 kg de peso por quincena</p> <p>Vigilar signos y síntomas de alarma para evitar complicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fosfenos -Acufenos -Cefalea intensa -Cese de movimientos fetales -Ruptura prematura de membranas Edema en manos, pies o cara. -Visión borrosa
<ul style="list-style-type: none"> -Vigilar la tensión arterial -Proteinuria en orina -Vigilar datos de infección de vías urinarias 	<p>La falta de identificación y de reconocimiento temprano de signos y síntomas de alarma obstétrica ante los cuales habrá que intervenir en forma oportuna y eficaz, complica el curso del embarazo y pone en peligro la salud materna y perinatal. Poseer un conocimiento adecuado ayuda a actuar rápida y apropiadamente ante la identificación de síntomas anormales y contribuye a la adopción de conductas positivas en beneficio de la salud.</p> <p>El conocimiento de los signos de alarma obstétrica está relacionado con haber tenido partos previos y la labor de educación y prevención que realiza el profesional de la salud durante las consultas prenatales.</p>
Métodos anticonceptivos	<p>La hipertensión arterial durante el embarazo es una de las principales causas de mortalidad materna, las pacientes hipertensas están predispuestas al desarrollo de complicaciones potencialmente mortales: desprendimiento de placenta normoinserta, insuficiencia renal o hepática, preeclampsia y eclampsia. La proteinuria es un signo de aparición tardío en el curso de la preeclampsia</p>
Técnicas de lactancia materna	<p>Se recomienda el uso del dispositivo intrauterino DIU, una T de cobre que segrega sustancias espermicidas, con el fin de evitar que los espermatozoides no lleguen hasta las trompas de Falopio. También se promueve el uso de los anticonceptivos de barrera, el más utilizado es el condón masculino de látex, por su gran efectividad en la planificación familiar.</p> <p>Se debe abstener el uso de métodos anticonceptivos hormonales como pastillas, inyecciones, parches, injertos hasta terminada la lactancia materna.</p> <p>La lactancia materna aporta nutrientes exactos y anticuerpos conforme la evolución del recién nacido y sus necesidades nutrimentales, es de fácil digestión y favorece el vínculo afectivo y el desarrollo.</p> <p>Las recomendaciones es que la lactancia sea exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. La madre debe adoptar una posición cómoda</p>

Ejecución: Se enfatizó en la importancia sobre vigilar los datos de alarma, la paciente muestra interés por reforzar e incrementar sus conocimientos acerca del embarazo, el parto y el puerperio. Realizamos una dinámica donde utilizamos una muñeca para ejemplificar la técnica de lactancia

Evaluación: La paciente reporta conocimiento sobre los datos de alarma durante el embarazo, el uso de métodos anticonceptivos no hormonales, y muestra habilidad sobre la técnica de lactancia materna.

VI. CONCLUSIONES

La enfermería se ha transformado a lo largo de los años, la mujer desde el inicio de los grupos ha sido vista como una persona capaz de brindar cuidados para permitir la continuidad de la vida; sin embargo la enfermería tal y como la conocemos hoy ha sido producto de períodos de intensa lucha, de aquellas enfermeras que han generado conocimiento a través de la investigación y la búsqueda de la identidad profesional. Gracias a ello hoy conocemos diversas teorías que sirven de guía para el ejercicio profesional.

El cuidado brindado por el profesional de enfermería se refiere a recibir atención oportuna, rápida, eficaz y continúa orientada a la resolución de problemas particulares que afectan la dimensión personal de un individuo.

El desarrollo del presente proceso atención de enfermería se realizó en base a la teoría de las catorce necesidades de Virginia Henderson, la cual permite que todos los profesionales profundicen en los conocimientos teórico metodológicos que sustentan la práctica de enfermería permitiendo ver a la persona en toda su dimensión.

El proceso de atención en enfermería me permitió valorar en forma integral a la mujer en control prenatal e identificar las necesidades alteradas, elaborar los diagnósticos de acuerdo a las necesidades particulares de la paciente y realizar un plan de intervenciones enfocado a la resolución de los problemas reales e incrementar el bienestar. Considero que es recomendable aplicarlo a todas las mujeres embarazadas para el beneficio del binomio madre-feto.

