



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICÍA**

**“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REALIZADO A UNA MUJER CON 16.4 SEMANAS
DE GESTACIÓN.”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

PRESENTA:

BELÉN GONZÁLEZ CONTRERAS

413033163

ASESORA:

DRA. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL

CIUDAD DE MÉXICO OCTUBRE 2017



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.

I. ÍNDICE:

	Página
II. Introducción	1
III. Justificación	3
IV. Objetivos	5
V. Metodología	6
VI. Marco teórico	7
6.1.Enfermería como profesión disciplinaria	7
6.2.El cuidado como objeto de estudio	10
6.3.Proceso atención de enfermería	12
6.4.Etapas del proceso atención de enfermería	14
6.4.1.Valoración	14
6.4.2.Diagnóstico	18
6.4.3.Planeación	24
6.4.4.Implementación	29
6.4.5.Evaluación	37
6.5.Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE Virginia Henderson	41
6.5.1.Elementos fundamentales del modelo utilizado	42
6.6.Problemática de salud de la persona	48
6.7.Diagnóstico y Tratamiento	49
VII. Resumen del Caso clínico	54
VIII. Desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería	54
8.1.Valoración clínica del sujeto de cuidado	58
8.2.Diagnósticos de enfermería según el caso	62
IX. Plan de alta	71
X. Conclusiones	76
XI. Bibliografía	77
XII. Glosario de términos	78
XIII. Anexos	86

II. Introducción:

La enfermería es una ciencia que se dedica al cuidado, su hacer se basa en teorías que lo fundamentan. La primera teoría de enfermería es la de Florence Nightingale y a partir de allí aparecieron más teorías como la de Virginia Henderson y sus 14 necesidades la cual es la base de este trabajo. El Proceso de Atención de Enfermería es el método que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Cuando el cuidado esta basado en el proceso de enfermería se aumenta la calidad de este, fomentando el establecimiento y planificación de objetivos, permitiendo crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas, en el que se puede tratar a la persona como un todo, es decir se tiene un enfoque holístico, ya que se consideran aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales y como es que la interacción de estos pueden afectar el funcionamiento de la persona como ser individualizado. El tratar este enfoque asegura que se cubran las necesidades alteradas y brindan una guía a la enfermera para que esta pueda adaptar las intervenciones que va a realizar al paciente y a la familia que también es parte de su entorno, y evita enfocarse solamente al problema (la enfermedad).

Como profesional de enfermería parte del cuidado que se brinda a la mujer son los cuidados prenatales en los cuales toda mujer embarazada debe asistir a controles periódicos con el fin de que el personal de salud se asegure que todo va bien tanto para la madre como para el feto. Mediante el control prenatal, se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. Los controles prenatales se realizan durante los tres trimestres del embarazo, aunque se pueden ordenar más controles si es necesario para vigilar que el embarazo transcurra sin eventualidades.

Primer trimestre (entre la semana 1 y la semana 12): este es de suma importancia, pues en las primeras semanas del embarazo se pueden corregir riesgos que puedan afectar la salud de la madre y el desarrollo del bebé.

Segundo trimestre (entre la semana 13 hasta la semana 24): deben realizarse ecografías, exámenes y esquema de vacunación importantes, pues es en este trimestre donde la pareja puede tener más claro aspectos fundamentales del desarrollo del bebé como su sexo, sus medidas y hasta las posibles enfermedades que puede padecer.

Tercer trimestre: (a partir de la semana 25): se brindan recomendaciones en posturas y cuidados a la hora de tener relaciones sexuales.

Cuidados pediátricos del recién nacido, lo que deben esperar los padres del trabajo de parto, ecografías y exámenes que se crean convenientes para los días previos al parto.¹

El presente proceso atención de enfermería se realizó en una unidad hospitalaria en el servicio de Ginecología; se analizó el caso de una mujer adulta joven de 25 años con una gesta de 16.4 semanas que cursó con embarazo normoevolutivo. Dicho análisis se hizo utilizando las etapas del proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación.

Se le brindó un cuidado completo a la paciente para reducir complicaciones y/o cubrir las necesidades alteradas, así como información a los familiares para lograr una educación específica que le ayude al cuidado y mantenimiento del embarazo. Creando un ambiente seguro, empático y respetuoso.

¹ Educación para la Salud . (s.f.). Obtenido de <http://www.edusalud.org.mx/descargas/unidad03/tema03/prenatal/control%20prenatal2.pdf>

III. Justificación:

El proceso de atención de enfermería es un método sistematizado y dinámico el cual nos permite brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos centrados en objetivos (resultados) eficaces.

También promueve a las enfermeras a llevar a cabo una revisión profunda continuamente de lo que hacen y a que se plantearse cómo pueden mejorarlo.²

A lo largo de nuestra formación como personales de enfermería nos familiarizamos con este tipo de trabajo para poder brindar cuidado de calidad y con el proceso atención de enfermería podremos poner en práctica y evaluar los conocimientos teóricos y prácticos que debemos tener como egresados de la licenciatura de enfermería y obstetricia.

Según la OMS en datos y cifras:

- Unos 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente; 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.
- Las complicaciones durante el embarazo por desinformación en el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo.
- Cada año, unos 3 millones de mujeres de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.
- Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 25 años.

² Aprende en línea. Plataforma académica para pregrado y posgrado. (s.f.). Obtenido de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61914>

El proceso atención de enfermería se realizó con el fin de valorar el nivel de conocimiento que tiene la paciente sobre lo que engloba el embarazo, y el poder detectar factores de riesgo que puedan representar una amenaza para la salud e integridad de la paciente o para el propio embarazo. Con dicha valoración se detectaron deficiencias y se buscó cubrirlas.

Se le brindó información sobre los cambios físicos, fisiológicos y anatómicos que ocurren durante la gestación y sobre la prevención de enfermedades, fomentando el autocuidado y la promoción a la salud mediante el consumo de ácido fólico y suplementos propios del embarazo, toma de ecografías entre otras.

IV. Objetivos:

General:

Identificar riesgos en la paciente y las necesidades que se encuentren alteradas o en riesgo, para posteriormente brindar los cuidados e intervenciones necesarias para restablecer al máximo las necesidades con el fin de lograr un embarazo sin complicaciones.

Específicos:

- Realizar una valoración completa de la paciente, basada en la guía de valoración para la mujer embarazada desarrollada en las 14 necesidades de la teoría de Virginia Henderson; para así poder obtener los datos necesarios que contribuyan a la identificación de las necesidades alteradas y la valoración del conocimiento de la paciente.
- Identificar problemas reales y/o potenciales en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Elaborar un plan de cuidados que contribuya a cubrir las alteraciones de la paciente.
- Proporcionar cuidados que ayuden a evitar complicaciones durante el embarazo y se logre un buen parto.

V. Metodología:

Este trabajo se realizó en una unidad hospitalaria en el servicio de ginecología, procediendo a elegir a una paciente que contara con características de interés personal. La paciente seleccionada fue MCI; una adulta joven de 25 años de edad que presenta una amenorrea de 16.4 semanas de gestación que cursa con un embarazo normoevolutivo.

Se realizó la presentación con la paciente, y la explicación de lo que se realizaría para lograr una comunicación efectiva y obtener una valoración completa, de igual manera se informó sobre la exploración céfalo-podálica obteniendo su consentimiento y disposición.

Se le informó al personal de enfermería encargado del servicio sobre la realización del trabajo para así obtener más información sobre la paciente seleccionada. Mostrando mucha disposición en brindar información a detalle de cada eventualidad que se llegó a presentar y así poder complementarla con la información que se obtuvo de manera directa con la paciente.

Con la información se formularon diagnósticos de enfermería de las necesidades alteradas y se llevó a cabo una jerarquización. Se elaboró una planeación sobre las intervenciones para contribuir a la mejora y restablecimiento de las necesidades de la paciente. Se diseñó un plan de alta para que la paciente adquiriera información sobre el autocuidado y como mantener el embarazo a término. Se procedió a la evaluación para observar los resultados y valorar si las necesidades fueron cubiertas o hubo mejoría.

La información obtenida se extrajo de la revisión de diferentes fuentes (libros, artículos de investigación, páginas oficiales, guías de práctica clínica y expediente médico) para tener información fidedigna en la elaboración de este proceso atención de enfermería y tener bases fundamentadas para brindar los mejores cuidados.

VI. Marco teórico:

6.1. Enfermería como profesión disciplinaria:

A principios del siglo XX, la enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión, sin embargo, los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas. Aunque algunos pueden utilizar indistintamente estos dos términos (disciplina y profesión, sus significados no son los mismos).

Aunque la disciplina y la profesión están claramente interrelacionadas, tienen significados específicos que son importantes para su comprensión:

- Una **disciplina**: es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento.

La enfermería como disciplina tiene como finalidad facilitar el conocimiento necesario y suficiente que deben de utilizar los profesionales en la práctica, lo cual compromete a quien la ejerce a la actualización de conocimientos que contribuyan cada día más a su consolidación como ciencia del cuidado.³

- Una **profesión** hace referencia a un campo especializado de la práctica; esta creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan.

La enfermería como profesión, tiene como actividad específica el campo de la práctica orientada hacia el beneficio de las personas.⁴

Los éxitos de la profesión durante el siglo pasado fueron muy importantes para el desarrollo de la ciencia enfermera, aunque no llegaron de forma fácil. La historia demuestra que muchas enfermeras fueron pioneras en diversas causas y desafiaron los estatutos con ideas creativas tanto para salud de las personas

³ Inbiomed. (s.f.). Obtenido de http://www.inbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=245&id_seccion=4200&id_ejemplar=7569&id_articulo=76119

⁴ Facultad de enfermería y nutriología . (s.f.). Obtenido de http://fen.uach.mx/oferta_academica/2012/02/13/quien_es_un_profesional/

como para el desarrollo de la enfermería. Sus éxitos han dado paso a este momento excitante en el que la enfermería es reconocida como una disciplina académica y como una profesión.

Los trabajos teóricos enfermeros representan las ideas más generales y las presentaciones más sistemáticas del conocimiento enfermero; por tanto los trabajos teóricos enfermeros son cruciales para el futuro, tanto de la disciplina como de la profesión de la enfermería.

Importancia para la disciplina:

A medida que las enfermeras entraron a las escuelas en gran número durante la última mitad del siglo XX, empezó a llevarse el objetivo de desarrollar un conocimiento como base para la práctica enfermera. Proliferaron los programas de titulación universitaria, se desarrollaron masters en enfermería y aumentó la estandarización del currículo a través de un proceso de acreditación.

La enfermería ha pasado a través de etapas de desarrollo gradual. Las líderes enfermeras presentaron varias perspectivas diferentes para el desarrollo de la ciencia enfermera. Algunas defendieron la enfermería como una ciencia aplicada y otras proclamaron la enfermería como una ciencia básica.⁵

Metaparadigma:

El metaparadigma es la perspectiva más global y abstracta de la disciplina. La necesidad de definir la disciplina enfermera ha dado lugar a que se determinaran por consenso los fenómenos que debían ser investigados. Estos fenómenos son la persona, el entorno, la salud y el cuidado que forman el metaparadigma y tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina.

La función del metaparadigma, según Fawcett, es la identificación del campo de estudio, lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos representen una perspectiva única y diferenciada, por lo que debe abarcar todos los fenómenos de interés de una disciplina y hacerlo de una perspectiva neutral, es

⁵Marriner, A. (2007). Modelos y teorías en enfermería (6a ed.). España, Madrid: Elsevier.

decir, sin aportar o llevar implícito un modelo conceptual, a lo que se debe añadir la característica de ser universal.

Los componentes del metaparadigma son:

- **Persona:** incluye al individuo, familia y comunidad e identifica al receptor o receptores de los cuidados.
- **Entorno:** identifica las circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que afectan a la persona.
- **Salud:** estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal.
- **Cuidado:** la propia definición de enfermería, es decir, “las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras.

Las acciones enfermeras son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación”.

También es necesario establecer relaciones entre estos fenómenos para determinar el objeto de estudio de una disciplina. Estas relaciones proposicionales son cuatro:

- Persona-salud
- Persona-entorno
- Salud-cuidado
- Persona-entorno-salud.

El metaparadigma define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales, orientando la organización de los modelos y las teorías de una profesión.⁶

⁶Wesley, R. (1997). Teorías y modelos de enfermería. México, MEXICO: Mc Graw Hill/Interamericana de México.

6.2. El cuidado como objeto de estudio:

El término cuidado ha estado presente en el campo de la enfermería desde sus inicios; Florence Nightingale hace mención de él, utilizándolo para representar la ayuda que se prestaba a las personas para vivir o sobrevivir en sus ambientes físicos o naturales.

Según Colliere “cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca”

Es evidente que el cuidado implica un acto humano por lo que en la actualidad se habla de cuidado humanizado, que implica la puesta en práctica de valores como respeto, libertad, solidaridad y amor.

Jean Watson y Madeleine Leininger desde 1978 utilizaron en varios trabajos y conferencias el término cuidado humano.

Colliere dice que el cuidado que proporciona enfermería no es homogéneo, y que depende de las condiciones de los sujetos, de los recursos y los conocimientos que posee.

Hace la diferenciación de la naturaleza de los cuidados en dos:

Care: cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial.

Cure: cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado, con un estilo de vida propio determinado por su grupo, su cultura y su entorno.

El cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de la enfermería. Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla del campo de la salud. La literatura indica que el término cuidado ha venido usándose de manera creciente desde el decenio 1960-1969 hasta hoy en día.

Al revisar la literatura es evidente que la mayoría de ideas y fundamentos para articular y sistematizar de forma conceptual la noción del cuidado, se han extraído del campo de la filosofía y psicología existencial, humanista y personalista.

La enfermería es un cuerpo de conocimientos teórico-práctico que se caracteriza por poseer un objeto de estudio o de conocimiento, que le permite delimitar un campo de estudio que lo define o caracteriza, de tal forma que quienes conforman la comunidad científica compartan ese mismo objeto de estudio y un lenguaje común; es así que en la actualidad es aceptado de manera universal que el cuidado es el objeto de estudio de enfermería.

El acto de salvaguardar la integridad física del individuo es el resultado de la naturaleza misma del ser humano, con esto se puede decir que cuidar es un acto inherente en el individuo. El cuidado como objeto de estudio logra una relevancia muy significativa en la sociedad, pues es la misma sociedad la que demanda y justifica la existencia de éste.

La enfermería como disciplina que es, debe tener una amplia visión preestablecida relacionada con el cuidado profesional, debiendo reconocer a otros profesionales y al gremio como seres activos y trascendentes, considerando a la persona como un ser holístico, implementando la investigación con un abordaje cualitativo y cuantitativo capaz de retroalimentar la práctica de enfermería basada en el cuidado. El arte de cuidado es un arte y ciencia que puede transformarse en reflexivo, deliberado y autónomo, a través de la disciplina enfermera que integre su práctica como sólo es posible descifrar la complejidad del cuidado humano.⁷

⁷Reyes, E. (2015). Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. (2a ed.). México, Ciudad de México : Manual Moderno.

6.3. Proceso atención de enfermería:

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos centrados en unos objetivos (resultados) eficaces.

También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo.

El proceso de atención de enfermería es:

- Es un sistema abierto y flexible que satisface las necesidades particulares del paciente, la familia, los grupos o la comunidad.
 - Es un proceso cíclico y dinámico. Como todas sus etapas están relacionadas entre sí, no existe un comienzo ni un final absoluto.
 - Está concentrado en el paciente, es un método individualizado para cubrir las necesidades de cada paciente.
 - Mantiene una relación interpersonal y de cooperación.
 - Exige que la enfermera mantenga una comunicación directa y consistente con los pacientes para cubrir sus necesidades.
 - Sus actividades están programadas.
 - Tienen una finalidad concreta.
 - Favorece la capacidad creativa de la enfermera y del paciente para descubrir las maneras de resolver el problema de salud existente.
 - Hace hincapié en la información retroactiva, lo que permite volver a valorar el problema o revisar el plan de cuidados.
-

- Es universalmente aplicable. El proceso de enfermería se usa como estructura básica para prestar los cuidados en cualquier situación de salud, con los pacientes de todos los grupos de edad.⁸

El proceso enfermero proporciona la base para los exámenes para la provisión de plazas en el sistema público de salud, por lo que necesita estar familiarizada con él para poder responder a las preguntas. Cada vez dependemos más de los planes de cuidados estandarizados y computarizados; para poder usar esta información de manera segura, debe dominar los principios que rigen el proceso enfermero.

Sólo cuando sea una enfermera que se rige por la reflexión, en vez de una enfermera centrada en las tareas, estará en el mundo actual. Sólo entonces será capaz de pensar críticamente sobre cómo lograr los objetivos finales para:

- Promover, mantener o restaurar la salud (en las enfermedades terminales para controlar la sintomatología y fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte).
- Potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.
- Hallar formas de aumentar la satisfacción del usuario al administrarle cuidados de salud.

⁸Marriner, A. (2007). Modelos y teorías en enfermería (6a ed.). España, Madrid: Elsevier.

6.4. Etapas del proceso atención de enfermería:

6.4.1. Valoración:

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud del paciente. A lo largo de esta etapa se ha de obtener toda la información que se pueda.

Consta de cuatro componentes:

- 1) Obtención
- 2) Validación
- 3) Organización de datos
- 4) Identificación de los modelos⁹

Se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

Obtención de datos y validación:

En el contexto de la valoración de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del paciente.

Organizar de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas sanitarias del paciente e identificar los factores que intervienen. Posteriormente, esta base de datos será la base para las restantes fases del proceso de enfermería: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Tipos de datos:

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos:

- 1) subjetivos
- 2) objetivos
- 3) históricos
- 4) actuales.

