



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADAS A
PRIMIGESTA CON 20.5 SEMANAS DE GESTACIÓN, CON
BASE EN LA TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA
ELIZABETH OREM”

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ENFERMERA ESPECIALISTA PERINATAL
PRESENTA

LEO: JOSEFINA IBARRA ROSAS

ASESORO: M.E. PATRICIA MÁRQUEZ TORRES

CIUDAD DE MÉXICO NOVIEMBRE 2017



DR. EDUARDO LICEAGA



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.

POSGRADO: ENFERMERÍA PERINATAL

SEDE: HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

GENERACIÓN: 2017-1, 2017-2

COORDINADORA: M.E. MÁRQUEZ TORRES PATRICIA

ALUMNA: LEO. IBARRA ROSAS JOSEFINA

Agradezco a Dios por brindarme las fuerzas y salud para realizar esta travesía, el apoyo incondicional de mi hija y hermana que estuvieron conmigo en cada momento, para mi amiga Camila que me impulso para terminar esta hermosa etapa, a mi profesora M.E. Patricia Márquez Torres por darme la oportunidad de vivir la experiencia, las herramientas y creer en mí.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	6
II. OBJETIVOS	8
2.1 General.....	8
2.2 Específicos	8
III. FUNDAMENTACIÓN	9
3.1 Antecedentes.....	9
IV. MARCO CONCEPTUAL	13
4.1 Conceptualización de enfermería	13
4.2 Paradigma de enfermería.....	15
4.3 Teoría de enfermería.....	24
4.4. Proceso de enfermería.....	33
V. MARCO TEORICO	56
5.1 Atención Prenatal	56
5.2 Embarazo	61
5.3 Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal	67
5.4 Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo.....	70
VI. METODOLOGÍA	72
6.1 Estrategia de investigación.	72
6.2 Sección de caso y fuentes de información	72
6.3 Consideraciones éticas.....	73
6.4 Consentimiento informado	75
6.5 Derechos generales de los pacientes	76
6.6 Violencia obstétrica.....	78
VII. PRESENTACIÓN DEL CASO	83
7.1 Descripción del caso	83
7.2 Antecedentes generales de la persona.....	84
VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	85
8.1 Requisitos de autocuidado.....	85

8.2 Análisis de estudios de laboratorio.....	90
8.3 Esquema metodológico	92
8.4 Jerarquización de problemas.....	93
8.5 Diagnósticos de enfermería.....	94
IX. PLANEACION DE LOS CUIDADOS.....	95
X. PLAN DE ALTA	135
XI. CONCLUSIONES.....	136
XII. BIBLIOGRAFIA.....	138
XII. ANEXOS.....	146

I. INTRODUCCIÓN

En el presente estudio de Caso Clínico se realizó a gestante con 20.5 semanas de gestación con déficit de conocimientos, se mantuvo comunicación directa en la Unidad 112 Ginecología y Obstetricia Consulta Externa del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. Se toma como herramienta metodológica de valoración perinatal, así como, el Proceso de Atención de Enfermería y la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

La atención prenatal, es serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida.

La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna y de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.¹

El control prenatal es importante incluso en embarazos saludables, ayudan a identificar mujeres con mayor riesgo obstétrico, intervenciones ligadas a la prevención contribuyen a promover conductas saludables durante la gestación, algunas de estas detecciones son: la anemia, preeclampsia, infecciones

¹ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación [en línea] 07 de Abril. [Consulta Julio 2016]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

cervicovaginales, hemorragia del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino entre otras alteraciones que se pueden presentar durante el embarazo.

Disminuir la incidencia de la emergencia obstétrica y la mortalidad materna es el resultado de brindar una atención de calidad en cualquier unidad de salud de los sectores público y privado, así también que la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud.

El papel que desempeña el profesional de enfermería Perinatal en la atención de la mujer embarazada, requiere de acciones basadas en evidencias del cuidado para el control prenatal y contribuir en una atención holística de la mujer con un enfoque preventivo disminuyendo los índices de mortalidad materna perinatal sobre el conocimiento de signos y síntomas de alarma que ponen en peligro su vida y del feto dando así un trato de calidad y calidez a nuestras mujeres.

II. OBJETIVOS

2.1 General

Dar a conocer el actuar de las intervenciones especializadas de Enfermería Perinatal en el control y vigilancia del embarazo a fin de identificar oportunamente los riesgos que puedan alterar el curso fisiológico del mismo, contribuyendo en una atención holística, para el bienestar del binomio.

2.2 Específicos

- Proporcionar educación y promoción para la salud de la embarazada y su familia, enfatizando en la detección de riesgos materno fetal.
- Brindar información clara y escrita enfatizando los datos de alarma así como la importancia de llevar un control prenatal.
- Por medio del método enfermero priorizar los requisitos universales con base en la teoría de Autocuidado de Dorotea E. Orem.
- Favorecer el bienestar emocional en la mujer embarazada, dando un trato individualizado.
- Identificar factores de riesgos maternos y perinatales, para prevenir complicaciones materno-fetales.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1 Antecedentes

De acuerdo a Enfermería Basada en Evidencias se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos en Internet con el buscador Google a través de diferentes bases de datos como, Dialmet, PubMed, Scielo, Libros, Normas oficiales, Guías de práctica clínica, Bibliotecas UNAM.

Como filtro se utilizaron palabras clave como: Control prenatal, identificación de necesidades de aprendizaje, infección vaginal, accesibilidad a los centros de salud, calidad de la atención de salud, se destacan los siguientes resultados como base para la elaboración del presente estudio de caso.