También me permitió idear estrategias relacionadas con el cumplimiento de los objetivos, si bien, se cumplen de forma gradual, requieren de perseverancia por la paciente para cumplirlos.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro. R. H. Cejudo. C. E. Fiorelli. R. S. Complicaciones médicas en el embarazo. 2 da ed. México: Mc Graw Hill; 2004. Pág 55
2. Alfaro. R. L. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ta ed. Florida: Masson; 2005.
3. Burroughs. A. Leifer. G. Enfermería materno-infantil. 8va ed. Pennsylvania: Mc Graw Hill; 2002
4. Carpenito, J. L. Planes de cuidados y documentación en enfermería. 2da ed. New York: Mc Graw Hill; 1994.
5. Charles. M. Maisto. A. Introducción a la psicología. 12va ed. Michigan: Pearson educación; 2005. Pág 351-364
6. Colliere. M. Promover la vida. 2da ed. París: Mc Graw Hill. París; 2009.
7. Cutcliffe. J. Mc Kennay, H. Ayrkas, K. Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica. México: El manual moderno S.A de C.V; 2011, pág 17.
8. Dickason. E. Silverma. B. Schult. M. Enfermería materno-infantil. 2da ed. New York: Mosby/Doyma; 1995
9. Domat. C. F. Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona: Masson; 2001. Pág 139-246
10. Ellen. M y Atkinson. L. Proceso atención de enfermería. 5ta ed. New york: Mc Graw Hill, New York; 1996.
11. García, G. M. J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica enfermera. Celaya: Editorial Progreso; 1997.
12. Gross. R. Psicología. La ciencia de la mente y la conducta. 3ra ed. Londres: El manual moderno; 1998. Pág 629-644
13. Herdman, T. H. Heath, C. Meyer, G. Scroggins, L. NANDA-I Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Barcelona: Elsevier; 2008.
14. Hernández. C. J. Arroyo, G. M. A. Esteve, R. J. Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: Mc Graw Hill; 1995.
15. Hernández, C. J. Esteban, A. M. Fundamentos de Enfermería. Teoría y método. Mc Graw Hill/interamericana; 1999. Pág 51-61, 127-139.
16. Ingalls. J. Salerno. C. Enfermería materno-infantil y pediátrica. 6ta ed. California: Noriega editores; 1991. Pág 55- 72.
17. Joyce. Y. J. Enfermería materno-neonatal. New york: El manual moderno; 2011. Pág 91-121

18. Kisner. C. Colby. L. Ejercicio terapéutico. 2da ed. Pensylvania: Editorial paidotribo; 2005. Pág 483
19. Kérovac. S. Pepin, J. Ducharme, F. Duyuette, F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996, pág 2- 30.
20. Kozier. B. Erb. G. Blais. K. Conceptos y temas en la práctica de enfermería. 2da ed. Mc Graw Hill/ Interamericana; 1995, pág 19-73.
21. Luis, R. M. T. Fernandez, F. C. Navarro, G. M. V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2da ed. Barcelona: Masson; 2000.
22. Marriner, T. A. Raile, A. M Modelos y teorías en enfermería. 5ta ed. Madrid: Mosby; 2002, pág 12-104.
23. Nettina. S. Enfermería práctica de Lippincott Vol. II 6ta ed. Mc Graw Hill; 1999. Pág 977
24. Olds. S. London. M. Ladewig. P. Enfermería materno-infantil. Un concepto integral familiar. 2da ed. USA: Interamericana; 1987. Pág 299
25. Potter. P. Fundamentos de enfermería. 5° ed. Barcelona: Elsevier science; 2002, pág 89-102.
26. Reeder.S. Martin. L. Koniak. D. Enfermería materno-infantil. 3 era ed. California: Mc Graw Hill; 1995.
27. Smith. D. Bierman. E. Las edades biológicas del hombre desde la concepción hasta la edad avanzada. Philadelphia: Interamericana; 1975. Pág 32-52
28. Smith, P. J. Virginia Henderson: los primeros noventa años. Barcelona: Masson; 1996.
29. Sotomayor, S. S. Dimensión teórico conceptual de la enfermería disciplinar. En: Reyes, G. E. Fundamentos de Enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. 2da ed. México: El manual moderno S.A de C.V; 2009. pág 65-85.
30. Torrens. M. Martínez. C. Enfermería de la mujer. Difusión avances de enfermería: Madrid; 2001. Pág 185-212