⁹Alfaro, R. (1988). Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. Barcelona, España: Ediciones Doyma.

Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos tipos.

Datos subjetivos:

Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo.

A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre el estado de salud del paciente. Algunos ejemplos son las descripciones que hace el paciente del dolor, la debilidad, la frustración, las náuseas o el desconcierto.

La información proporcionada por otras fuentes distintas al paciente, por ejemplo la familia, los consultores y otros miembros del equipo de atención sanitaria, puede ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.

Datos objetivos:

Por contraste, los datos objetivos consisten en información observable y medible. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del paciente. Algunos ejemplos de datos objetivos son la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la presencia de edema y el peso.

Durante la valoración de un paciente, deberá considerar tanto los datos subjetivos como los objetivos.

Datos históricos:

Otra consideración a tener en cuenta al describir los datos se refiere al elemento tiempo. En este contexto, los datos pueden ser históricos o actuales. Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las

características de la salud normal del usuario y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto en el estado de salud actual del paciente. Algunos ejemplos de datos históricos pueden ser la hospitalización o cirugía previa, los resultados del electrocardiograma, las pautas de eliminación normales o enfermedades crónicas.

Datos actuales:

Por contraste, los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en ese momento. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del paciente. Algunos ejemplos son tensión arterial, vómitos o dolor postoperatorio.

Fuentes de datos:

Durante la fase de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como:

- 1) Primarias
- 2) Secundarias

Fuentes primarias:

El paciente es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Hay varias cosas que el paciente puede hacer con mayor previsión como son compartir las percepciones y sensaciones personales sobre salud y enfermedad, identificar objetivos o problemas concretos y validar respuestas a modalidades diagnosticas o de tratamiento.

Fuentes secundarias:

Es toda la demás información que no sea dada por el propio paciente. Estas en aquellas situaciones en las que el paciente no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el paciente. Entre las fuentes secundarias se encuentran los familiares o seres

queridos del paciente, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico.

Familiares, amigos y colaboradores pueden proporcionar también datos históricos oportunos relacionados con las características normales del paciente en su hogar, en el trabajo y en los ambientes de actividades de ocio. Cada una de estas fuentes secundarias puede contribuir a su base de conocimientos y así ampliar los datos disponibles para comparar y evaluar las repuestas del paciente.

Recogida de datos:

La recogida sistemática y continua de datos es la clave para realizar una valoración exacta de los pacientes.

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del paciente que exigen una intervención de enfermería.

La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar. Por tanto, será preciso establecer un sistema para determinar qué datos deben reunirse en primer lugar. Uno de estos mecanismos es la jerarquía de necesidades humanas.

Métodos de recogida de datos:

Se utilizan tres métodos para obtener información durante la valoración de enfermería y son:

- 1) Entrevista
- 2) Observación
- 3) Exploración física.

Técnicas para la recogida de datos:

Verbales:

Anamnesis: para obtener las percepciones de la respuesta humana del paciente, datos subjetivos y objetivos.

Reflexión: repetir o expresar de otra forma la respuesta del paciente, para que continúe dando más información al respecto.

Declaraciones complementarias: usar frases cortas para animar al cliente a continuar hablando del tema.

No verbales:

- a) Expresión de la cara
- b) Posición corporal
- c) Respuesta al contacto
- d) El tono y velocidad de la voz.

Características de la recogida de datos:

Sistemática: existen varios enfoques útiles para valorar en forma sistemática tales como: de la cabeza a los pies, por sistemas corporales, por patrones funcionales y por pautas o tipos de respuesta humana.

Continua: Permite confirmar la existencia de problemas previos y conocer el progreso según los resultados esperados.¹⁰

6.4.2. Diagnóstico:

Procesamiento de datos:

- ✓ Clasificarlos según patrones y según datos claves para cada patrón.

Interpretar los datos:

- ✓ Buscar datos claves que indique riesgos, potencialidades signos y síntomas.
- ✓ Usar razonamiento inductivo o deductivo. Analizar y deducir.

¹⁰ Alfaro, R. (1988). Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. Barcelona, España: Ediciones Doyma.

- ✓ Validar la interpretación de los datos. Frente a sus conocimientos y de los demás del grupo profesional o de profesionales afines.

Errores en el procedimiento de datos:

- ✓ En la recolección.
- ✓ En la interpretación.
- ✓ En la falta de conocimientos clínicos.

La formulación del diagnóstico:

Algunas definiciones útiles de diagnóstico de enfermería:

Según Linda Carpenito un diagnóstico “Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería”.

Para Shoemaker un diagnóstico “Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad del profesional de enfermería”.

Que es un diagnóstico de enfermería:

- ✓ Problemas de salud del sujeto.
- ✓ Respuestas humanas a la enfermedad.
- ✓ Respuestas humanas frente a la salud: prevención, promoción y mantenimiento.

Los profesionales de enfermería son responsables de: diagnosticar y tratar las respuestas humanas a los problemas de salud.

El diagnóstico de enfermería comprende en primer lugar, el examen de áreas identificadas como áreas de función independiente de la profesión, es decir que

pueden ser tratadas por el profesional de enfermería, sin que para ello se requiera de orden o autorización por parte de otros profesionales.

Esas funciones independientes comprenden:

- ✓ Formas de prevención y promoción.
- ✓ Formas de rehabilitación

Estructura del diagnóstico de enfermería:

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

- ✓ P = Problema
- ✓ E = Etiología
- ✓ S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

Tipo de diagnóstico	P	E	S
Real	✓	✓	✓
De riesgo	✓	✓	
De salud y promoción a la salud.	✓		

El problema se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La etiología son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación.

Los signos y síntomas, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la mismo.

Tipos de diagnósticos de enfermería:

- ✓ **Reales:** describen problemas y alteraciones de la salud del individuo, validados clínicamente mediante la presencia de signos y síntomas que lo definen.

El enunciado de los diagnósticos de enfermería reales, consta de tres partes:

Problema de salud + Etiología + Signos y síntomas.

- ✓ **Riesgo:** son juicios clínicos que realiza la enfermera en los que valora la existencia de una mayor vulnerabilidad de la persona a desarrollar un problema concreto que el resto de la población en la misma situación. El enunciado de estos diagnósticos de enfermería consta de dos partes:

Problema de salud + Etiología

- ✓ **De salud y promoción a la salud:** son juicios clínicos que realiza la enfermera ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz, pero con interés en mejorarla. En estos diagnósticos deben estar presentes dos circunstancias obligatoriamente

1. Estado o situación de funcionamiento actual eficaz.
2. Deseo de un mayor nivel de bienestar.

Para la formulación de estos diagnósticos, es necesario basarse más en los deseos expresos por el cliente, que en los observados, evitando juzgar si su estado actual de salud es suficientemente eficaz o no. El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte:

Problema de salud

Características esenciales de un diagnóstico.

Según Shoemaker.

Un diagnóstico de enfermería:

- ✓ Es el resultado de un problema o del estado de salud de un paciente.
- ✓ Puede referirse a problemas potenciales de salud.
- ✓ Es una conclusión que se basa en un patrón o grupo de signos y síntomas que puedan confirmarse.
- ✓ Es el enunciado de un juicio de enfermería.
- ✓ Se refiere a una condición que la enfermera tiene autoridad legal para tratar.
- ✓ Se limita a aquellas condiciones que pueden ser tratadas independientemente por enfermería.
- ✓ Se refiere a condiciones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.
- ✓ Es un enunciado de dos partes.

Algunas reglas para escribir diagnósticos de enfermería:

- ✓ Escribir el diagnóstico en términos de respuestas en lugar de necesidades.
- ✓ Usar los términos “relacionados con” o “asociados a” en lugar de “a causa de” o “debido a”.
- ✓ Escribir el diagnóstico en términos que no tengan implicaciones de responsabilidad jurídica.
- ✓ Escribir el diagnóstico sin que se refleje juicios de valor o prejuicios de la enfermera.
- ✓ Evitar invertir las partes del diagnóstico.
- ✓ Evitar escribir signos y síntomas en la primera parte del enunciado.
- ✓ En la primera parte del enunciado solo se incluyen problemas.
- ✓ Las dos partes del diagnóstico no deben significar lo mismo.

- ✓ El problema y las etiologías deben expresarse en términos que sugieren que tanto la situación problema como la etiología asociada puede modificarse con intervenciones del campo de enfermería.
- ✓ En ninguna de las dos partes del diagnóstico de enfermería va el diagnóstico médico.

Beneficios del uso de diagnóstico de enfermería.

- ✓ Sirve de enfoque para el proceso de enfermería, lo fortalece. Sirve para dirigir las intervenciones de enfermería porque los tratamientos que propone están relacionados con el diagnóstico.
- ✓ Acelera la comunicación entre las enfermeras. Se garantiza un sistema rápido de comunicación al consolidar una cantidad de información en frases cortas.
- ✓ Clarifica las funciones independientes del profesional de enfermería y aumenta la acreditación de enfermería.
- ✓ Ofrece principios y estructuras para organizar la educación, la práctica y la investigación de enfermería.

La verificación de los diagnósticos es la tercera fase de la etapa diagnóstica:

Una vez se enuncien los diagnósticos, el profesional de enfermería deberá verificar los diagnósticos y validarlos con el paciente ya que su percepción del problema y de causas asociadas por parte de él es importante para confirmarlo.

El registro de los diagnósticos, es la cuarta fase de la etapa diagnóstica:

Como el resultado del proceso de diagnóstico y de la asignación de enunciados para nominar los problemas, se tiene una lista que prácticamente es la culminación de las dos primeras etapas del proceso de enfermería.

Vale la pena revisar esta lista para ver si hay repeticiones, o si se pueden agrupar problemas iguales con etiologías diversas o tener varios problemas con la misma etiología.¹¹

6.4.3. Planeación:

Esta tercera etapa se inicia con los diagnósticos de enfermería y concluye cuando se registran las intervenciones del cuidado de enfermería.

Consta de cuatro partes:

- Selección de prioridades
- Determinación de los resultados esperados
- Determinación de las acciones para lograrlos
- Registro del plan.

La selección de prioridades:

Como resultado de la valoración enfocada según los intereses de enfermería se llega a la identificación de un número variado de diagnósticos ya que enfermería potencialmente puede identificar múltiples facetas de la funcionalidad del individuo que se afectan en un momento dado como respuestas humanas a una condición anormal.

También es cierto que para garantizar la efectividad y hacer buen uso de recursos, enfermería debe decidir las prioridades en materia de diagnóstico por la imposibilidad de planear para todos los problemas encontrados. Determinar prioridades es una habilidad cognitiva que requiere desarrollar un pensamiento crítico.

¹¹ Alfaro, R. (1988). Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. Barcelona, España: Ediciones Doyma.

Las prioridades se establecen según Kozier, teniendo en cuenta el momento de definir la prioridad:

- La importancia vital del problema encontrado o según el concepto de triage.
- La jerarquización de las necesidades básicas, de acuerdo a la teoría de Maslow.
- La prioridad que les da el usuario.
- Los planes de tratamiento médico
- Los recursos de enfermería.
- El interés particular del programa que se ofrezca por razones preestablecidas.

Determinación de los resultados esperados, objetivos o metas:

Las respuestas reales o potenciales del usuario son considerados problemas y se enuncian utilizando las categorías diagnósticas de enfermería. Los resultados esperados son situaciones que implican cambios totales, parciales o si no hay cambios, por lo menos se espera que no haya empeoramiento de la respuesta humana disfuncional.

Los resultados deben dirigirse a la primera parte del diagnóstico. Estos resultados ayudan a definir conductas a fin de demostrar que se ha corregido, disminuido o prevenido el problema. Aun cuando la determinación de resultados esperados es parte del planeamiento también son la base para la evaluación posterior. Sirven además para orientar en parte las intervenciones.

Los términos metas, objetivos y resultados esperados son prácticamente intercambiables y en este ejercicio se usan sin importar como se denominen, lo que se busca es lo mismo: guiar el plan de cuidados. Existen algunas normas para escribir los resultados esperados o metas.

Los resultados deben:

- Estar centrados en el usuario.
- Ser breves y claros.

- Ser comprobables y medibles.
- Ajustarse a la realidad.
- Decididos conjuntamente con el usuario, si es posible.
- Es necesario tener un término de tiempo.

Del mismo modo que las respuestas humanas disfuncionales se pueden encontrar en el campo físico, emocional, social espiritual, los resultados esperados deben abarcar múltiples aspectos.

Entre estos tenemos:

- Aspectos y funciones del cuerpo.
- Sistemas específicos.
- Conocimientos.
- Habilidades psicomotoras.
- Estados emocionales.
- Respuesta al tratamiento
- Órdenes de enfermería.

Las órdenes de enfermería son las acciones de intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente a lograr los resultados esperados.

Estas acciones deben reunir ciertas características como son:

- Ser coherentes con el plan de cuidado general.
- Basarse en principios científicos.
- Ser individualizados para cada situación en concreto.
- Propiciar todas las oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje.
- Tener en cuenta la utilización de recursos apropiados.

Las órdenes de enfermería se refieren principalmente a acciones que deben ser cumplidas por el personal de enfermería. Debe recordarse que la enfermera también recibe órdenes del personal médico, usualmente estas órdenes se incluyen en el plan de atención general y se acompañan de las órdenes para actuaciones propuestas con base en diagnósticos de enfermería.

El plan de atención de enfermería se escribe en el formato dispuesto por la institución y debe necesariamente comprender:

- Diagnóstico de enfermería.
- Resultados esperados (para cada diagnóstico prioritario).
- Ordenes de enfermería.

El plan médico está plasmado en las órdenes médicas y en general se traslada a tarjetas para drogas, a un registro para control de órdenes de laboratorio o interconsultas.

Algunas veces, del mismo tratamiento médico se derivan algunos diagnósticos de enfermería, casi siempre de tipo potencial.

Determinación de las órdenes de enfermería:

Para este aspecto el profesional de enfermería utiliza el proceso de solución de problemas que consiste en:

- Definir el problema.
- Identificar las alternativas posibles de solución.
- Seleccionar las alternativas factibles.

Para cada problema y su respectiva meta, el profesional de enfermería se basa en unas hipótesis cuando predice que ciertas alternativas son apropiadas para lograr ciertos resultados esperados.

Las órdenes se pueden formular con base en las experiencias que han tenido éxito en el pasado tanto a nivel personal como de otros colegas.

En el programa propuesto por un equipo de profesionales para manejar una situación con varios enfoques, tanto las metas como las actuaciones que se determinen para el programa se basaran en:

- Los problemas identificados por cada grupo de profesionales.
- En las propuestas de solución para dichos problemas que se estructuran de manera que se ejecuten organizada y sistemáticamente.

Las órdenes de enfermería tienen los siguientes componentes que deben estar siempre cuando se escriben:

- La fecha
- Un verbo con los calificativos precisos que indique la acción.
- Especificaciones de quien, qué, donde, cuándo, cómo, cuánto.
- Modificaciones que se hagan a un procedimiento estandarizado.
- La firma.

Los registros del Plan de Cuidados:

El plan de cuidados de enfermería es el punto culminante de varios pasos que los proceden y se espera que el profesional de enfermería produzca como su decisión el plan de acción a seguir a fin de lograr resultados frente a ciertas situaciones problemáticas.

Es evidente que, si no hay planeamiento o si este no se registra, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presenten.

Un plan de cuidado no es fruto del azar ni de la intuición; para hacerlo se requiere demostrar la capacidad para valorar y diagnosticar.

Cuando decimos que planeamos, pero no aparece escrito el plan, no hay evidencia y no puede cumplir con las finalidades que se persiguen:

- Servir de esquema para dirigir las acciones de enfermería que buscan cubrir todas las necesidades de salud del paciente.
- Proporcionar mecanismos para prestar un cuidado específico y coordinado.
- Servir como instrumento de comunicación entre las enfermeras y otros miembros del equipo de salud.

- Servir de guía para la evaluación de la afectividad de los cuidados brindados (los resultados esperados del plan).

Finalmente, los planes de atención de enfermería deben:

- Ser escritos por enfermeras profesionales.
- Iniciarse al primer contacto con el paciente.
- Estar disponibles para que el resto del personal los conozca.
- Estar actualizados y ser pertinentes con la condición clínica del usuario.

Existen tres tipos de planes que se puedan formular:

- Planes terapéuticos (T⁰)
- Planes de enseñanza (E)
- Planes de diagnóstico (D)

Al escribir las órdenes debe especificarse de cuál de ellos se trata.¹²

6.4.4. Implementación:

La elaboración del plan se inicia generalmente tan pronto se tiene elaborado el plan, es decir, muy pronto después de la administración y de la preparación de la valoración seguida del diagnóstico. En algunas unidades como urgencias, unidad de cuidados intensivos y salas de parto hay protocolos preestablecidos como planes y una vez que se identifica los problemas se procede a actuar con base en los protocolos.

A los profesionales de enfermería se les identifica más que todo por lo que hacen, más que por los problemas que tratan. Actualmente, para desarrollar el conocimiento de enfermería se está enfatizando en que enfermería determine los

¹² Alfaro, R. (1988). Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. Barcelona, España: Ediciones Doyma.

problemas que pueden tratar, las metas que pretende alcanzar y las acciones más adecuadas para solucionar dichos problemas.

La etapa de implementación es tan importante como las demás, el profesional de enfermería, entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del paciente y ajustar el plan.

De acuerdo con los planes y la condición del paciente, la implementación del plan puede estar a cargo del paciente y la familia; del paciente y el profesional de enfermería; el profesional de enfermería; el profesional de enfermería y otros miembros del equipo para actuar bajo la dirección del profesional de enfermería. En el paciente ambulatorio lo ejecuta el paciente mismo y los miembros de su familia; algunas veces la familia puede participar en el cuidado interhospitalario.