VIII. ANEXO I

Valoración de las 14 necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson

El presente trabajo se realiza de acuerdo a los 14 postulados de Virginia Henderson, el cual parte de una valoración que se realizó a la mujer embarazada en su hogar, los datos presentados fueron obtenidos a través de la entrevista, la observación, la exploración física y la recopilación de algunos documentos avalados por laboratorio.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE 14 NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON

Ficha de identificación:

Nombre: M. A. G. P Edad: 24 años Sexo: Femenino Ocupación Desempleada

Estado civil: Casada Religión: Católica Escolaridad: Lic en Diseño Gráfico

Domicilio: Genaro Estrada 155 Col. Jacarandas Iztapalapa

Unidad de salud donde se atiende: Particular

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia: 20 x' Ritmo:

Expansión torácica: Simétrica

Profundidad: Profunda

Pulso: Frecuencia: 76 x'

Ritmo: Regular

Intensidad: Fuerte

Temperatura: 36.3°C

Tensión arterial: 110/60 mmHg

Somatometria: Peso: 65 kg Talla: 164 mts Peso al inicio: 55 kg

Glucosa: 82 mg/dl

Fondo Uterino: 23 cm

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? NO

¿Se ha expuesto a humo de leña? NO

¿Ha convivido con aves? NO

¿Ha fumado en algún momento de su vida? SÍ

¿Cuántos cigarros al día? 12

¿Convive con fumadores? SÍ

¿Tiene la sensación de que el falta el aire cuando camina? NO

¿Tiene la sensación de que el falta el aire al subir escaleras? NO

¿Su casa está ventilada? SÍ

¿Hay fábricas de cemento, asbestos u otra que contamine en la cercanía de su casa? NO

¿Tiene familiares con problemas para respirar? NO

¿Le han diagnosticado hipertensión? NO

¿Tiene problemas cardíacos? NO

Dificultad respiratoria No presenta

Fatiga No presente

Tos No presente

Expectoración No presente

Coloración de la piel rosada

Lechos ungueales rosados

Llenado capilar 3 segundos

2. Alimentación e hidratación

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno?

Cantidades en raciones:

1 plato de cereal con leche entera, 1 pieza de pan dulce, un sándwich de jamón, queso y lechuga y una taza de café.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida?

Cantidades en raciones:

Una pieza de pollo, verduras variadas, 1 plato de sopa de pasta, 3 vasos de agua simple y una lata de coca cola 355 ml

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Cantidades en raciones:

3 sopas, sándwich de jamón, queso y lechuga y 1 plato de cereal con leche entera.

¿Come entre comidas? SÍ

¿Qué alimentos consume? Frutas variadas, zanahorias, jícamas, pepinos con limón

¿Dónde acostumbra comer? En casa

¿Con quién acostumbra comer? Sola durante el día y en la noche con su familia.

¿Considera que su estado de ánimo influyen en su alimentación? No por que no como más o menos.

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? Pescado, pollo, jícamas, zanahorias.

¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? Carne de cerdo

¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? Picante

¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? Ninguno

¿Tiene problemas para masticar? NO

¿Tiende a subir o bajar de peso bruscamente? NO

¿Cuántos vasos de agua toma al día? 5 vasos

¿Acostumbra tomar refrescos? Sí

Cantidad: 1 lata de 355 ml al día

¿Acostumbra a tomar café? Sí

¿Acostumbra a tomar alcohol? Sí cada viernes solo cerveza y whisky

¿Toma suplementos alimenticios? Sí Complejo B, sulfato ferroso

3. Eliminación de los desechos corporales

¿Cuántas veces evacua al día? Una vez por las mañanas

¿Presenta alguno de estos síntomas?

Esfuerzo para defecar: Sí

Dolor anal al evacuar: NO

Dolor abdominal al evacuar: NO

Flatulencias: NO

Tenesmo: NO

Meteorismo: NO

Incontinencia: NO

Prurito: NO

Hemorroides: NO

¿Cuándo presenta problemas para evacuar? Cuando hace poco ejercicio

¿Qué recursos utiliza? Beber agua

¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? Tomar agua, antes corría 40 minutos en el parque

¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? Las comidas chatarra por ejemplo hamburguesas o pastas

¿Qué características tiene la evacuación? Evacuación Café pastosa, formada

¿Cuántas veces orina al día? 7 veces

¿De qué color es su orina? Amarilla clara

¿Qué olor tiene su orina? No es perceptible

¿Presenta alguno de estos síntomas?