En esta etapa el proceso de enfermería son muy valiosos los siguientes atributos:

- ✚ Capacidades intelectuales.
- ✚ Capacidades interpersonales.
- ✚ Capacidades técnicas.

Las capacidades para tomar decisiones, la observación y la comunicación son aspectos significativos que aumentan las probabilidades de éxito durante la ejecución tanto del profesional de enfermería como de los miembros del equipo de salud.

El éxito de planeamiento depende de la capacidad profesional de enfermería para ponderar el valor de nuevos datos que se obtienen durante la ejecución y de las capacidades de innovación y creatividad para realizar adaptaciones apropiadas, para compensar aspectos singulares que aparecen en el curso del cuidado ya sean estas físicas, emocionales, culturales, espirituales. Este tipo de acciones son necesarias para resolver o atenuar el problema del usuario.

Las acciones realizadas por la enfermera pueden ser funciones:

- ✚ Independientes
- ✚ Interdependientes

Las interdependientes se refieren a la ejecución de indicaciones médicas relativas a medicamentos y tratamientos que forman parte del plan de atención médica así como la colaboración con miembros del equipo de atención multidisciplinaria para lograr un objetivo específico. El desempeño de las funciones interdependientes no implica seguir indicaciones de otros miembros en forma mecánica; más bien, es preciso ejercitar la crítica reflexiva y la emisión de juicios fundamentados para tomar decisiones relativas.

Campbell utiliza algunos conceptos para referirse a esta parte del proceso de enfermería según “Las funciones de enfermería incluyen actividades que reflejan responsabilidades de la enfermera en la realización del tratamiento de salud como son: acciones de enfermería, observación, educación y tratamientos médicos”.

Las actividades de enfermería están diseñadas para cubrir las necesidades humanas que se han deducido con base en el problema del usuario. Con el fin de determinar e iniciar las actividades, el profesional de enfermería debe centrarse en conocimientos científicos y una extensa formación en enfermería.

Existen tres categorías de actividades de enfermería iniciadas independientemente:

- ✚ Procedimientos de enfermería.
- ✚ Observación de enfermería.
- ✚ Educación en salud.

Según Lyer y Taptich la ejecución del plan, independientemente del escenario donde se cumpla, comprende tres sub-etapas:

1. Preparación
2. Intervención
3. Registros

La etapa de preparación es necesaria para poner en marcha el plan. En la preparación se consideran una serie de actividades que en muchas oportunidades no se les da la consideración necesaria, por lo cual puede fracasar todo el plan preparado.

Estas actividades incluyen:

- ✚ Revisar las acciones que se han propuesto en el plan escrito.
- ✚ Analizar los conocimientos y habilidades que se requieren para cumplirlos con seguridad para el paciente.
- ✚ Identificar las complicaciones potenciales que conllevan dichas actuaciones para el paciente.
- ✚ Determinar y procurarse los recursos necesarios.
- ✚ Preparar un ambiente idóneo para las actividades que se propone cumplir.
- ✚ Identificar y considerar los aspectos legales y éticos de las intervenciones de enfermería.

La revisión de las acciones a ejecutar obedece a la necesidad de actualización que el plan requiere. De acuerdo a la condición del paciente, el plan escrito previamente puede variar total o parcialmente y es necesario percibir los aspectos que en el momento de la ejecución no serían apropiados. El plan no es rígido sino que se configura y ejecuta para proveer un servicio óptimo al paciente.

El análisis de los conocimientos y habilidades que se requieren hace posible que el paciente reciba un cuidado de óptima calidad. Para el profesional de enfermería que administra el cuidado, le permite delegar o no en otros ciertos aspectos del cuidado con base en la disponibilidad de personal capacitado.

Una justificación sobre los conocimientos y habilidades para destinar personal a ciertas tareas serviría como elemento de juicio para proponer una dotación de personal en número y calidad necesarios. La identificación de posibles complicaciones en las acciones que el profesional de enfermería cumple, ya sean actividades interdependientes o independientes, exige que el cuidado de los pacientes esté dirigido por personal capacitado y conocedor del cuidado específico requerido.

Cuando el cuidado queda en manos de personas con poco conocimiento o juicio para determinar los riesgos, los resultados pueden ser complicaciones graves. Los profesionales de enfermería recién egresados requieren de oportunidad de recibir

un entrenamiento supervisado y dirigido científica y técnicamente para cumplir tareas específicas en un grupo de pacientes.

En muchas circunstancias es el profesional de enfermería quien se encarga de descartar todas las posibilidades de accidentes, de lesiones, de contaminación, de negligencia, de olvido en lo que se respecta al tratamiento de los pacientes. Por ello es quizá una de las principales implicadas cuando hay fallas.

Para prevenir implicaciones legales y éticas, al ejecutar las acciones del plan, Lyer, recomienda tener en cuenta:

- ✚ Los derechos del usuario.
- ✚ Código de ética de enfermería
- ✚ Aspectos legales

La misma autora enumera los derechos del usuario de acuerdo con la declaración de derechos del usuario:

- ✚ Tener una atención considerada y respetuosa.
- ✚ Recibir información del equipo de salud.
- ✚ Dar su consentimiento a procedimientos solo después de recibir información.
- ✚ Rechazar el tratamiento cuando lo desee.
- ✚ Mantener su privacidad.
- ✚ Mantener la confidencia en lo que concierne al personal.
- ✚ Recibir respuestas razonables cuando formula preguntas.
- ✚ Recibir información sobre las relaciones existentes entre las instituciones o entre los profesionales que se han responsabilizado de su cuidado.
- ✚ Saber el nombre de su médico.
- ✚ Saber si se está haciendo investigación que lo involucra y pedir su consentimiento.
- ✚ Tener información y explicaciones sobre sus cuentas.

- ✚ Tener conocimiento de las reglas y normas que regulan la conducta del cliente mientras esté en la institución.

Otro aspecto importante al implementar las acciones son las implicaciones legales de negligencia profesional. Para que se puedan formular cargos de negligencia contra el profesional de enfermería debe considerar:

- ✚ Las obligaciones de cuidado del paciente (dar cuidados de acuerdo con estándares).
- ✚ Infracción de las obligaciones (ha habido violación de las obligaciones con el cliente).
- ✚ Lesiones (se han producido daños físicos y emocionales).
- ✚ Las lesiones deben ser el resultado de infracción de las obligaciones.

Por negligencia pueden entenderse actos de omisión como cuando no se inicia la administración de un medicamento o tratamiento ordenado por el médico. También pueden ser actos de omisión aquellos en que se da al paciente la droga o el tratamiento incorrecto. Otras formas de negligencia suceden cuando se delegan las responsabilidades a otros practicantes o estudiantes. El profesional de enfermería, debe responder por lo que suceda ya que es ella quien tiene, por su rango y licencia de práctica, la responsabilidad de cumplir con la orden médica y las ordenes de enfermería.

A medida que se implementa las acciones para y con el paciente se va haciendo valoración y de esta surgen inmediatos planes, ya sean terapéuticos o de enseñanza. Dentro del concepto de interacción de las diversas etapas del proceso de enfermería cabe destacar aquí de qué manera cada etapa del proceso genera información hacia la etapa siguiente, hacia lo anterior o hacia todas.

La etapa de implementación, que es la que implica mayor proximidad al usuario, da las mejores oportunidades para reiniciar el proceso de enfermería. De la implementación se obtienen datos para valoración y diagnóstico; de la

implementación se obtienen datos para modificar el plan y la implementación misma y, por supuesto, datos para evaluar los resultados pues, mientras se da el cuidado se están percibiendo todas las respuestas que indican el éxito o el fracaso del plan.

El Registro de las implementaciones del Plan:

El tercer paso en la implementación es el registro de las acciones cumplidas y sus resultados. Las acciones de enfermería se comunican tanto oralmente como por escrito. Los profesionales de enfermería tienen generalmente personas específicas a quienes rinden los informes: a jefe del equipo, coordinadores, profesionales y demás integrantes del siguiente turno.

Razones para los registros:

El registro o carpeta del paciente es un compendio escrito sobre el estado de salud y el cuidado dado al paciente. Describe la salud del paciente, especifica las medidas diagnósticas y terapéuticas y las respuestas del paciente; éstos incluyen también los registros hechos por enfermería.

Son varias las razones por las cuales se producen y conservan los registros.

Las más destacadas son:

- ✚ **Comunicación:** mediante los registros se comunican los miembros del equipo de salud. Aun cuando hay comunicación verbal entre ellos, la comunicación escrita es eficiente y permanente. Se evitan errores y se puede pasar información de unos a otros.

- ✚ **Documentación legal:** Los registros sirven para documentar defensas en juzgados y tribunales, siempre y cuando la ley lo permita o si el paciente no se opone por violación a su privacidad.

Los registros, desde el punto de vista legal, pueden constituir pruebas para la defensa del personal de enfermería, médico o del mismo paciente.

- ✚ **Investigación:** los registros pueden ser instrumentos valiosos para la investigación, inicialmente de investigaciones de tipo retrospectivo. Para el usuario mismo que pueda olvidar detalles de su historia, los registros sirven para conducir adecuadamente el tratamiento.
- ✚ **Estadística:** los registros sirven para que las instituciones puedan establecer planes para futuras necesidades basadas en datos estadísticos y tendencias. Todo ello se obtiene de los registros.
- ✚ **Educación:** los registros son muy valiosos para el proceso educativo de todos los profesionales de salud. En los registros se puede tener una visión completa del paciente, si todas las esferas del individuo se han considerado y si las disciplinas involucradas han hecho registros.
- ✚ **Auditoria:** los registros sirven también para controlar la calidad del cuidado que recibe el paciente y las capacidades del personal que da el cuidado. Una auditoria de enfermería revisa concretamente el cuidado de enfermería. Es con frecuencia de tipo retrospectivo del cuidado dado y se hace comparándolo con estándares o normas preestablecidas.

Criterios para escribir órdenes de enfermería:

- ✚ Implican funciones independientes de enfermería. No dependen totalmente de las órdenes médicas.
- ✚ Pueden ser la interpretación que hace la enfermera de las órdenes médicas.
- ✚ Emplear al máximo la independencia del individuo. No deben formularse órdenes de enfermería cuando el paciente es capaz terapéuticamente de atenderse por sí mismo.
- ✚ Se deben relacionar específicamente con los resultados esperados que se han propuesto.

- ✚ Deben ser tan específicos que no se mal interpreten por las enfermeras del siguiente turno.
- ✚ Sea breve, no repita.
- ✚ Cuando las acciones de enfermería son las mismas para dos problemas - combine los problemas.
- ✚ Incluya órdenes para todos los turnos y no solo para el suyo.
- ✚ Firmado por la persona que lo elabora. Cualquier persona que desea discutirlo puede saber a quién dirigirse.
- ✚ La enseñanza sobre salud debe escribirse: Lo que se va a enseñar. Quién lo va a enseñar. A quien lo va a enseñar. Las técnicas especiales: videos, folletos, otros. Deben marcarse como cumplidos cuando se ejecuten. Firmar y poner fecha. Si se requieren ser repetidos, señalarlo.
- ✚ Las acciones de enfermería que tienen que ejecutarse una sola vez generalmente no se escriben en el plan de cuidados. Simplemente se ejecutan.
- ✚ Las órdenes de enfermería deben incluir también observaciones específicas como: observar la caída de TA, pulso rápido y aumento de respiración.¹³

6.4.5. Evaluación:

La quinta etapa del proceso de enfermería ha sido en muchos casos olvidada, argumentando que no es fácil cumplir con ella, bien por falta de tiempo o porque las etapas que la han precedido tampoco han sido cumplidas a cabalidad.

Algunos autores, entre ellos Kelly, proponen la evaluación como núcleo del proceso de enfermería que ella llama modelo de juicio-acción. Para esta autora la evaluación tiene un significado de decisiones para asignar valores a la información con el fin de pesar, discriminar, cuantificar y calificar.

¹³ Alfaro, R. (1988). Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. Barcelona, España: Ediciones Doyma.

Esta forma de evaluación es diferente a la conocida evaluación de resultados. Griffith y Christense señalan que la evaluación ideal es una parte integral de cada uno de los componentes del proceso y no solamente una de las etapas del mismo.

Valoración:

La evaluación en la valoración comprende la ponderación de los datos respecto de su significado para formular hipótesis diagnósticas posteriormente. También contribuye a reconocer que faltan datos y mantener el principio de continuidad.

Diagnóstico:

En la evaluación de esta etapa se puede considerar todos los diagnósticos que se asocien a los datos obtenidos, como hipótesis. La evaluación y prueba de la utilidad de estas hipótesis tiene lugar a lo largo de posteriores valoraciones del estado del paciente y del juicio crítico que se haga a los resultados y las intervenciones.

Planeación:

En esta etapa se hace evaluación crítica cuando se está formulando el plan y luego cuando se ha ejecutado para medir los resultados obtenidos.

Los planes se evalúan en dos sentidos:

- Si son adecuados para el paciente.
- Si se ajustan a normas preestablecidas

Se pueden juzgar los planes formulados al compararlos con planes estandarizados en las instituciones o en los textos. Así la evaluación en la etapa del planeación, juzga, si los planes propuestos son comparables a los estandarizados y además si tales planes se ajustan a la condición particular del paciente.

Ejecución:

La evaluación se centra en las acciones como en el progreso. Los resultados en términos del comportamiento del paciente son en esta etapa tan importantes como en las dos anteriores. Sin embargo, cuando se hace evaluación a la vez que se realizan las actividades, esto puede tener varios fines adicionales.

- Evaluar la capacidad de quienes ejecutan el plan, ya sea por auto evaluación o por evaluación personal por los superiores.
- El conocimiento sobre las actividades se pueden evaluar observando las intervenciones al tiempo que se ejecutan. Si la ejecución la realiza el usuario, entonces tiene que hacerse juicio crítico y lograr fines diagnósticos al identificar si el paciente requiere ayuda.
- Determinar los esfuerzos que se requieren para ejecutar las acciones de enfermería. En cada situación puede haber factores que afectan el progreso y la ejecución de cualquier intervención programada.
- Para asegurar la cooperación y persistencia en las actividades de intervención se requiere evaluar los esfuerzos, los conocimientos y las habilidades de los ejecutores.

Otro factor que se considera en la evaluación de la ejecución del plan es la evaluación por parte del paciente. Esta evaluación es tan importante como la que hace el profesional de enfermería de los resultados.

Evaluación de los resultados:

La evaluación de los resultados se dirige a los comportamientos y es la que con más frecuencia se utiliza cuando se habla de la etapa de evaluación en el proceso atención de enfermería. Cuando los resultados son los que se esperaban entonces se juzga que son apropiadas las etapas de diagnóstico, planeación y ejecución del plan. Estos resultados son los que se propusieron como resultados esperados en la etapa de planeamiento.

Su formulación en forma de conductas objetivamente observables hace posible ese juicio ya que son indicadores del progreso. Si los resultados están dentro de la dirección deseada, se considera que los diagnósticos existentes, los juicios clínicos, las órdenes de enfermería y los métodos de intervención permanecerán sin modificar.

En caso de que no se logren los resultados será necesario iniciar nuevamente la recolección de datos adicionales, formular diagnósticos, hacer planes e intervenciones nuevas. Se recomienda en general que la evaluación de los resultados considere los siguientes pasos:

- Hacer una lista de todos los resultados que se propusieron en el plan con las fechas límites.
- Valorar al paciente para ver si demuestra cambios en su apariencia, en su estado físico, en lo que hace, dice según se ha propuesto en el plan al proponer las metas o resultados esperados.
- Establecer la comparación entre lo que se planeó y lo que se alcanzó en el plazo establecido y condiciones prefijadas.
- Discutir con el paciente sus percepciones e ideas respecto a los cambios alcanzados o los que no se lograron.
- Examinar más detenidamente las metas y su logro:
 - a. Si se lograron fácilmente es quizá porque el profesional de enfermería propuso metas a largo plazo que pudieran haberse programado para lograrlas en menos tiempo.
 - b. En ese mismo tiempo probablemente el paciente podrá estar alcanzado. Discutir estos aspectos con el paciente y su familia. No hay que olvidar que a la familia le cuesta el tiempo de atención de salud y que las tarifas generalmente son altas.
- Registre sus hallazgos. Escriba una nota evaluativa en la columna de evaluación del plan o en el lugar acordado por la institución.¹⁴

¹⁴Cisneros, F. (2015). Artemisa.unicauca.edu. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>

6.5. Teoría de Virginia Henderson:

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".

De acuerdo con esta teoría, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

El entorno, aunque no está claramente definido, aparecen sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. La salud es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano. La salud requiere independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas. El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad.

6.5.1. Elementos fundamentales de la teoría:

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
 - Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
-

- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1. **Oxigenación:** respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alveolo pulmonar permiten satisfacer esa necesidad.
2. **Alimentación e hidratación:** es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.
3. **Eliminación:** es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente, la menstruación es la eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.
4. **Movimiento y mantener una postura adecuada:** es la necesidad para todo ser vivo en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y actividades físicas.

5. **Sueño y descanso:** es la necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.
6. **Vestirse y desvestirse:** es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias, para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la libertad de movimientos.
7. **Termorregulación:** es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante, la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1 c y 38.0 °C, para mantenerse en buen estado.
8. **Higiene:** es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.
9. **Evitar peligros:** es la necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
10. **Comunicación:** es la necesidad que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.
11. **Creencias y valores:** es una necesidad para todo individuo, hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

12. **Trabajar y realizarse:** es una necesidad para todo individuo; esto debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo, le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.
13. **Recreación:** es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
14. **Aprendizaje:** es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de su comportamiento o la adquisición de nuevos comportamientos.

Fuente de dificultad:

Normalmente las necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente).

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo:

- Físico
- Psicológico
- Sociológico
- Relacionado a una falta de conocimientos.

Se entiende como fuente de dificultad a aquellos obstáculos o limitaciones que impiden a la persona que pueda satisfacer sus necesidades, es decir las causas u orígenes de la dependencia.

Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad:

- **Falta de fuerza:** se entiende por ésta a la falta de capacidad física o habilidades mecánicas de las personas y la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- **Falta de conocimiento:** incapacidad de no saber hacer o como mantener cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- **Falta de voluntad:** se refiere a la falta de compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.¹⁵

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, y dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

¹⁵Iztacala, F. (s.f.). Fes Iztacala. Recuperado el Septiembre de 2017, de <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/virginia.pdf>

- **Variables:** estados patológicos

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención:

- **Como sustituta:** se da cuando el paciente tiene una enfermedad grave, y la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- **Como ayuda:** se da por periodos de convalecencia en los que la enfermera ayuda al paciente para que este recupere su independencia.
- **Como compañera:** se da cuando la enfermera supervisa y educa al paciente, pero es él quien realiza su propio cuidado.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de Enfermería:

- **Persona:** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. Tanto el individuo sano o el enfermo anhelan el estado de independencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- **Salud:** Definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por si sólo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es

una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional).

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

- **Entorno:** Son todas las condiciones externas que influyen en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.
- **Enfermería:** Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente.

Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia.¹⁶

¹⁶Iyer, P. (1993). Proceso y diagnóstico de enfermería. España: S.A. McGraw-Hill/Interamericana de España .

6.6. Problemática de salud de la persona:

El derecho de los niños, niñas y adolescentes a una educación de calidad es un aspecto fundamental para el desarrollo de cada país. En México, se han alcanzado importantes logros en las últimas décadas. La cobertura en educación primaria en México ha llegado a ser casi universal, lo que representa un indudable logro de la política pública nacional en los últimos años.

No obstante los importantes avances, aún persisten retos importantes en la educación. La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo en 2016 señaló que todavía hay un número importante de niños, niñas, adolescentes y adultos jóvenes que no asisten a la escuela (cerca de 3.1 millones).

La realidad de fuertes disparidades y exclusión social del país se refleja todavía en niveles desiguales de cobertura en educación primaria, con brechas importantes en el nivel preescolar y fundamentalmente en la secundaria y en la media superior, donde una proporción significativa de los sectores pobres o más vulnerables no accede y muchos de los que ingresan no pueden concluir.¹⁷

Estas desigualdades dan como resultado "La desinformación, la falta de educación y recursos, haciendo que los jóvenes se encuentren en desinformación total" afirma la psicóloga Pilar Cely.

La psicóloga Pilar Cely mencionó que las reacciones a la hora de un embarazo son muy diferentes y que eso depende muchas veces de la educación recibida, del estrato socioeconómico en el que se encuentren y de la base familiar.

Embarazarse trae muchos cambios de orden médico y social. Los expertos dicen que un problema que se presenta es la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que normalmente las mujeres carecen de información sobre su estado.¹⁸

¹⁷ Unicef. Educación. (s.f.). Obtenido de <https://www.unicef.org/mexico/spanish/educacion.html>

¹⁸ Bocaya. El tiempo. Artículo hemerográfico. Obtenido de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11910302>

6.7. Diagnóstico:

En 2007 el comité de aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de las mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación que es el proceso por el que el embrión se ancla en el endometrio y es imprescindible para que ocurra el embarazo. A partir de ese momento se comenzará a formar la placenta para permitir la nutrición, sustento y protección del futuro bebé durante la gestación en la mujer.

La obstetricia es la rama de la medicina dedicada a la atención del embarazo, el parto y el periodo neonatal, que incluye los 28 días después del nacimiento. El desarrollo prenatal abarca el tiempo que transcurre desde la fecundación hasta el nacimiento y se divide en tres periodos de tres meses cada uno, llamados trimestres:

Primer trimestre: es la etapa más crítica del desarrollo durante el cual aparecen las estructuras rudimentarias de los órganos más importantes; en su curso, el organismo en desarrollo es más vulnerable a los efectos de fármacos, radiaciones y microorganismos.

El segundo trimestre se caracteriza por el desarrollo casi completo de los aparatos y sistemas.

Hacia el final de esa etapa, el feto ya tiene características humanas distintivas.

El tercer trimestre: representa un periodo de crecimiento fetal. En los comienzos de este periodo, la mayoría de los órganos, aparatos y sistemas se vuelven totalmente funcionales. El feto ya tiene características humanas distintivas.¹⁹

¹⁹Tortora, G. (2013). Principios de Anatomía y Fisiología (13 ed., Vol. Madrid). (2013, Ed., & E. e, Trad.) Madrid, Tortora, Gerard: Principios de Anatomía y Fisiología.

El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación).

Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.²⁰

La embriología es la parte de la medicina que estudia el complejo proceso de desarrollo embrionario desde el momento de la fecundación hasta la formación del feto, que es como se denomina al organismo resultante de este desarrollo cuando aún no ha tenido lugar el parto.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Cuando permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento.²¹

²⁰ Menéndez, G. (s.f.). Scielo. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006

²¹ Tortora, G. (2013). Principios de Anatomía y Fisiología (13 ed., Vol. Madrid). (2013, Ed., & E. e, Trad.) Madrid, Tortora, Gerard: Principios de Anatomía y Fisiología.

Signos presuntivos del embarazo:

Los signos de presunción de embarazo son las primeras sospechas y alertan a la mujer de que puede estar embarazada. Se trata de cambios físicos muy comunes en todas las personas y a veces el embarazo no es ni siquiera la causa más probable.

Amenorrea: es la ausencia de la regla y suele constituir el primer síntoma del embarazo. En las mujeres con ciclos regulares sugiere un embarazo si la regla se retrasa alrededor de una semana. Es más difícil de detectar si la mujer tiene ciclos menstruales irregulares; incluso en mujeres con ciclos regulares, en ocasiones la menstruación puede retrasarse o no presentarse un mes, normalmente después de un viaje, un choque emocional, una enfermedad. Existen situaciones especiales en las que es natural que la mujer no tenga la regla. Por tanto, su ausencia se considera normal y el embarazo puede pasar desapercibido.

Náuseas y vómitos: son signos muy comunes de embarazo y aparecen principalmente por la mañana al despertarse o después de desayunar, pero pueden sucederse durante todo el día. Las náuseas y vómitos aparecen días después de la implantación del ovocito en el útero, debido a la alteración hormonal que provoca éste.

Dolor premenstrual: es frecuente que las mujeres recién embarazadas tengan síntomas parecidos a la menstruación. El más típico es un dolor similar al premenstrual, es decir, localizado en la parte baja del abdomen, continuo y sordo, que se puede aliviar con el calor en la zona y tomando analgésicos. Ocurre normalmente durante las primeras semanas de embarazo, incluso antes de que la madre conozca su estado, por lo que lo interpreta como que la menstruación está por llegar.

Aumento de las ganas de orinar: en las primeras semanas de embarazo, el útero comienza a crecer, redondeándose. De esta forma, el útero comprime la vejiga e impide que pueda llenarse completamente de orina; es otro signo de embarazo.

La sensación de ganas de orinar aparecerá mucho antes. Durante este período es importante que la madre aumente su higiene íntima para evitar posibles infecciones de orina.

Cansancio y sueño: pueden ser unos de los primeros signos de embarazo de la madre. En las primeras semanas de embarazo la madre puede sentirse muy cansada y con ganas de dormir a lo largo del día. En estos casos lo mejor descansar siempre que sea posible.

Cambio de gustos: los cambios hormonales que surgen en el cuerpo de la mujer embarazada pueden alterar las percepciones del gusto y olfato. Es normal que la mujer embarazada se antoje de ciertos alimentos que habitualmente no come o, por el contrario, rechace otros, ya que la percepción de los mismos es más intensa. Lo mejor es que la mujer satisfaga sus gustos sin abandonar una dieta equilibrada en la gestación.

Mareos y desmayos: los cambios hormonales del embarazo producen que los órganos de nuestro cuerpo se alteren, entre ellos el corazón y el cerebro, que son los principales responsables de los mareos y desmayos. Los estrógenos y progesterona hacen que el flujo de sangre sea más lento y aumente hacia el útero con lo que es más fácil que se produzcan síncope, es decir, que no llegue suficiente sangre al cerebro durante unos instantes y la madre se sienta mareada o caiga al suelo.

Signos probables de embarazo:

Los síntomas probables de embarazo hacen sospechar a la mujer y al ginecólogo de su gestación. Pueden presentarse todos a la vez o ir alternándose. No obstante, hay mujeres que viven un embarazo sin síntomas, algo poco común.

Abdomen más abultado: El agrandamiento del vientre de la mujer puede ser un signo probable de embarazo, pero no siempre es así: es posible que se trate de un embarazo ectópico (óvulo implantado fuera del útero). Además, en mujeres obesas, que el abdomen aumente de tamaño puede pasar desapercibido.

Útero: en una revisión ginecológica se pueden observar directamente algunos cambios genitales de la mujer embarazada. Las causas se deben a los cambios hormonales del embarazo y ninguno de ellos dificulta las relaciones sexuales:

El cuello del útero estará reblandecido y se mueve fácilmente. Además, las paredes de la vagina son más elásticas y tienen una coloración más intensa. La propia mujer podrá observar que la piel de la vulva tiene una coloración más azulada. Los cambios genitales en las primeras etapas del embarazo empiezan a ser evidentes.

Pecho: las mamas están congestionadas y en tensión. Pueden estar hipersensibilizadas, incluso puede doler al tacto: para algunas mujeres es difícil llevar sujetador. Los cambios en los senos se notan desde los primeros días de embarazo. El organismo se empieza a preparar poco a poco para alimentar al bebé.

Hinchazón y más sensibilidad: éste puede ser uno de los primeros signos de embarazo en muchas mujeres. Se puede notar gran sensibilidad, cosquilleos e incluso cambios de temperatura en la zona. El aumento de tamaño es debido al aluvión de hormonas femeninas y a la acumulación de grasa que se produce durante las primeras semanas de embarazo. En la sexta semana de gestación el pecho puede haber subido una talla completa, incluso más. No obstante, los senos seguirán creciendo hasta el momento del parto y posteriormente, con la subida de la leche.

Cambio de coloración, picores y estrías: la piel del pezón y de la areola se oscurece y su perfil se hace más sobresaliente. Unas pequeñas glándulas que hay alrededor de las areolas segregan una sustancia grasa para que el pezón no se seque y resquebraje, y pueda desempeñar su función alimenticia. El crecimiento de los senos hace que las estrías y los picores de la piel sean habituales. También se notan más venas azuladas en el pecho, dado que se necesita un mayor aporte de sangre.

Secreciones de calostro: a partir de la semana 12 o la semana 14 de embarazo es posible que la mujer experimente secreciones mamarias; este líquido (más espeso y amarillo al principio del embarazo) es el calostro, la sustancia que alimentará al bebé los primeros días después del parto y que precede a la subida de la leche. El calostro se tornará más ligero y casi transparente en el momento del alumbramiento.

Cambios de humor: los cambios de humor severos durante el embarazo, especialmente en el primer y tercer trimestre, son muy similares al síndrome premenstrual. La mujer que los sufre durante la regla es muy posible que los reproduzca en la gestación, debido al aluvión de hormonas que entran en juego durante este periodo. En un sólo día, la embarazada puede pasar del llanto a la risa varias veces, enfadarse con su pareja o compañeros de trabajo, notar síntomas de depresión o tristeza profunda.

Se calcula que el 10 por ciento de las gestantes sufre depresión durante los meses de embarazo.

Signos de certeza del embarazo:

Estos signos son los latidos fetales, movimientos del bebé, y análisis de embarazo positivos, tanto de sangre como de orina. Ahora sólo hay que asegurarse de que la implantación del embrión es correcta y vigilar que todo se desarrolle con normalidad. Algunos signos no los nota físicamente la embarazada y sólo se detectan mediante exploraciones obstétricas y análisis.

Primera ecografía: lo normal es acudir a la consulta del médico con sospechas o sabiendo que ya está embarazada. En esa primera consulta el médico deberá confirmar el embarazo y para ello utilizará principalmente la ecografía.

Mediante la misma podrá observar el interior del útero de la mujer para comprobar que hay embrión en crecimiento.

A partir de la quinta semana de embarazo se podrán ver partes del cuerpo del bebé con más facilidad.

Para comprobar el latido fetal, se suele esperar hasta la sexta u octava semana de embarazo, que es cuando se puede verificar correctamente. Para ello se suele utilizar un eco-doppler, ecógrafo que es capaz de detectar el movimiento del líquido, en este caso de la sangre.

Primeros movimientos fetales: los movimientos fetales pueden ser detectados por la propia embarazada a partir de la semana 20 de embarazo, antes en las mujeres que han tenido más gestaciones. La madre los interpreta como "patadas", aunque en realidad son movimientos variados que el feto hace con las extremidades y que sacuden el líquido amniótico, impactando en la pared del vientre materno. Los movimientos también se pueden observar con ecografía y son especialmente importantes los movimientos respiratorios del feto. El feto no respira aire en el interior del útero, pero el líquido amniótico entra y sale de los pulmones lo que es importante para el buen desarrollo de éstos, y además indican que el sistema nervioso y muscular del bebé es correcto.

Análisis de orina: cuando se implanta el óvulo fecundado en la pared del útero, sus células comienzan a segregar una sustancia llamada gonadotropina coriónica humana (HCG). Esta sustancia es importante para que el embarazo siga su curso sin problemas. En las primeras consultas con el obstetra se analizarán los niveles de esta hormona en el cuerpo, que cada vez serán mayores. Puede detectarse en sangre y en orina, pero más cómodo analizar la orina que extraer sangre.

Análisis de sangre: las hormonas que aparecen días después de la implantación del óvulo en las paredes del útero también se pueden encontrar en sangre. Con un análisis de sangre sencillo se pueden encontrar niveles elevados de HCG que indiquen que la mujer está embarazada. Para poder llevarla a cabo se necesita una extracción de sangre realizada por un sanitario, generalmente se realiza en la

primera visita al ginecólogo para confirmar el embarazo, pero normalmente antes la embarazada ya ha realizado previamente la prueba de orina.²²

Determinaciones hormonales:

La presencia de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) en el plasma materno y su excreción por la orina son la base de los estudios hormonales del embarazo. La producción de esta hormona por el sincitiotrofoblasto comienza muy temprano en el embarazo.

Las pruebas sensibles pueden detectar a la hormona hCG en el plasma materno o en la orina 9 o 10 días después de la ovulación. Esta hormona es la base de la mayoría de las pruebas de embarazo, aunque pueden usar técnicas diferentes, como el radioinmunoensayo, anticuerpos monoclonales, inmunofluorescencia y las pruebas caseras que usan el principio de hemaglutinación.

Otras hormonas que aumentan con el embarazo incluyen a los estrógenos, en especial el estriol, y la progesterona.

Contracciones de Braxton Hicks:

Después de la semana 17 de gestación, se perciben leves contracciones uterinas, endureciéndose por momentos con la finalidad de facilitar un mejor flujo sanguíneo hacia la placenta, el endometrio y el feto. Estas contracciones se caracterizan porque abarcan todo el útero, comenzando en la parte superior y extendiéndose gradualmente hacia abajo y tienden a ayudar a que el útero crezca. Se diferencian de las contracciones de parto porque suelen ser sin dolor e irregulares.

²² Natalbel. (s.f.). Obtenido de <https://www.natalben.com/sintomas-embarazo/signos-certeza-de-embarazo>

Factores de riesgo:

Hay embarazos que, por sus especiales circunstancias, requieren un cuidado y un seguimiento específico. En ellos pueden surgir complicaciones o problemas imprevistos que deben ser atendidos pronta y profesionalmente para evitar colocar a la madre o al bebé en situación de riesgo.

Tratamiento:

Como tratamiento para asegurar un embarazo sin riesgo se le brinda a la paciente información sobre temas relacionados con el embarazo, los cambios físicos, psicológicos y anatómicos que pasara por la gravidez.

Se le brinda información sobre la importancia de la nutrición en el embarazo para disminuir riesgos y complicaciones como el bajo peso en el bebé y complicaciones en la madre; el consumo de ácido fólico y sus ventajas.

Se le informo sobre los riesgos de una mala higiene personal durante el embarazo y sus complicaciones.

VII. Resumen del Caso clínico:

Presentación:

Paciente de 25 años de edad, que ingresa al servicio de Ginecología de la unidad hospitalaria para revisión por caída sobre glúteos al estar realizando actividades domésticas y tropezar con una silla. Presenta una gestación de 16.4 semanas, cursándolo normoevolutivo. Es valorada y se le descarta alguna complicación por la caída, no presenta hematomas ni sangrado transvaginal, manteniéndola bajo observación médica.

VIII. Desarrollo del proceso atención enfermería:

Datos de identificación:

Nombre: M.C.I.

Sexo: femenino

Edad: 25 años

Peso: 55 kg

Talla: 155 cm

IMC: 22.89 (normal)

Diagnóstico: embarazo de 16.4 semanas de gestación

Signos vitales:

Temperatura corporal: 36.3°C.

Tensión Arterial: 100/60 mmHg.

Frecuencia cardíaca: 64 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.

Antecedentes personales y familiares:

Familiares:

- Madre con hipertensión arterial sistémica.