Disuria NO

Poliuria SI

Nicturia SÍ

Retención de orina NO

Urgencia para orinar NO

¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para orinar? No presenta problemas para orinar

¿Usted suda? NO

¿Bajo que condiciones suda? Calor o ejercicio excesivo

¿Cómo es su sudoración? Mínima

En caso de mujeres:

FUM 31 marzo 2013

FPP 07 enero 2014

¿Cada cuando menstrua? Cada 32 días

¿Cuánto días dura su menstruación? 7 días

Pérdidas intermenstruales NO

¿Presenta flujo vaginal? Si

¿Qué características tiene? Transparente, moderado

Número de embarazos 1

Embarazo actual:

Tabaquismo NO

Alcoholismo NO

Amenaza de aborto NO

Prueba de TORCH NEGATIVO

Prueba de VDRL NEGATIVO

Prueba de ELISA NEGATIVO

Infección de vías urinarias NO

Hemorragia ginecológica NO

Hemoglobina 12.5

Hematocrito 39.8

Glucosa en ayunas 79 mg/dl

4. Movimiento y mantenimiento de una posición adecuada

¿Tiene algún problema que el dificulte la deambulaci3n? NO

¿Tiene dificultad para moverse? NO

¿Utiliza apoyos para desplazarse? NO

¿Cu3l es la postura habitual relacionada con su ocupaci3n? Sentado

¿Cu3ntas horas al d3a pasa usted en esta postura? 6 horas

Presenta alguno de estos s3ntomas

Dolor 3seo NO

Dolor muscular NO

Dolor articular NO

Dolor lumbar SI

Contracturas NO

Presencia de temblores NO

Movimientos involuntarios NO

Presenta debilidad muscular NO

Presenta, edema, ardor, comez3n o hematomas en alguna parte de su cuerpo NO

Mareos NO

Perdida del equilibrio NO

¿Realiza alguna actividad f3sica? Antes si, ahora ya no

¿Qu3 tiempo le dedica a la semana? Una hora 5 veces por semana antes del embarazo.

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? NO

Después de descansar ¿Cómo se siente? Descansada, sin agotamiento

¿Cuántas horas duerme habitualmente? 9 horas corridas

Presenta alguna de estas alteraciones del sueño

Dificultad para conciliar el sueño NO

¿Se levanta durante la noche? Sí ¿Porqué? Para ir al baño

¿Cuántas veces lo hace? Dos

¿El lugar que usted utiliza favorece el sueño? Sí ¿Porqué? Es oscuro

¿Acostumbra a tomar siesta? No, me es muy difícil durante el día

¿Qué hace para conciliar el sueño? Ponerme la pijama, ver un poco de televisión y cerrar las cortinas de mi habitación.

6. Vestido

¿Qué ropa utiliza cuando hace frío? Abrigadora, chamarras, gorros, bufandas

¿Qué ropa utiliza cuando hace calor? Muy ligera, blusas y pantalones cortos.

¿Su ropa le permite libertad de movimiento? Sí

¿Expresa sentimientos a través de su ropa? Sí, me gustan los colores alegres y los estampados divertidos

La ropa que usa ¿Usted la elige? Sí

¿Es capaz de vestirse y desvestirse por sí mismo? Sí

7. Termorregulación

¿Sabe como medir la temperatura corporal? Sí, con un termómetro

¿Presenta alteraciones de la temperatura? NO

¿Qué medidas toma para controlar la temperatura cuando tiene alteraciones? Si tengo fiebre me meto a bañar.

8. Higiene corporal e integridad de la piel

¿Con que frecuencia se baña? Diario

¿Cada cuando se lava el cabello? Diario

Después del baño ¿El cambio de ropa es? Total

¿Cada cuando lava sus manos? Antes de comer, después de ir al baño, después de acariciar a mi mascota, cuando regreso de la calle.

¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies cada 15 días, manos cada 8 días

¿Cada cuando cepilla sus dientes? Diario dos veces al día, mañana-noche

¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? NO

¿Utiliza prótesis dental? NO

¿Cuándo realizo la última visita al dentista? Hace 5 meses

¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? NO

9. Evitar peligros del entorno

Prácticas sanitarias habituales

Esquema de inmunización completo NO

Toxoide diftérico SI

Toxoide tetánico NO

Hepatitis SI

Neumocócica Sí

Influenza Sí
Rubéola y sarampión Sí
Revisiones periódicas en el último año, Sí ginecológicas, dentales.
Autoexploración mamaria Sí
Cada cuando la realiza: cada dos meses
Papanicolau Si, realizado hace un año y medio con resultado negativo
Protección contra infecciones de transmisión sexual (uso de condón) Sí
ocasionalmente.
Seguimiento del plan terapéutico prescrito Sí
Automedicación NO
¿Consumo de drogas de uso no médico? NO

Uso de medidas de seguridad:

Uso de cinturón de seguridad Sí

Uso de pasamanos Sí

Uso de lentes de protección NO

¿Cómo se ve y se siente físicamente? Me veo bien y me siento maravillosa, me gustan los cambios de mi cuerpo.

¿Es capaz de dar solución a sus problemas? Sí

¿Es capaz de mantener su seguridad física? Sí

¿Cómo es la percepción de su imagen? Creo que es buena, a mi me gusta cuando me veo en el espejo y salgo a la calle. Si los demás me ven no me molesta.

Utiliza las medidas de seguridad en casa, Si

En la calle SI

¿Percibe algún tipo de su sufrimiento? No

10. Comunicación con los demás

¿Habla algún dialecto? No

¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? NO

Tipo de carácter:

Optimista

Realista

Extrovertido

Alegre

Presenta dificultad para:

Comprender NO

Aprender NO

Concentrarse NO

Lectoescritura NO

Describa como es la comunicación en su familia y amigos:

Mi familia y yo somos muy unidos, mis hermanas y yo nos contamos muchas cosas, nos apoyamos en los momentos difíciles. Mis papás son cariñosos con nosotras.

11. Creencias y valores

¿Qué es importante para usted en la vida? La familia, los amigos.

¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? La salud, la unión

¿Qué opinión tiene usted de ayudar a personas desconocidas? Sí lo eh hecho y en casos de desastre con mayor razón, no me va a quitar las cosas buenas que tengo.

¿Siente que la vida le ha dado a usted lo que ha esperado de ella? Sí, me ha dado muchas satisfacciones, amor y salud.

¿Sus creencias sobre la vida o su religión de le ayudan a enfrentar sus problemas? Creo en un ser supremo sin embargo no asisto mucho a la iglesia.

12. Trabajo y realización

¿Qué actividades realiza a parte de su trabajo? Veo televisión, uso redes sociales, salgo con mis amigos, realizo trabajos manuales.

¿Tiene alguna ocupación no remunerada? Sí, justo ahora me ocupo en bordar recuerdos que regalo a amistades.

¿Puede trabajar? Sí, tenia un trabajo que no estaba relacionado con mi carrera pero no me gusto del todo y me salí, busque otro, trabajo desde mi casa y no todos los días, son solo proyectos temporales y me siento satisfecha por que me ocupo en prepara las cosas para la llegada de mi bebé.

¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? Yo creo que no, aunque vaya con gente que no conozco intento romper el hielo.

¿Con que frecuencia cumple las metas que se propone? Siempre me pongo cierto plazo para llevarlas a cabo y las eh cumplido todas.

¿Cuáles son sus metas en la vida? Ser feliz, una buena madre

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentre usted con ánimos de reír y divertirse? Siempre que se puede

¿A qué atribuye usted su estado de ánimo? Creo que no hay razones para no ser feliz

¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar? Voy al cine, leo, escucho música todo el tiempo, bailo, salgo de compras.

¿Con que frecuencia usted tiene cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Casi nunca me pasa, solo si eh tenido un pésimo día, si no, soy bastante tolerante.

¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No

¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad? No

14. Aprendizaje

Considera usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? Sí, pero procuro investigar todo aquello que me causa inquietud

¿Cómo considera usted que es su capacidad para aprender? No me cuesta trabajo

¿De qué fuente adquiere conocimiento? Leo libros, asisto a cursos y seminarios, navego en internet.

¿Lo que ha aprendido modifica su estado de salud? Si

¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? Sí por que a parte de la información que he leído la he corroborado en mis consultas con el médico quién me ha dicho que cosas si puedo realizar para mejorar mi salud y la de mi hijo.

IX. ANEXO II

Fecha 12 septiembre 2013 12:40 horas

Ficha de identificación

María G. P, femenino de 24 años de edad cronológica igual a la aparente, nació el 03 Junio 1989, última de tres hijos, originaria y residente del DF, Licenciada en Diseño Gráfico, casada, desempleada, católica, grupo y Rh O+ la BH reporta hemoglobina de 12.2. Cursando embarazo de 24 SDG.