Personales:

- Antecedente de alcohol leve. (Actualmente negativo)
- Antecedente de tabaquismo leve. (Actualmente negativo)

Exploración física:

Paciente consciente y orientada en tiempo, persona y espacio; cráneo normocéfalo (redondeado, sin zonas dolorosas a la palpación); cejas simétricas; conjuntivas con adecuada coloración; ojos simétricos; pupilas isocóricas, iris del mismo color, cristalino transparente; nariz del mismo color que la cara, tabique nasal recto sin dolor a la palpación, mucosa nasal color rosa intenso y respiración adecuada; labios rosados, íntegros ligeramente secos, dentadura completa, dientes ligeramente amarillos, mucosas orales hidratadas de coloración rosa sin ulceraciones; orejas del mismo color que la cara, bien implantadas. Cuello cilíndrico sin nódulos presentes. Adecuada coloración de tegumentos.

Miembros torácicos, simétricos, con fuerza, funcionales e íntegros; pulsos periféricos de fuerte intensidad y regulares; Tórax posterior simétrico; tórax anterior simétrico sin deformidades; expansión torácica simétrica; Campos pulmonares ventilados sin ruidos agregados a la auscultación; Corazón con latidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad.

Mamas y pezón bien formados y en adecuada condición para brindar lactancia materna. Abdomen gestante de 16.4 semanas sin dolor a la palpación; sonidos peristálticos presentes de 8 por minuto. Genitales aseados, íntegros sin alteraciones aparentes ni presencia de sangrado transvaginal o fluidos. Miembros

pélvicos funcionales a la vista, simétricos, coloración uniforme. Sin presencia de edemas y hematomas; llenado capilar de 2 segundos.

Padecimiento actual:

La paciente acude al servicio por presentar una caída libre sobre su peso al estar realizando actividades domésticas. Describe caída sobre glúteos al tropezar con una silla, es valorada y no presenta muestras de sangrado, hematomas ni malestar adicional al dolor momentáneo de la caída. Indica acude a revisión para descartar algún problema por lo sucedido y temor por aborto espontáneo previo (3 años posteriores). Se mantiene en observación ginecológica.

Síntesis de datos:

La paciente vive con su concubino de 29 años de edad, tiene un grupo RH O+, gesta 2, aborto 1, telarca a los 12 años, pubarca y menarca a los 13 años. FUM 20 enero del 2017. Fecha probable de parto 27 de octubre de 2017. Presenta ciclos menstruales irregulares, niega uso de método anticonceptivo previo al embarazo, no se ha realizado con anterioridad un papanicolaou, inicia vida sexual a los 12 años sin protección de barrera y afirma haber tenido 2 compañeros sexuales.

Tiene una escolaridad a nivel básico (primaria concluida). Vive en una casa habitación tipo urbana en renta, de materiales resistentes, la cual cuenta con baño independiente. Vive en zona pavimentada con banquetas, adecuada iluminación, recolecta de basura diaria, y positivo en contaminantes por fábrica. Cuenta con presencia de atención médica de 1er nivel. Zoonosis negativa.

Presenta hábitos higiénicos regulares con aseo total cada tercer día, aseo de manos de 5 veces al día, lavado de dientes 3 veces al día. En descanso y sueño presenta una vigilia de 9 horas de sueño de tipo reparador, toma una siesta diaria. No presenta alteraciones del sueño.

Realiza 3 comidas al día en casa, en cantidad y calidad deficiente. No presenta alguna alergia alimenticia. Consume actualmente sulfato ferroso y ácido fólico diariamente. Tiene una ingesta de líquidos regular (1 litro diario).

Se presenta feliz ante el embarazo, el cual comenta que es deseado más no planeado, externa estar preocupada ya que no sabe nada en tema de embarazo, cambios físicos, fisiológicos y anatómicos. Verbaliza preocupación por aborto espontáneo de 3 años de anterioridad.

Presenta una eliminación intestinal de 1 vez al día con adecuada cantidad, forma y coloración, una eliminación vesical de 3 veces al día con adecuada coloración y cantidad. Niega alguna alteración en la eliminación e infecciones de tipo urinario.

Externa una buena relación con su pareja en cuanto a comunicación y una vida sexual satisfactoria y respetuosa.

8.1. Valoración clínica del sujeto de cuidado:

Análisis de la información:

I: Independiente **D:** Dependiente

Necesidad	Datos de dependencia	Datos de independencia	Nivel de dependencia
Oxigenación:	No presenta dificultad para respirar. Ni ruidos agregados a la auscultación.	Mantiene una buena oxigenación. Frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto. Frecuencia cardiaca de 64 latidos por minuto.	I
Alimentación e hidratación:	La dieta habitual que consume la paciente, no aporta los nutrimentos necesarios para el periodo de embarazo. Proteínas: 2 x 7 Verduras: 2 x 7 Alimentos de origen animal : 2 x 7 Frutas: 7 x 7 Leguminosas: 1 x 7 Chatarra: 2 x 7	De la comida que consume en la estancia hospitalaria se observa que se consume el 100% de ella. A excepción de cuando contiene chayote (ya que no es de su agrado). Muestra interés y atención hacia la información que se le proporciona sobre el plato del buen comer y alimentos benéficos durante el embarazo.	D

Eliminación:	Uresis clara y sin sedimentos ni alteraciones. Evacuaciones adecuadas en forma y cantidad.	Se le proporciona información sobre los riesgos de infecciones urinarias en el embarazo.	I
Movimiento y mantener una postura adecuada:	Se observa que mantiene cambios de posición libres.	Se levanta y deambula por los pasillos con la ayuda de un familiar.	I
Sueño y descanso:	Duerme adecuadamente con sueño profundo a la vista.	La paciente duerme 9 horas aproximadamente. Toma siestas de 1 hora todos los días.	I
Vestirse y desvestirse:	Se cubre la necesidad por el uso de la bata hospitalaria	La paciente verbaliza que ella elige la ropa que quiere ponerse. Expresa sus sentimientos. Va de acuerdo a su edad.	I
Termorregulación:	Signo estable para la edad: 36.3 °C.	Mantiene una buena curva térmica.	I

Higiene:	En casa pospone el baño y cambio de ropa cada 3er día.	Se encuentra aseada en la estancia hospitalaria y se le proporciona información sobre la higiene.	D
Evitar peligros:	Se compromete el embarazo por la desinformación.	Muestra interés en obtener información necesaria para que el embarazo se pueda llevar con éxito.	D
Comunicación:	Manifiesta adecuadamente su sentir. Verbaliza estar feliz al igual que su pareja por el embarazo. Dice no haberlo planeado pero si es deseado.	Se muestra muy entusiasta y cooperativa. Su comunicación es eficaz. Externa una buena relación con su pareja en ese aspecto.	I
Creencias y valores:	Comparte las mismas creencias religiosas que su familia.	Considera importante la creencia en un ser superior ya que esto le ha ayudado a sobrellevar su temor a otro aborto.	I
Trabajar y realizarse:	No trabaja	Cuenta con el apoyo de su esposo para solventar gastos y las actividades del hogar.	I

Recreación:	Se encuentra cubierta a las posibilidades hospitalarias. Ya que se le observa realizando actividades manuales.	Mantiene una actitud alegre.	I
Aprendizaje:	Desconoce la información necesaria e importante de lo que es el embarazo.	Pide se le brinde información sobre el tema y muestra interés y atención.	D

Jerarquización de las necesidades alteradas:

I: Independiente **D:** Dependiente

Necesidad	Datos de dependencia	Datos de independencia	Nivel de dependencia
Aprendizaje:	Desconoce la información necesaria e importante de lo que es el embarazo.	Pide se le brinde información sobre el tema y muestra interés y atención.	D
Evitar peligros:	Se compromete el embarazo por la desinformación.	Muestra interés en obtener información necesaria para que el embarazo se pueda llevar con éxito.	D
Higiene:	En casa pospone el baño y cambio de ropa cada 3er día.	Se encuentra aseada en la estancia hospitalaria y se le proporciona información sobre la higiene.	D

<p>Alimentación e hidratación:</p>	<p>La dieta habitual que consume la paciente, no aporta los nutrimentos necesarios para el periodo de embarazo.</p> <p>Proteínas: 2 x 7</p> <p>Verduras: 2 x 7</p> <p>Alimentos de origen animal : 2 x 7</p> <p>Frutas: 7 x 7</p> <p>Leguminosas: 1 x 7</p> <p>Chatarra: 2 x 7.</p>	<p>De la comida que consume en la estancia hospitalaria se observa que se consume el 100% de ella. A excepción de cuando contiene chayote (ya que no es de su agrado).</p> <p>Muestra interés y atención hacia la información que se le proporciona sobre el plato del buen comer y alimentos benéficos durante el embarazo.</p>	<p>D</p>
---	---	--	-----------------

8.2. Diagnósticos de enfermería según el caso:

NECESIDAD ALTERADA: Aprendizaje	
DIAGNÓSTICO: Conocimientos deficientes para el control prenatal ²³ R/C falta de Información sobre la importancia de las consultas prenatales M/P falta de conocimiento sobre el tema de embarazo.	
OBJETIVO: Identificar factores de riesgo para poder brindar apoyo en el tema del embarazo.	
ROL DE ENFERMERÍA: Educadora	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Dependiente	
FUENTE DE DIFICULTAD: Falta de conocimiento.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:	FUNDAMENTACIÓN:
Apoyar mediante educación el mantenimiento de la salud materna y fetal de acuerdo a la situación que se presenta.	El acceso a la atención especializada durante el embarazo, el parto y el primer mes después del nacimiento es fundamental para salvar las vidas de estas mujeres, y las de sus hijos. ²⁴
Disminuir complicaciones y enseñar signos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo.	Identificar síntomas y signos tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral.

²³NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002.(2001). España: Harcourt S.A.

²⁴UNICEF. La Salud Materna. (2017) Obtenido de : <https://www.unicef.org/spanish/mdg/maternal.html>.

Fomentar la importancia que tiene el acudir a las consultas prenatales	Las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de los problemas que se presentan durante el embarazo. ²⁵
<p>EJECUCIÓN:</p> <p>Se le proporciona la información sobre signos y síntomas de alarma, el cuidado prenatal y cambios físicos, fisiológicos y anatómicos que se dan durante el embarazo. Esperando ella las ponga en práctica para llevar un embarazo a término sin complicaciones.</p>	
<p>EVALUACIÓN:</p> <p>La paciente mostró gran interés a la información que se le proporcionó; para que ella misma tenga el conocimiento de lo cuidados que se deben de tener en su embarazo, logro retener la información y comprenderla, expresó sus dudas y le fueron resueltas.</p>	

²⁵UNAM. Control Prenatal. Obtenido de : http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio_basica-2.1.3.pdf.

NECESIDAD ALTERADA: Evitar peligros	
DIAGNÓSTICO: Gestión ineficaz de la propia salud ²⁶ R/C falta de conocimientos M/P verbalización del deseo de manejar información sobre la cuidados en el embarazo.	
OBJETIVO: Valorar la condición nutricional de la madre.	
ROL DE ENFERMERÍA: Educadora	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Dependiente	
FUENTE DE DIFICULTAD: Falta de conocimiento.	
INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA:	FUNDAMENTACIÓN:
Fomentar por medio de pequeñas capsulas informativas los temas que son de suma importancia en el embarazo.	Es de suma importancia que la mujer embarazada tenga el conocimiento de: <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia y cuidados del recién nacido • Derechos legales • Orientación sexual • Planificación familiar • Preparación para el parto²⁷
Establecer medidas de cuidado y vigilancia tanto como la madre y el feto.	El control prenatal por profesionales de enfermería se basa en remitir a valoración médica inmediata a la gestante en la cual identifique factores de riesgo o puede ser manejado por personal especializado de enfermería si es normoevolutivo. ²⁸

²⁶NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002.(2001). España: Harcourt S.A..

²⁷UNAM. (2015). Control Prenata. Obtenido de: http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio_basica-2.1.3.pdf.

²⁸UNICEF. (2015). La Salud Materna. Obtenido de : <https://www.unicef.org/spanish/mdg/maternal.html>.

<p>Establecer la edad gestacional, peso estimado, fecha probable de parto y vigilar el crecimiento que el crecimiento del bebé sea de acuerdo a sus semanas de gestación.</p>	<p>Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.</p>
<p>EJECUCIÓN:</p> <p>Se le proporciona la información sobre lactancia y cuidados de recién nacido, orientación sobre sexualidad y planificación familiar para que cubra con las deficiencias intelectuales de la paciente para que ella lo ponga en práctica para llevar un embarazo de bajo riesgo.</p>	
<p>EVALUACIÓN:</p> <p>La paciente mostró interés a la información que se le proporcionó; logro retener la información confirmada por plática y la comprendió, expresó sus dudas y le fueron resueltas.</p>	

NECESIDAD ALTERADA: Higiene	
DIAGNÓSTICO: Disposición para mejorar el autocuidado ²⁹ R/C baño y cambio de ropa cada tercer día M/P expresa deseos de aumentar la responsabilidad en el autocuidado.	
OBJETIVO: Proporcionar información para que la paciente tenga conocimientos de la importancia de la higiene y de la complicaciones durante el embarazo. Y lograr que la madre gestante practique los cuidados durante el embarazo.	
ROL DE ENFERMERÍA: Educadora	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Dependiente	
FUENTE DE DIFICULTAD: Falta de conocimiento.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:	FUNDAMENTACIÓN:
Explicarle la importancia de la higiene para ella y el feto.	La educación constituye uno de los derechos humanos fundamentales para la embarazada ya que mediante esta se va a transmitir conocimientos sobre la higiene y el reconocimiento de los signos de alarma por infecciones.
Establecer medidas de cuidado y vigilancia.	Con una educación adecuada y oportuna se va contribuir a disminuir las complicaciones maternas.
Fomentar la importancia que tiene el baño diario.	Durante el embarazo aumenta la sudoración y el flujo vaginal, por eso debe cuidar su higiene personal, es recomendable la ducha diaria con jabones suaves y neutros.

²⁹NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002.(2001). España: Harcourt S.A.

<p>Fomentar la importancia que tiene la higiene íntima.</p>	<p>Lo adecuado es que se laven los genitales externos durante la ducha, si se necesita hacerlo más de una vez, debe hacerse sólo con agua.</p> <p>Los lavados vaginales no son recomendables ya que pueden alterar el pH y favorecer las infecciones³⁰.</p>
<p>EJECUCIÓN:</p> <p>Se le proporciona la información sobre la importancia de la higiene, el que sepa reconocer los signos de alarma por infecciones y cuidados del recién nacido. Se describe todo de manera clara para que se cubran las deficiencias de la paciente para que ella lo lleve a cabo y lleve un embarazo de bajo riesgo.</p>	
<p>EVALUACIÓN</p> <p>La paciente mostró aseo diario durante la estancia hospitalaria. Y compromiso para cumplirlo en la vida diaria; logro retener la información y la comprendió, expresó sus dudas y le fueron resueltas.</p>	

³⁰Alcolea, S. Guía de cuidados en el embarazo. (I. N. Sanitaria, Ed.) Madrid, Alcalá, España: Colección Editorial de Publicaciones del INGESA.

NECESIDAD ALTERADA: Alimentación	
DIAGNÓSTICO: Riesgo de crecimiento ineficaz fetal ³¹ R/C deficiencia en la nutrición materna.	
OBJETIVO: Valorar la condición materna para brindar información oportuna y disminuir el riesgo de complicaciones ocasionadas por el aporte deficiente de nutrientes.	
ROL DE ENFERMERÍA: Educadora	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Dependiente	
FUENTE DE DIFICULTAD: Falta de conocimiento.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:	FUNDAMENTACIÓN:
Mantener en vigilancia estricta la alimentación de la paciente.	El asesoramiento en nutrición tiene por objeto mejorar las prácticas alimentarias antes y durante el embarazo, a fin de mejorar la alimentación materna y reducir el riesgo de resultados sanitarios negativos para la madre y para el feto. ³²
Explicarle la importancia de la alimentación para ella y el feto.	La educación sobre nutrición se centran en mejorar la calidad de la dieta, instruyendo a las mujeres sobre cuáles son los alimentos y las cantidades que es necesario consumir para tener una ingesta alimentaria óptima. Ello también puede incluir asesoramiento sobre el consumo de suplementos de micronutrientes recomendados durante el embarazo, como por ejemplo el hierro y ácido fólico. ³³

³¹NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002.(2001). España: Harcourt S.A.

³²OMS. (s.f.) Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Obtenido de: http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/

³³OMS. (s.f.) Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Obtenido de: http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/

<p>Fomentar la ingesta adecuada de alimentos.</p>	<p>El estado nutricional de la mujer cuando se queda embarazada y durante el embarazo puede tener una influencia importante en los resultados sanitarios del feto, el lactante y la madre.³⁴</p> <p>Deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden producir malos resultados sanitarios para la madre y ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño.³⁵</p> <p>La educación y el asesoramiento sobre nutrición tienen por objeto mejorar la alimentación materna y reducir el riesgo de resultados sanitarios negativos para la madre y para sus hijos.³⁶</p>
<p>EJECUCIÓN:</p> <p>Se le proporcionó información necesaria sobre una adecuada alimentación, el plato del buen comer para que se cubrieran las deficiencias intelectuales de la paciente para que ella lo pusiera en práctica y lograr un embarazo de bajo riesgo.</p>	
<p>EVALUACIÓN:</p> <p>La paciente mostró disposición en comer adecuadamente en la estancia hospitalaria y en realizarlo en la vida diaria para la mejora de su salud y la de él bebe. Se vio interés durante la explicación del tema de nutrición y control prenatal, expresó sus dudas y le fueron resueltas.</p>	

³⁴Rush D. (2000). Nutrition and maternal mortality in the developing world. (72), 21-23.

³⁵Christian P. (2010). Micronutrients, birth weight, and survival. *Annual Review of Nutrition*.(30), 83-104.

³⁶Rush D. (2000). Nutrition and maternal mortality in the developing world. (72), 21-23.

IX. Plan de alta:

Se le proporcionó a la paciente una educación para la salud; con el fin de que obtenga la información necesaria para cada uno de sus cuidados tanto personales como del entorno, y los signos y síntomas de alarma durante el periodo de embarazo así como la dieta adecuada a sus necesidades.

Signos y síntomas de alarma en el embarazo:

Toda mujer embarazada debe prestar mucha atención a lo que siente su cuerpo, ya que puede ser un aviso de que algo no está bien y se pueden presentar complicaciones graves que pueden poner en peligro la vida de la madre o del feto.

Si llega a presentar alguno de los siguientes signos y síntomas de alarma en el embarazo acuda de manera inmediata con su médico o bien a su clínica más cercana:

- Dolor abdominal o pélvico tipo cólico
- Sangrado transvaginal
- Molestias urinarias
- Dolor de cabeza sin causa aparente
- Náusea y vómito
- Disminución de movimientos del bebé, esto después de las 20 semanas
- Ver luces
- Zumbido de oídos
- Dolor atrás de los ojos
- Fiebre
- Dolor en la boca del estomago
- Edema generalizado (hinchazón)
- Presión alta
- Salida de líquido por la vagina
- Abundante flujo vaginal

- Mareo
- Disminución de la visión

Recomendaciones terapéuticas:

- ✓ Continuar con el tratamiento terapéutico establecido por el médico.
- ✓ No automedicarse.

Recomendaciones higiénicas:

- Baño diario
- Lavado de manos
- Lavado de dientes 3 veces al día
- No cargar cosas pesadas
- Evitar hacer esfuerzos.

Recomendaciones dietéticas:

Si bien una dieta ideal comprende todos los grupos de alimentos, los hidratos de carbono son la principal fuente de energía, porque aportan 50% o más de las calorías que el cuerpo consume cada día. Se encuentran en frutas, verduras y cereales, principalmente. Estos últimos son fuente importante de minerales y fibra que ayudan a regular el tránsito intestinal para que la mamá y el feto tengan un metabolismo adecuado.

Consejos para una sana nutrición

- ❖ Por ningún motivo se debe olvidar el desayuno, si no se tiene apetito en cierto momento, se puede dividir tu desayuno en dos partes.
- ❖ Realizar 5 comidas al día y con porciones pequeñas, por ejemplo, 3 comidas principales y 2 colaciones. Esto ayudará a no sentirse tan llena, mejora la digestión y reducir malestares como náuseas y agruras.

- ❖ Las frutas de temporada, los frutos secos o el yogurt bajo en grasa, son una excelente opción para las colaciones, que ayudan a mantener una alimentación equilibrada.
- ❖ En cada comida se debe incluir alimentos de todos los grupos, procurando consumir una amplia variedad de frutas y verduras, granos enteros, lácteos descremados y alimentos que incluyan proteína como carne, pescado, pollo y huevo.
- ❖ Se debe procurar consumir grasas saludables como nueces, aceite de olivo, aguacate y almendras.
- ❖ Tomar suplementos de hierro y ácido fólico.
- ❖ Las necesidades de hierro aumentan considerablemente a partir del segundo trimestre del embarazo, pues se necesita cubrir los requerimientos del feto y la madre.

Minerales y vitaminas clave:

Esto son necesarios para la correcta formación del cerebro y la médula espinal del futuro bebé se encuentran en verduras y frutas. Por ejemplo, verduras de hoja verde oscuro, brócoli, naranja, papaya, fresa.

- ✚ **Hierro:** Necesario para formar la hemoglobina, sustancia que contiene los glóbulos rojos y que transporta el oxígeno a las células. Se pueden encontrar en la carne roja, yema de huevo, pescado, fruta seca y verduras de hoja verde oscuro.
- ✚ **Calcio:** Indispensable para el sistema óseo del futuro bebé y se encuentra en los lácteos. Por ejemplo, leche, yogurt y quesos.
- ✚ **Zinc:** Ayuda al correcto desarrollo del sistema inmune se encuentra en alimentos de origen animal, cereales, leguminosos, nueces y semillas.
- ✚ **Vitamina A:** Necesaria para el adecuado desarrollo del sistema visual. Se encuentra en carnes, lácteos y verduras como zanahoria y calabaza.
- ✚ **Vitamina D:** Asimila y fija el calcio en los huesos. También se obtiene al exponerte al sol y esta se encuentra en los lácteos, la yema del huevo y el pescado.

Ejercicio:

Efectuar ejercicios sencillos que no impliquen un mayor esfuerzo como el caminar, peinarse, lavarse los dientes, vestirse. Posteriormente se pueden implementar ejercicios para la profilaxis obstétrica al momento del parto.

La psicoprofilaxis obstétrica o educación maternal es el conjunto de actividades para brindar preparación integral prenatal (teórica, física y psicológica) a la gestante, para un embarazo, parto y posparto en las mejores condiciones, sin temor, disminuyendo las complicaciones y con la posibilidad de una rápida recuperación, además de contribuir a la disminución de la mortalidad materna perinatal.

Los ejercicios respiratorios reportan numerosos beneficios para la mujer durante el proceso del parto:

- Ayudan a aumentar su umbral del dolor.
- Mejoran la capacidad para afrontar las contracciones uterinas.
- Permiten que el útero funcione de manera más eficiente.
- Proporcionan una adecuada oxigenación tanto materna como fetal.
- Aprovechamiento al máximo de la energía.
- Proporcionan relajación.

Existen tres tipos de respiraciones básicas:

- **Respiración superficial o torácica:** se puede utilizar en la fase de dilatación y consiste en tomar y expulsar poca cantidad de aire cada vez. Aunque el aporte de oxígeno puede ser adecuado, existe el riesgo de hiperventilar si el ritmo de inspiración-espriación se demasiado rápido.
- **Respiración lenta y profunda:** también se utiliza durante el periodo de dilatación, generalmente en las primeras fases. Permite un buen aporte de oxígeno a la madre y al feto durante la contracción y evita la hiperventilación.

La mujer inspira lentamente a través de la nariz, llevando el abdomen hacia afuera y expira a través de los labios fruncidos, dirigiendo el abdomen hacia abajo. La frecuencia respiratoria es lenta, de 6-9 respiraciones por minuto.

- **Respiración soplante rápida o de soplido - jadeo:** suele utilizarse en la fase activa del parto cuando empiezan a sentirse los primeros pujos y no existen condiciones adecuadas para realizarlos. Cuando sobreviene la contracción la mujer puede tener la necesidad de respirar más rápidamente; para evitar la hiperventilación, puede utilizar el patrón respiratorio de jadeo-jadeo-soplido.

X. Conclusiones:

Principalmente se le agradece a la paciente MCI por permitirme acercarme a ella y brindarme la información necesaria para la realización de este trabajo, al personal del servicio de Ginecología de igual manera; por la disposición que presentaron. Lo que se intentó lograr con este proceso es que la paciente pudiera mejorar, mediante información sobre el embarazo, de igual manera el poder influir en cuestiones de control prenatal e higiene personal.

Partiendo de las preguntas con respecto a su embarazo, reflejándose toda la información en cada uno de los cambios y momentos que se van a presentar en la gestación y así poder identificar las medidas de seguridad que deben de tener en el mismo al igual que los signos y síntomas de alarma, de igual manera contara con el razonamiento adecuado de las complicaciones que se puedan presentar; y los cuidados que se deben de tener en casa.

Podemos concluir que las pacientes que cursan un embarazo, pueden llegar a tener múltiples complicaciones sino se atienden y detectan a tiempo las necesidades afectadas con algo tan básico como el control prenatal; muchas veces es el desconocimiento de tal, pero mientras nosotros detectemos ese problema y se le proporcione la información adecuada la paciente pondrá interés en su salud y la de su bebe.

De igual forma podemos concluir que el PAE es un método efectivo, que nos permite realizar la atención de los pacientes de una manera holística; y así llegar a un estado de salud más ameno para la paciente, utilizando las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Se elaboró con el fin de comprender la realización de un PAE, proporcionando al estudiante las herramientas y conocimientos necesarios para su formación como profesional de enfermería; que a su vez este influirá en cada aspecto de su carrera profesional.

XI. Bibliografía:

- Educación para la Salud. (s.f.) Obtenido de <http://www.edusalud.org.mx/descargas/unidad03/tema03/prenatal/control%20prenatal2.pdf>
- Aprende en línea. Plataforma académica para pregrado y posgrado. (s.f.) Obtenido de <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=6191>
- Inbiomed. (s.f.). Obtenido de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=245&id_seccion=4200&id_ejemplar=7569&id_articulo=76119
- Facultad de enfermería y nutriología . (s.f.). Obtenido de http://fen.uach.mx/oferta_academica/2012/02/13/quien_es_un_profesional/
- Marriner, A. (2007). Modelos y teorías en enfermería (6a ed.). España, Madrid: Elsevier.
- Wesley, R. (1997). Teorías y modelos de enfermería. México, MEXICO: Mc Graw Hill/Interamericana de México.
- Reyes, E. (2015). Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. (2a ed.). México, Ciudad de México : Manual Moderno.
- Alfaro, R. (1988). Aplicación del proceso enfermero. Guía prcáctica. Barcelona, España: Ediciones Doyma.
- Cisneros, F. (2015). Artemisa. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>

- IZTACALA, F. (s.f.). *Fes Iztacala*. Recuperado el Septiembre de 2017, de <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/virginia.pdf>
- Unicef. Educación. (s.f.). Obtenido de <https://www.unicef.org/mexico/spanish/educacion.html>
- Bocaya. El tiempo. Articulo hemerografico. Obtenido de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11910302>
- Tortora, G. (2013). Principios de Anatomía y Fisiología (13 ed., Vol. Madrid). (2013, Ed., & E. e, Trad.) Madrid, Tortora, Gerard: Principios de Anatomía y Fisiología.
- Menéndez, G. (s.f.). Scielo. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006
- NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002.(2001). España: Harcourt S.A.
- UNICEF. La Salud Materna. (2017) Obtenido de : <https://www.unicef.org/spanish/mdg/maternal.html>.
- UNAM. Control Prenatal. Obtenido de : http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio_basica-2.1.3.pdf.
- Alcolea, S. Guía de cuidados en el embarazo. (I. N. Sanitaria, Ed.) Madrid, Alcalá, España: Colección Editorial de Publicaciones del INGESA.

- OMS. (s.f.) Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Obtenido de: http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/
- Christian P. (2010). Micronutrients, birth weight, and survival. *Annual Review of Nutrition*.(30), 83-104.
- Rush D. (2000). Nutrition and maternal mortality in the developing world. (72), 21-23.

XII. Glosario de términos:

- ✚ **Aborto:** se denomina aborto a la pérdida del feto o bebé que se estaba esperando. Se produce un aborto espontáneo cuando la pérdida del feto se produce antes de la semana 20. A partir de esta semana, se denomina parto prematuro. El aborto natural suele darse entre las semanas 6 y 8 de embarazo y su síntoma más evidente es la hemorragia vaginal. Normalmente sucede por alguna anomalía cromosómica en el feto.

- ✚ **Aborto espontáneo completo:** cuando un embarazo se interrumpe por sí solo en el que todo el tejido del embarazo es expulsado sin tratamiento médico.

- ✚ **Aborto inducido:** interrupción intencional del embarazo.

- ✚ **Amenorrea:** dejar de tener el periodo menstrual (menstruación).

- ✚ **Ácido fólico:** vitamina esencial durante el embarazo, responsable en gran medida del crecimiento de las células del feto y la producción del ADN. También se le conoce como vitamina B9, y participa en la producción de tejidos y órganos del bebé. El consumo adecuado de ácido fólico antes del embarazo y durante la gestación, disminuye el riesgo de parto prematuro, defectos neuronales, de columna vertebral o del labio del bebé. Su déficit durante la gestación puede producir espina bífida, labio leporino o anencefalia.

- ✚ **Ansiedad:** los cambios hormonales durante la gestación pueden producir ansiedad en la embarazada. Es ese miedo, estrés y nerviosismo que afecta a la futura madre sobre todo cuando la fecha del parto se aproxima. La actividad física moderada y los ejercicios de relajación ayudan a combatir la ansiedad durante el embarazo.

- ✚ **Areola:** la areola es la parte oscura del pecho que rodea al pezón. Durante el embarazo, la areola se agranda y oscurece aún más. Las matronas la denominan “segunda areola”. El objetivo de este cambio es llamar la atención del recién nacido para favorecer así la lactancia materna en cuanto el bebé nace.

- ✚ **Bajo peso al nacer:** peso inferior a 5.5 lb (2.5 kg) al nacer. Aproximadamente 1 de cada 12 bebés nacen con bajo peso. Los bebés que nacen con poco peso corren mayor riesgo de sufrir muchos problemas de salud.

- ✚ **Blastocito:** desarrollo de una bola hueca de células a partir del óvulo fecundado antes de implantarse en el útero.

- ✚ **Canal de parto:** conducto que va desde el útero hasta el cuello uterino y la vagina por el que nacen los bebés durante el parto natural.

- ✚ **Cérvix:** la parte de abajo y más angosta del útero que tiene una pequeña abertura que conecta el útero a la vagina.

- ✚ **Cesárea:** forma de dar a luz en la que un médico extrae quirúrgicamente a un bebé del útero. Forma abreviada de “parto por cesárea”.

- ✚ **Ciclo menstrual:** ciclo de fertilidad de la mujer que se produce cada 28 días. Durante este periodo, los ovarios expulsan un óvulo y lo depositan en la trompa de Falopio (esto tiene lugar en los primeros 14 días del ciclo). Si los espermatozoides no consiguen fecundarlo, o no existen relaciones sexuales durante este ciclo, el óvulo muere y es expulsado en forma de hemorragia vaginal que dura entre 4 y 7 días aproximadamente.

- ✚ **Contracciones:** las contracciones son “calambres” más o menos intensos que la embarazada siente en la zona del útero, y que sirven para debilitar las paredes del útero y preparar al bebé para el momento del parto. También se presentan como un 'endurecimiento' de la tripa. Las primeras contracciones que sentirá la embarazada son las de Braxton Hicks.

- ✚ **Dilatación:** fase del parto de ensanchamiento del cuello uterino para permitir el paso del bebé por el canal de parto. Hasta que el cuello del útero no alcance los diez centímetros de dilatación, el bebé no podrá salir al exterior. Las contracciones ayudan a la dilatación del cuello del útero y empujan al bebé por el canal de parto.

- ✚ **Dolor de espalda:** la mayor parte de embarazadas sufren dolor de espalda, sobre todo en el último trimestre de embarazo. La causa es el aumento de peso del útero, el cambio del centro de gravedad y el mayor arqueamiento de la espalda. Para evitar que la molestia vaya a más, es recomendable realizar ejercicios específicos para la zona lumbar.

- ✚ **Ecografías:** pruebas ginecológicas que permiten ver el desarrollo del feto durante el embarazo. Existen ecografías sencillas que se realizan mediante ultrasonidos y ecografías en 3d y 4d cuya definición es superior. Estas ecografías permiten ver incluso el aspecto del futuro bebé, ya que utilizan la imagen tridimensional.

- ✚ **Edad gestacional:** tiempo que lleva el embarazo. Se calcula desde el primer día del último periodo menstrual.

- ✚ **Educación sexual integral:** iniciativa o currículo apropiado para la edad y preciso desde el punto de vista médico que incluye información sobre abstinencia, anticonceptivos, prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), relaciones interpersonales sanas, orientación

sexual e identidad de género y acceso a servicios de cuidado de la salud, que ayuda a generar capacidades de comunicación y de toma de decisiones sanas.

- ✚ **Embarazo:** situación en la que una persona lleva en el útero un feto en desarrollo. Comienza con la implantación del pre-embrión y continúa con el desarrollo de las etapas embrionaria y fetal hasta llegar al parto, a menos que sea interrumpido por un aborto, ya sea espontáneo o provocado. Dura, aproximadamente, 40 semanas desde la implantación hasta el nacimiento.

- ✚ **Fatiga:** el cansancio es uno de los síntomas del embarazo y acompañará a la embarazada sobre todo, en el primer y tercer trimestre de embarazo. Se debe a la demanda extra de energía que necesita el cuerpo para que el bebé pueda desarrollarse y a la mayor producción de sangre para que al bebé le llegue el oxígeno y nutrientes necesarios.

- ✚ **Feto:** se llama así al futuro bebé que nacerá tras 40 semanas de gestación. El óvulo fecundado, denominado cigoto, pasa a denominarse embrión para, a partir de la semana 10 de embarazo convertirse en feto. Durante esta fase el bebé habrá de crecer e ir madurando.

- ✚ **Gestación:** período en el que un feto se desarrolla dentro del útero.

- ✚ **Ginecólogo obstetra:** es el especialista que tiene como objetivo atender las necesidades de la mujer a lo largo del embarazo, parto y posparto. Es la persona que se encargará de controlar, vigilar, aconsejar y encargar las diferentes pruebas que habrá de realizarse la mujer durante las 40 semanas de gestación.

- ✚ **Hormonas:** productos químicos que provocan cambios en el cuerpo y en el cerebro. Son naturales, pero también se las puede fabricar en un laboratorio.

- ✚ **Infección vaginal:** los síntomas que presenta una infección vaginal en el embarazo es irritación, ardor, dolor o picazón en la zona genital. Durante el embarazo hay una predisposición a padecerlas debido a los cambios hormonales pero, aunque molestas, no revisten gravedad para el bebé ya que el útero está sellado y no entran agentes infecciosos del exterior.

- ✚ **Lactancia:** alimentar a un bebé con leche humana que sale de los senos. También puede usarse como un método anticonceptivo durante los primeros 6 meses después del nacimiento, si se realiza correctamente.