Antecedentes Heredo-Familiares

Padre: vivo 55 años de edad Diabetes Mellitus de 10 años de evolución en control farmacológico de metformina/Glibenclamida

Madre: viva de 50 años de edad refiere HAS con 3 años de evolución en control farmacológico con Valsartán

Hermanos: 2 hermanas, vivas y aparentemente sanas

Abuelos paternos: Abuela fallecida a los 50 años por complicaciones de Diabetes Mellitus, Abuelo vivo 83 años refiere que padeció cáncer de próstata.

Abuelos maternos: Abuelo fallecido a los 60 años por problemas hepáticos relacionados a la ingesta excesiva de alcohol y abuela fallecida a los 65 años por problemas cardíacos

Antecedentes personales No Patológicos

Habita en casa propia con 7 personas, cuenta con 3 recamaras, de materiales perdurables, 4 cuartos de baños, cocina, sala y comedor, cuenta con todos los servicios urbanos y clasificación en la recolección de basura, zoonosis positiva una mascota canina de 9 meses con esquema de vacunación y desparasitación completos, baño y cambios de ropa diariamente, cepillado dental 2 veces en la mañana y por la noche, sin uso de hilo dental, refiere no presentar sangrado por encías, refiere la última visita al odontólogo hace 5 meses.

Refiere realizar 3 comidas al día; bebe un litro y medio de agua simple y una lata de 335 ml de refresco por día.

Antecedentes Personales Patológicos

Quirúrgicos, traumáticos, transfusionales y toxicomanías interrogados y negados. Refiere ser alérgica a la penicilina y sulfas, por reacción de eritema y sensación de

broncoespasmo. Refiere tabaquismo positivo desde los 18 años consumiendo media cajetilla al día, hasta el momento de diagnóstico del embarazo, Refiere alcoholismo positivo cada viernes consumo de cerveza y whisky en compañía de amigos.

Antecedentes gineco-obstetricos

Menarca 13 años, ritmo 32x7 eumenorreica, IVSA 18 años, NPS 3, MPF preservativo ocasional, GI P0 A0 C0; FUM 31 Marzo 2013 FPP 07 Enero 2014 Refiere resultados negativos en pruebas realizadas prueba de TORCH, VDRL, ELISA.

Embarazo de 24 SDG x FUM, refiere haber asistido a 7 citas desde el segundo mes del embarazo, a nivel particular, no cuenta con seguridad social. Ultrasonografía muestra producto único vivo de características normales de acuerdo a su edad gestacional, niega datos de vasoespasmo durante el período de gestación, conoce datos de alerta durante el período de gestación; refiere por prescripción médica tomar ácido fólico, sulfato ferroso y complejo B desde el segundo mes del embarazo.

Exploración física

Mujer adulto joven que se encuentra con diagnóstico de Embarazo de 24 SDG x FUM normoevolutivo en el 2do trimestre del embarazo, que lleva a cabo su control prenatal en consulta privada.

T/A 110/70 mmHg FC 76 x' FR 19 x' Temperatura 36.3 °C Talla 164 cm Peso 65kg, refiere peso normal antes del embarazo 55 kg Glucosa 86 mg/dl

A la exploración física se encuentra paciente conciente, orientada, cooperadora, refiere sentirse bien física y emocionalmente, cabello bien implantado, mucosas orales húmedas, se observa dentadura con 8 incisivos, 4 colmillos, 4 premolares y 8 molares, sin presencia de caries activa, adecuada coloración de tegumentos, tráquea central, tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardíacos rítmicos adecuada intensidad, sin agregados, mamas turgentes, simétricos en cuenta a tamaño y contorno, pezones hiperpigmentados, formados, con eyección de calostro; abdomen globoso a expensas de útero gestante con FU 23 cm, producto libre, FCF 144 x' tomada con Doppler, peristalsis presente sin datos de irritación peritoneal, sin visceromegalias, giordanos negativos, al tacto vaginal, cérvix posterior, formado, sin pérdidas transvaginales, reflejos osteotendinosos simétricos, pulsos femorales, poplíteos y pedios presentes, lechos ungueales sonrosados, llenado capilar distal de 3", no edema.