- ✚ **Menstruación:** flujo de sangre, líquido y tejido que se sale del útero por la vagina y que suele durar de 3 a 7 días. También se conoce como “periodo menstrual”.

- ✚ **Mortalidad materna:** muerte durante el embarazo o poco tiempo después de este.

- ✚ **Movimientos fetales:** el momento durante la gestación cuando una persona embarazada nota los movimientos del feto en el útero por primera vez.

- ✚ **Nacimiento natural:** uso de pocos medicamentos o ninguno durante el trabajo de parto y el parto propiamente dicho. Para controlar el dolor, se trabaja en reducir el miedo y la tensión, se ejercitan y entrenan los músculos abdominales y uterinos con anticipación, y se usa una respiración relajada durante el trabajo de parto.

- ✚ **Náuseas:** son uno de los primeros síntomas del embarazo y suelen darse principalmente por la mañana, aunque algunas embarazadas las padecen durante todo el día. En la mayor parte de los casos, las náuseas remiten tras el primer trimestre de embarazo. Se cree que se produce por los altos niveles hormonales a lo largo de la gestación.

- ✚ **Ovulación:** momento en el cual se libera un óvulo de un ovario.

- ✚ **Parto natural:** es un proceso que se inicia tras el embarazo y termina con el nacimiento de un bebé. El parto tiene una serie de etapas: dilatación, expulsivo y alumbramiento. El trabajo de parto tiene una duración media de entre 8 y 12 horas, aunque las mamás primerizas suelen tener un parto más largo. El parto comienza cuando las contracciones provocan el borrado del cuello uterino.

- ✚ **Parto por cesárea:** cuando el parto se considera de riesgo o el bebé tiene dificultades para nacer, los especialistas optan porque el parto en lugar de ser natural sea por medio de cesárea. Para ello se administra anestesia epidural a la mujer y, con la ayuda de instrumental y un pequeño corte en la zona del pubis para atravesar el abdomen y el útero, el especialista ayuda al bebé al nacer.

- ✚ **Pezón:** tejido oscuro ubicado en el centro de la aréola de cada seno en personas de cualquier género. Los pezones pueden ponerse erectos cuando hace frío o cuando se estimulan mediante el contacto. También pueden tener pérdidas de leche durante el período de lactancia.

- ✚ **Placenta:** órgano que se forma en la pared del útero que proporciona oxígeno y nutrientes al feto durante el embarazo y a través del cual se eliminan los desechos del feto.

- ✚ **Posparto:** después del nacimiento del hijo.

- ✚ **Sangrado:** uno de los síntomas del embarazo es la ausencia de regal, por lo que si en algún momento del embarazo se producen sangrados es importante acudir al centro de salud para que valoren el estado del bebé. Sin embargo, un ligero sangrado es normal en el primer trimestre de embarazo y no siempre indica que se puede producir un aborto.

- ✚ **Sangrado de la implantación:** sangrado vaginal leve que, en algunos casos, ocurre cuando un pre-embrión se prende al revestimiento del útero y comienza el embarazo.

- ✚ **Semen:** líquido que contiene espermatozoides y que se eyacula del pene durante el orgasmo. El semen está compuesto por un líquido que proviene de las vesículas seminales y de la próstata y por espermatozoides que provienen de los testículos.

- ✚ **Senos:** las dos glándulas que están en el pecho. Se las considera órganos sexuales porque suelen ser sensibles a los estímulos sexuales y pueden inspirar deseo sexual. Al igual que las glándulas mamarias de otros mamíferos, producen leche durante el embarazo y después de este.

- ✚ **Óvulo:** célula reproductiva almacenada en los ovarios que se libera durante la ovulación. El embarazo se produce cuando un espermatozoide ingresa en un óvulo, el que se desarrolla hasta formar una bola de células y se implanta en el útero.

- ✚ **Útero:** el útero es el aparato reproductor de la mujer. Es el órgano interno de reproducción en el que se desarrolla el feto. También conocido por matriz, el útero es un órgano muscular hueco, que tiene la forma de pera y está revestido por una mucosa conocida por endometrio. El útero se

localiza en la pelvis de la mujer, entre la vejiga y el recto. La principal y más importante función del útero es acoger el óvulo fecundado, que se convierte en un embrión y luego en feto, y que crecerá hasta el momento del parto.

- ✚ **Varices:** las varices aparecen en las piernas como pequeñas arañas de color azul o morado. Suelen aparecer en el embarazo en mujeres que nunca han tenido o mostrarse más grandes en las que ya tenían. Son más propensas a padecerlas las mujeres con antecedentes familiares. Para prevenirlas conviene caminar regularmente y descansar con las piernas en alto.

- ✚ **Vernix caseosa:** es una sustancia de color blanco que recubre la piel del bebé al nacer. También es llamada unto sebáceo. Está compuesta principalmente por agua, aunque también tiene grasa y proteínas. Comienza a formarse en la semana 20 del embarazo y su función es la de proteger la delicada y fina piel del bebé.

- ✚ **Vómitos:** los cambios en los niveles hormonales pueden provocar vómitos y náuseas en las embarazadas. Es muy común que estos episodios sean más frecuentes en el primer trimestre. Pese a la molestia que supone, no revisten gravedad y pueden ser combatidos comiendo poca cantidad de comida con bastante frecuencia

- ✚ **Zigoto:** el cigoto o cigoto es la célula que resulta de la unión del gameto masculino con el femenino tras la fecundación. Es el pequeño huevo que tiene un largo camino por delante de 40 semanas de gestación y que irá desarrollándose y creciendo. Un día y medio después de la concepción, el cigoto comienza a dividir sus células.

XIII. Anexos:



GUÍA DE VALORACIÓN PARA LA MUJER EMBARAZADA



Bajo riesgo Mediano riesgo Alto riesgo

I. DATOS GENERALES

Nombre de la embarazada: MCI
 Dirección: Campestre Potrero Mz 18 Lte 38 cerrada Baja California Iztapalapa
Anote en las casillas correspondientes riesgo bajo (B), riesgo medio (M) o riesgo alto (A) respectivamente.

1. Edad: 25 años 20-30 (B) 15-19 (M) 31-35 14 y – (A) 36 y +

2. Estado civil: Unión libre Casada (B) Unión libre Soltera (M) Viuda Sin cónyuge (A)

3. Escolaridad: Primaria 6 y + (B) 1 a 5 (M) cero (A)

4. Ocupación: Ama de casa

5. Estatura (cm): 1.55 metros 150 y + (B) 145 a 149 (M) 144 y – (A)

6. Peso al inicio (Kg): 55 kg 51 a 64 (B) 65 a 75 (M) 41 a 50 76 y + (A) 40 y –

Fecha de nacimiento: 23 julio 1990 Lugar de nacimiento: Guerrero Gro.
 Residencia: Costa chica Religión: Católica Grupo y Rh: O+ +(B), - no isoimmunizada (M), - isoimmunizada (A)
 Nombre del cónyuge o persona responsable: Jorge Ortiz Vázquez Edad: 29 años
 Escolaridad: Preparatoria Ocupación: Reparador de Línea Blanca Grupo y Rh: Desconocido

II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Anote en las líneas el parentesco edad, evolución y anote en las casillas: (B) sin antecedente familiar o (M) con antecedente familiar.

7. Diabetes <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>	15. Embarazo gemelar <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>
8. Hipertensión arterial <u>Mamá</u> <input type="checkbox"/>	16. Embarazos molares <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>
9. Epilepsia <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>	17. Malformaciones <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>
10. Enfermedad cerebrovascular <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>	18. Cardiopatía <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>
11. Cáncer <u>Ninguno</u> <u>zona</u> <input type="checkbox"/>	19. Nefropatías <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>
12. Obesidad <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>	20. Enfermedad tiroidea <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>
13. TB pulmonar <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>	21. Enfermedades autoinmunes <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>
14. Retraso mental <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>	22. Otro. <u>Ninguno</u> <input type="checkbox"/>

III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Anote en las líneas edad de aparición, evolución y anote en las casillas correspondientes (B) no presenta, (M) controlada o (A) activa

23. Diabetes	<u>Ninguno</u>			31. Alergia	<u>Ninguno</u>		
24. Hipertensión crónica	<u>Ninguno</u>			32. Alcoholismo u otras drogas	<u>3 copas a los 15 años</u>		
25. Epilepsia	<u>Ninguno</u>			33. Tabaquismo	<u>1 cigarro a los 15 años</u>		
26. Enfermedad cerebrovascular	<u>Ninguno</u>			34. Cardiopatía	<u>Ninguno</u>		
27. Cáncer	<u>Ninguno</u>	zona		35. Nefropatías	<u>Ninguno</u>		
28. Obesidad	<u>Ninguno</u>			36. Enfermedad tiroidea	<u>Ninguno</u>		
29. TB pulmonar	<u>Ninguno</u>			37. Enfermedades autoinmunes	<u>Ninguno</u>		
30. Retraso mental	<u>Ninguno</u>			38. Hipercolesterolemia	<u>Ninguno</u>		
				39. Otro.	<u>Ninguno</u>		

40. ¿Utiliza medicamentos por indicación médica o automedicación? ¿Cuáles? Ninguno

IV. ANTECEDENTES EN ANTERIORES EMBARAZOS

Anote en las casillas correspondientes riesgo bajo (B), riesgo medio (M) o riesgo alto (A) respectivamente

Gesta 2

41. Paridad	<u>No</u>		1 a 3 (B), 4 a 6 (M) Multipara	46. Gemelaridad	<u>No</u>		no (B) 2 fetos (M) 3 fetos y + (A)	50. Hijos – de 2500g	<u>1, 2300 kg</u>		no (B) 1 (M) 2 y + (A)
42. Parto anterior	<u>No</u>		normal (B) difícil (M) traumático (A)	47. Parto pretérmino	<u>Si</u>		no (B) 1 (M) 2 y + (A)	51. Hijos de + de 4000g	<u>No</u>		no (B) sí (A)
43. Abortos consecutivos	<u>No</u>		no (B) 2 y + (M)	48. Preeclampsia	<u>No</u>		no (B) sí (M)	52. Cirugía pélvica	<u>No</u>		no (B) ginecológica (M) en útero (A)
44. Muerte perinatal	<u>Si</u>		no (B) 1 (M) 2 y + (A)	49. Cesáreas previas	<u>No</u>		no (B) 1 (M) 2 y + (A)	53. Otro, especifique			
45. Malformaciones	<u>No</u>		no (B) sí (A)								


V. EMBARAZO ACTUAL

54. Consanguinidad	<u>No</u>		no (B) sí (A)	60. Alcoholismo	<u>No</u>		No (B) sí (M)	66. Hb en sg.	<u>No</u>		11 y + (B) 8 a 10.9 (M) - de 8 (A)
55. Tabaquismo n°	<u>No</u>		no (B) sí (M)	61. Toxicomanías	<u>No</u>		No (B) sí (M)	67. Hemorragia ginecológica	<u>No</u>		No (B) controlada (M) activa (A)
56. Amenaza de aborto	<u>No</u>		no (B) controlada (M) activa (A)	62. A.P.P	<u>No</u>		No (B) controlada (M) activa (A)	68. Diabetes gestacional	<u>No</u>		No (B) controlada (M) activa (A)
57. Cardiopatía	<u>No</u>		no (B) controlada (M) activa (A)	63. Nefropatía	<u>No</u>		No (B) controlada (M) activa (A)	69. Otros. Especifique	<u>Caída</u>		
58. Preeclampsia	<u>No</u>		no (B) controlada (M) activa (A)	64. RPM	<u>No</u>		No (B) 6-8hrs. (M) +8 hrs. (A)				
59. Torch	<u>No</u>		No (B) controlada (M) activa (A)	65. ITS	<u>No</u>		No (B) controlada (M) activa (A)				


VI. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Después de realizar el análisis anote en la casilla si el riesgo es bajo (B), o medio (M)


70. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD.

Pavimentación	<u>Si</u>	Iluminación	<u>Si</u>	Recolección de basura	<u>Si</u>	
Medios de transporte	<u>Si</u>	Centros educativos	<u>Si</u>	Centros de salud	<u>Si</u>	
Centros de recreación	<u>Si</u>	Banquetas	<u>Si</u>			
Centros comerciales	<u>Si</u>	Fábricas contaminantes	<u>Si</u>			


71. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Propia, rentada o prestada	<u>Rentada</u>	Material de construcción	<u>Tabique revocado y lamina</u>	
Casa, departamento o cuarto	<u>Cuarto</u>	Iluminación	<u>Si</u>	Nº de habitaciones <u>1</u>
Higiene de la vivienda	<u>Si</u>	Forma de recolectar basura (bote, bolsas, no recolecta, la clasifica)	<u>Si</u>	
Convivencia con animales	<u>No</u>	Fauna nociva	<u>No</u>	
Hacinamiento, especificar	<u>No</u>	Ventilación	<u>Si</u>	


72. HÁBITOS HIGIÉNICOS.

Baño	<u>Cada 3er día</u>	Cambio de ropa interior	<u>Cada 3er día</u>	Lavado de manos	<u>5 veces al día</u>	
Higiene bucal	<u>3 veces al día</u>	Aspecto de la mujer en cuanto a la higiene	<u>Aseada y limpia</u>			

73. DESCANSO, SUEÑO Y ACTIVIDAD

Descanso, tipo y frecuencia al día	<u>Toma 1 siesta al día</u>	
Cuántas horas duerme al día, características (amanece descansada, pesadillas)	<u>9 horas</u>	
Hábitos para favorecer el sueño	<u>El solo recostarse le ayuda a favorecer el sueño</u>	
Actividades que realiza en el hogar	<u>Lavar ropa, trastes, limpiar y barrer</u>	
Actividades que realiza en el trabajo	<u>Actividades de casa</u>	
Actividades que realiza en su tiempo libre	<u>Tomar una siesta</u>	
Practica ejercicio para facilitar el T. de P., tipo y frecuencia	<u>No realiza ningún ejercicio</u>	

74. ALIMENTACIÓN

Nº de comidas que realiza al día, lugar dónde come y con quien come	<u>3 comidas, en casa y con su esposo</u>	
Existencia de intolerancia a alimentos, en caso afirmativo, especificar	<u>Ninguna</u>	
Alimentos que gustan / desagradan	<u>Pollo, frijol, verduras y arroz</u>	
Suplementos alimenticios / vitaminas, especificar	<u>Ácido fólico y sulfato ferroso</u>	
Uso de medicamentos relacionados con la ingestión / digestión, especificar	<u>Ninguno</u>	
¿Qué sentido le da a la comida? (placer, sobrevivir, no le encuentra mucha importancia)	<u>Solo para sobrevivir</u>	

Carne	<u>2</u>	Verdura	<u>2</u>	Aceite vegetal	<u>7</u>	Cereal	<u>2</u>
Huevo	<u>1</u>	Fruta	<u>7</u>	Mantequilla	<u>0</u>	Leguminosas	<u>1</u>
Quesos	<u>1</u>			Manteca	<u>0</u>	Arroz	<u>1</u>
Pescado	<u>0</u>			Chocolate	<u>0</u>	n° de pan blanco	<u>0</u>
Leche	<u>2</u>					n° de pan de dulce	<u>2</u>
Yogurt	<u>7</u>					Galletas	<u>3</u>
		Sal	<u>7</u>	Frituras	<u>2</u>	Tortillas	<u>7</u>
		Azúcar	<u>7</u>	Embutidos	<u>2</u>	Pastas	<u>7</u>
		Dulces	<u>2</u>	Enlatados	<u>0</u>		

75. INGESTION DE LIQUIDOS

Líquidos que consume en 24 hrs., cantidad y tipo	<u>4 vasos de agua de fruta</u>	
Líquidos que le gustan/desagradan	<u>Ninguno</u>	
Preferencia en cuanto a temperatura de líquidos	<u>Fríos</u>	
Problemas durante la ingestión de sólidos y líquidos. Especifique	<u>Ninguno</u>	
anorexia_____ náusea <u>X</u> _____ vómito_____ pirosis_____ polifagia_____		
polidipsia_____ regurgitación_____ Dolor epigástrico_____ diarrea_____		

76. ELIMINACIÓN

Eliminación intestinal, características y n° de veces	<u>1 vez y de apariencia formada</u>	
Eliminación vesical, características y n° de veces	<u>3 veces al día de color ámbar</u>	
Problemas en la eliminación intestinal y vesical	<u>Ninguno</u>	
Infección urinaria no (B), controlada (M) activa (A)	<u>No</u>	

77. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

N° de integrantes <u>2</u> tipo de familia: nuclear <u>X</u> extensa_____ monoparental_____	
Características de la familia (integrada, desintegrada)	<u>Integrada, con buena comunicación</u>
Comunicación con la pareja	<u>Si</u>
Relaciones sexuales satisfactorias <u>Si</u> no satisfactorias, especifique_____	
no tiene, especifique_____	

78. AUTOIMAGEN/AUTOCONCEPTO, RELACIONES SOCIALES Y ESTRÉS

El embarazo fue planeado?, especificar	<u>No</u>
¿El embarazo es aceptado?, especificar	<u>Si, ya que sería su primer hijo</u>
¿Cómo se siente al encontrarse embarazada?	<u>Contenta y feliz</u>
Preparativos para la llegada del recién nacido, especificar	<u>Ninguno</u>
Qué persona le ayudará cuando el bebé nazca ¿lo ha pensado?	<u>Su cuñada</u>
Cree que su religión influye en el embarazo y nacimiento. ¿De qué manera?	<u>Si se apegó más por el temor al aborto anterior</u>
Tiene alguna practica o costumbre en el cuidado del embarazo y nacimiento, especifique	<u>Ninguna</u>
Cuenta con amigos, ¿cada cuándo los ve?	<u>No cuenta con amigos</u>
Dificultades para el cumplimiento de rol como esposa, madre, trabajadora, embarazada, especificar:	<u>Ninguna</u>
Preocupaciones relacionadas con el embarazo, especificar	<u>preocupada por el aborto anterior y desinformación sobre el embazo y lactancia.</u>
Manejo del estrés (situaciones de angustia o tensión) ¿cómo las maneja o controla?	<u>Tensión y angustia, practica oraciones de acuerdo a su religión</u>

79. CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO

Inmunizaciones aplicadas antes y durante el embarazo	<u>No</u>
Conocimiento acerca del embarazo y sus cuidados	<u>Ninguno</u>
Conocimiento de datos de alarma en el embarazo (percepción de movimientos fetales, datos de vasoespasmo, datos de urosepsis, contracciones uterinas, pérdidas transvaginales, etc.)	<u>Ninguno</u>
Conocimiento de trabajo de parto y parto, así como de la cesárea	<u>Ninguno</u>
Preparación para la lactancia	<u>No, solo con las pláticas que le fueron brindadas en el hospital</u>

80. NIVEL SOCIOECONÓMICO

Nivel socioeconómico	0	1	2	Calificó.
Piso	Cemento/mosaico/madera		Tierra	0
Agua	Intradomiciliaria	Fuera de la vivienda pero dentro edificio o vecindad De la llave pública	No dispone de agua/Acarrea	0
Baño	Dentro de la vivienda	Fuera de la vivienda	No dispone de baño	1
Drenaje	Conectado al drenaje de la calle	Conectado a una fosa Séptica	Desagua al suelo, canal o lagos	0
No, de cuartos para Dormir _____ No. Total de personas Que habitan la vivienda _____	1 cuarto hasta 3 pers. 2 cuartos hasta 6 pers. 3 cuartos hasta 9 pers. 4 cuartos hasta 12 pers. 5 cuartos hasta 15 per	1 cuarto con 4 o 5 per. 2 cuartos con 7 a 10 per. 3 cuartos con 10 a 15 per. 4 cuartos con 13 o + per. 5 cuartos con 16 o + per.	1 cuarto con 6 o + per 2 cuartos con 11 0 + 3 cuartos con 16 o + 4 cuartos con 20 o + Cuarto redondo	0
Tiene refrigerador	Sí	No		0
Tiene lavadora	Sí	No		0
Tiene computadora	Sí	No		0
Tiene horno microondas	Sí	No		0
Tiene automóvil	Sí	No		0

Suma total 1

SI LA SUMATORIA FUE 15-20 CLASIFICACION RIESGO ALTO (A)
 SI LA SUMATORIA FUE 6-14 CLASIFICACION RIESGO MEDIO (M)
 SI LA SUMATORIA FUE 0-5 CLASIFICACION RIESGO BAJO (B)

VII ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS. ANOTE EN LA CASILLA EL RIESGO.

81. GINECOLÓGICOS

Telarca <u>12 años</u> Pubarca <u>13 años</u> Menarca <u>13 años</u> Ciclos <u>Irregular</u> Dismenorrea _____ Incapitante _____
Uso de métodos anticonceptivos (cuál, año, duración) <u>No</u>
¿Utilizará un método anticonceptivo posterior al embarazo?, especificar <u>No ya que desea volver a embarazarse</u>
DOC CU y de mama. (último año, resultado,) <u>No se ha realizado ninguno ya que no asiste al centro de salud</u> si ha realizado (B) _____ no o + (M)
IVSA <u>12 años</u> N° de compañeros sexuales <u>2</u> Con protección o sin protección <u>Sin</u> sexo seguro(B) _____ sin protección (A)

82. OBSTÉTRICOS

FUR	<u>Enero 20 2017</u>							
G	<u>2</u>	<u> </u>	1-3 (B),	+3 (M)				<u> </u>
P	<u>0</u>	<u> </u>	1-3 (B),	nulípara (M)	4 y +			
A	<u>1</u>	<u> </u>	0 (B),	2 y + (M)				
C	<u>0</u>	<u> </u>	0 (B),	1 (M)	2 y + (A)	FPP	<u>27 octubre 2017</u>	SDG <u>16.4</u>
Periodo intergenésico	<u>3 años</u>	<u> </u>	1-3 años (B)	-1 año (M)				
En el embarazo salida de secreción vaginal (características, tratamiento)			<u>no</u>					no(B), si (M)

83. Características de los embarazos previos:

n° de gestas	fecha de nacimiento	resolución del embarazo	defectos al nacimiento	peso del r.n.	apgar	sexo	muerte antes del primer mes	duración de lactancia
GI	<u>Hace 3 años</u>	<u>Aborto</u>						
GII								
GIII								
GIV								
GV								

84. Lugar donde lleva su control prenatal (sólo en comunidad) Ningún lugar85. n° de consultas prenatales y problemas detectados a lo largo del embarazo Ninguna

VIII. OTROS

Grupo RH O+
Glucosa 86 mg/dL

IX EXPLORACIÓN FÍSICA (céfalo-caudal o por aparatos y sistemas)

Peso actual	55	T/A	100/60	Pulso	64	Respiración	20	Temperatura	36.3
-------------	----	-----	--------	-------	----	-------------	----	-------------	------

Paciente consciente y orientada en tiempo, persona y espacio; cráneo normocéfalo (redondeado, sin zonas dolorosas a la palpación); cejas simétricas; conjuntivas con adecuada coloración; ojos simétricos; pupilas isocóricas, iris del mismo color, cristalino transparente; nariz del mismo color que la cara, tabique nasal recto sin dolor a la palpación, mucosa nasal color rosa intenso y respiración adecuada; labios rosados, íntegros ligeramente secos, dentadura completa, dientes ligeramente amarillos, mucosas orales hidratadas de coloración rosa sin ulceraciones; orejas del mismo color que la cara, bien implantadas.

Cuello cilíndrico sin nódulos presentes. Adecuada hidratación y coloración de tegumentos.

Miembros torácicos, simétricos, con fuerza, funcionales e íntegros; pulsos periféricos de fuerte intensidad y regulares. Tórax posterior simétrico; tórax anterior simétrico sin deformidades; expansión torácica simétrica; campos pulmonares ventilados sin ruidos agregados a la auscultación; corazón con latidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad. Mamas y pezón bien formados y en adecuada condición para brindar lactancia materna. Abdomen gestante de 16.4 semanas sin dolor a la palpación; sonidos peristálticos presentes de 8 por minuto. Genitales aseados, íntegros sin alteraciones aparentes ni presencia de sangrado transvaginal o fluidos. Miembros pélvicos funcionales a la vista, simétricos, coloración uniforme y adecuada humectación. No hay presencia de edemas y hematomas; llenado capilar de 2 segundos.

86. Factores de riesgo detectados

Ausencia de conocimientos del embarazo; salud y métodos anticonceptivos
 Escolaridad y conocimientos

Apoyo nutricional:

CÓMO ALIMENTARSE ESTANDO EMBARAZADA




COMÉ ENTRE 4 Y 5 VECES AL DÍA



COMÉ PESCADO 3 ó 4 VECES A LA SEMANA
*APORTA ÁCIDOS GRASOS OMEGA 3 PARA EL BUEN DESARROLLO DEL FETO



EVITÁ PICAR ENTRE COMIDAS PRINCIPALES



AUMENTA EL CONSUMO DE FRUTAS Y HORTALIZAS
* EN ESTA ETAPA EL ORGANISMO PIDE MÁS VITAMINAS Y MINERALES



TOMÁ ENTRE 8 Y 10 VASOS DE AGUA



CONSUMÍ CON MODERACIÓN ALIMENTOS RICOS EN GRASA, AZÚCARES Y SAL.



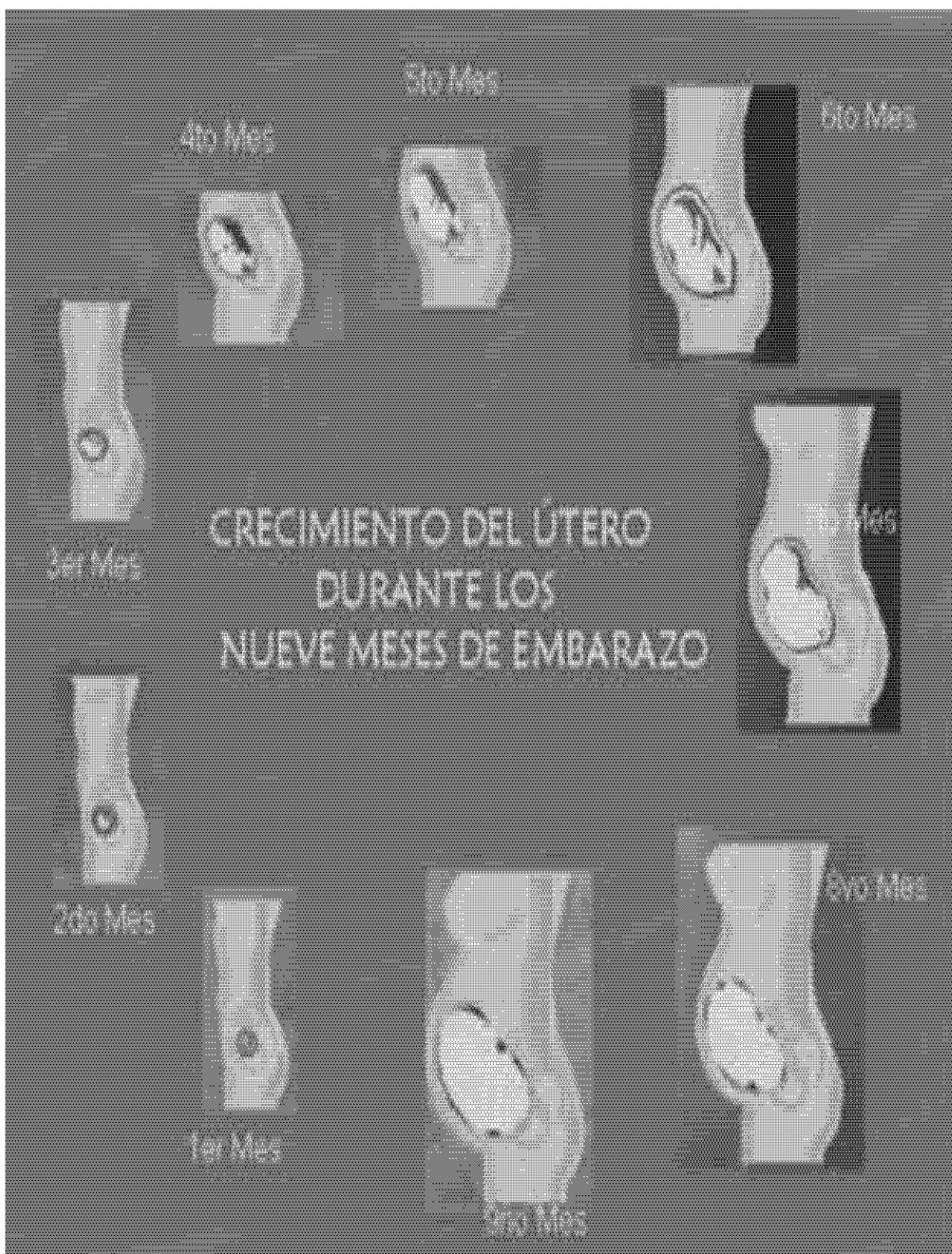
PIRÁMIDE de la alimentación saludable durante el embarazo

SENC
SOCIEDAD
ESPAÑOLA
NUTRICION
COMUNITARIA



Modificado de la Pirámide de la Alimentación Saludable. SENC, 2009.

Cambios en el embarazo:



Higiene:

CUIDADO ORAL EN EL EMBARAZO

VITALDENT

¿Puedo hacerme una radiografía dental?

El diagnóstico radiológico oral está considerado seguro en la mujer embarazada y el riesgo es extremadamente bajo. Si debes que realizarte esta prueba debes llevar colocado un delantal de plomo protector.

revisiones cada 3 meses



Los cambios hormonales que se producen durante el periodo de gestación condicionan cambios en todo el organismo y en especial en la salud oral. Es recomendable visitar trimestralmente al dentista para prevenir posibles problemas y detectar alteraciones. Si sólo se puede ir una vez, la mejor época es entre el cuarto y sexto mes de gestación.

Atención a los problemas periodontales



Al aumentar el flujo sanguíneo durante el embarazo por los cambios hormonales, es más probable que se sufra sangrado o enrojecimiento de las encías, sobre todo a partir del tercer mes de embarazo. En estos casos, hay que acudir al dentista porque estas enfermedades han sido relacionadas con un mayor riesgo de partos prematuros o bebés de bajo peso.

Picoteos frecuentes



Durante el embarazo es más frecuente picotear y beber entre horas, en muchas ocasiones se abusan de snacks tales como chocolatinas, patatas fritas, etc. Es aconsejable sustituir este tipo de alimentos por otros más saludables, como por ejemplo, fruta.

Derribar mitos

No es cierto que durante el embarazo se pierdan dientes ni tampoco que el feto agote las reservas calcicas de los dientes de la madre para formar sus propias piezas.

Cepillarse después de cada comida

Para tener una buena salud oral nada mejor que mantener una higiene correcta. Cada vez que comas cepíllate los dientes para eliminar los restos de alimentos que pueden quedarse en el boca.

Si sufro dolor en alguna pieza

¿Puedo realizarme el tratamiento?



Si durante el embarazo presentas episodios de dolor, algún tipo de infección o enfermedades periodontales, el tratamiento deberá realizarse sin tardanza pues es más negativa la consecuencia de la infección sobre el feto que el tratamiento en sí mismo.





Higiene postural en el embarazo



Durante la gestación el bebé va creciendo y es normal que el peso y el volumen de tu barriga te causen dolor muscular en la zona lumbar.

El crecimiento del útero estira y debilita los músculos abdominales haciendo que tu postura cambie para mantener el equilibrio.

Los cambios hormonales en el embarazo hacen que ligamentos y articulaciones se vuelvan más laxos y no pueden soportar como de costumbre la columna.

Por ello, es muy importante que desde el inicio del embarazo empieces a cuidar tu espalda.

Los consejos de nuestro decálogo te enseñarán a mantener una buena higiene postural y a prevenir el lumbago.

Decálogo de consejos

1 Haz ejercicio físico moderado.

Ejercicios acuáticos, yoga o pilates. También caminatas, respiración espaldas y otras técnicas posturales.



6

Duérmete de costado izquierdo, con las rodillas flexionadas y una almohada entre la pierna y/o sobre el abdomen para favorecer el flujo de sangre y nutrientes hacia la placenta.



2

Siempre mantén la espalda recta y reparte el peso de tu cuerpo entre las dos piernas. Mantén el cuello estirado y los hombros bajos, no demasiado adelantados y separados el pecho fuera.



7

Utiliza zapatos cómodos, que sustenten bien el pie y que no lo presionen. Con tacón de 2-4 cm, y de materiales naturales que dejen respirar tu pie.



3

Cuida la postura, incluso sentada. Apoya la espalda recta en el respaldo, no cruces las piernas y apoya la planta de los pies en el suelo o en un taburete.



8

Alivia el dolor y la tensión de espalda. Siéntate sobre la tarima, bñdate hacia delante con la frente entre las piernas y elevando las rodillas. Mantén el cuello alineado con tu columna.



4

Agóchate en cuclillas y evita movimientos bruscos. Al cargar algo del suelo, bñdate ligeramente las rodillas con una pierna delante de la otra y mantén la espalda.



9

Míndate y consóidate un tiempo de relax. Un masaje prenatal reduce la musculatura y mejora la circulación. Acude a un fisioterapeuta especializado.



5 No cojas peso.

Si has de hacerlo, respóndete en caderas, piernas y brazos, uno entre ambos, para mantener el equilibrio.



10

Utiliza una faja específica para el embarazo, con la recomendación de tu médico. Ayudará a aliviar el dolor de espalda y a reducir la presión de la zona pélvica.





SALUD BUCAL DURANTE EL EMBARAZO

PROBLEMAS BUCALES FRECUENTES

Gingivitis: la alta concentración de hormonas sexuales exagera la reacción inflamatoria de la gingivitis, provocada por las bacterias.

Caries: la disminución de la saliva y el aumento de la acidez en la boca debilitan el esmalte dental y dejan los dientes más desprotegidos frente a los ataques de las bacterias cariogénicas.

Sensibilidad dental: la erosión del esmalte provoca la exposición de la dentina pudiendo reaccionar a estímulos externos ocasionando dolor.

Tumores en las encías: causados por el incremento de hormonas y la acumulación de placa. No son malignos y suelen desaparecer tras el parto.

Dientes que se mueven: a causa de la inflamación gingival.



CAMBIOS EN LA BOCA

Sequedad bucal

Dientes y encías más sensibles

Mayor acidez en la saliva

Desequilibrio de la microbiota oral

NO TE OLVIDES DE...

Cepillarte los dientes después de cada comida

El enjuague bucal

El hilo dental o los cepillos interdientales

**USANDO PHB GINGIVAL
CUIDARÁS Y PROTEGERÁS
TUS ENCÍAS Y DIENTES
SENSIBLES DURANTE ESTA
ETAPA TAN DELICADA Y
BONITA DE TU VIDA.**

Recomendaciones



- ❖ No utilizar productos químicos en el aseo íntimo.
- ❖ Usar ropa interior de algodón.
- ❖ No utilizar ropa muy apretada.
- ❖ Lavarse la zona íntima antes de acostarse y después de tener intimidad.
- ❖ Asistir al médico si presenta cambios hormonales, picazón y o ardor vaginal.