1.-Maldonado S.E en su tesis² Efecto de una intervención educativa participativa para fortalecer el conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos a mujeres embarazadas de bajo riesgo, hace referencia al efecto de un intervención educativa para fortalecer signos de alarma en mujeres gestantes de bajo riesgo y pretende que ellas mismas reconozcan las posibles complicaciones en el embarazo y sepan qué hacer cuando se presente un signo y síntoma.

Concluyo que el efecto de las intervenciones educativas de tipo participativo mejoro el conocimiento de las mujeres embarazadas acerca de los signos y síntomas de alarma obstétrica.

² Maldonado SE: Efecto de una intervención educativa participativa para fortalecer el conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos a mujeres embarazadas de bajo riesgo. Universidad Autónoma de Aguascalientes TESIS [En línea] 2016 (consultado junio 2016) Disponible en:<http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/480/408651.pdf?sequence=1>

2.-Amauri de Jesús Miranda Guerra, Lázaro Luís Hernández Vergel, Celia Romero Rodríguez³ en la revista *Infección vaginal en gestantes y su incidencia en indicadores seleccionados del Programa Materno Infantil*. Hacen referencia sobre la Infección vaginal en gestantes y su incidencia se encuentran entre las primeras tres causas de muerte materna, junto a las hemorragias y la hipertensión arterial.

Concluyendo que la incidencia de las infecciones vaginales es alta y que en la mayoría de las mujeres evoluciona satisfactoriamente al tratamiento indicado. El bajo peso al nacer es el indicador del Programa Materno infantil más afectado.

3.- Dra. Rosa María Alonso Uría, Dra. Beatriz Rodríguez Alonso⁴ en la revista: *Necesidades de conocimientos de profesionales de la salud sobre la atención a la gestante y madre adolescente*, hacen mención en las necesidades de conocimientos de profesionales de la salud sobre la atención a la gestante y madre adolescente los temas de mayor carencia fueron, complicaciones del embarazo en la adolescencia, utilización de métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia, manejo del neonato, técnica y ventajas de la lactancia materna. Es notoria la impericia en la psicoprofilaxis, así como el desconocimiento de la frecuencia en que deben realizarse las consultas de seguimiento a las gestantes, púérperas adolescentes y sus recién nacidos.

Concluyendo que existen necesidades de conocimientos en los profesionales para el manejo integral y correcto a la gestante, así como en las orientaciones para la persona recién nacida. Se necesita una estrategia de superación profesional para satisfacer las carencias cognitivas.

³ Miranda Guerra AJ, Hernández Vergel L, Romero Rodríguez C: *Infección vaginal en gestantes y su incidencia en indicadores seleccionados del Programa Materno Infantil*. *Rev. Cubana Med. Gen* [En línea]. 2010; [consultado junio 2016] vol.26 (2) 1561-3038 Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200009&lng=es&nrm=iso

⁴ Alonso Uria RM, Rodríguez Alonso B, *Necesidades de conocimientos de profesionales de la salud sobre la atención a la gestante y madre adolescente*. *Rev Cubana Med Gen Integr* [En línea]. 2014; [consultado junio 2016] vol.30, n(2) 0864-2125. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200004&lng=es&nrm=iso

4.-Cáceres Manrique, Flor de María⁵ en su artículo. El control prenatal una reflexión urgente tiene como objetivo reflexionar sobre la adherencia y las barreras de acceso al control prenatal, ya que es la estrategia recomendada para detectar tempranamente riesgos del embarazo, instaurar el manejo adecuado, prevenir complicaciones y preparar a la gestante para el parto y puerperio. Sin embargo, no todas las embarazadas logran acceder al control prenatal por diferentes razones, la mayoría ajenas a su voluntad.

Concluyendo a pesar de que es una prioridad en todos los planes y programas de salud, no todas las mujeres acuden y quienes lo hacen muestran insatisfacción con el servicio, esto se debe a ciertos factores individuales evidenciando factores socio económico.

Los objetivos planteados por las organizaciones internacionales hace una invitación a una reflexión profunda, fundamentada y ética sobre el papel de los servicios de salud y la comunidad con miras a fortalecer la toma de decisiones con la mejor evidencia posible en bien de las gestantes y nuestros niños.

5.-Hernández B. Ana María⁶ en su artículo Reflexiones sobre la calidad del cuidado de enfermería en el control prenatal, comenta que como parte del equipo de salud, los profesionales en enfermería participan en la atención prenatal a las mujeres embarazadas, constituyéndose en uno de los factores clave para una atención de calidad a través de los cuidados identificando riesgos y plantear cuidados que minimicen posibles complicaciones.

Concluyendo que se observan barreras que impiden su cumplimiento debido a diferentes aspectos como son: El gran número de pacientes asignados y el poco

⁵ Cáceres Manrique, FM. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [En línea] v. 60, n (2) 165-170 [Consulta junio 2016]. ISSN 2463-0225. Disponible en: <<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/342>>

⁶ Hernández AM. Reflexiones sobre la calidad del cuidado de enfermería en el control prenatal. Revista cultural del cuidado [En línea] 2012 [consultado julio 2016] v.9, n (1) 55-61 Disponible en: file:///C:/Users/EQUIPO-/Downloads/Dialnet-ReflexionesSobreLaCalidadDelCuidadoDeEnfermeriaEnE-4394564%20(1).pdf

tiempo disponible para una atención adecuada, las instituciones de salud que ponen de manifiesto su interés en la cifra de personas atendidas más no en la calidad del servicio que se presta, deficiencias en la capacitación técnico científica de los profesionales, la constante rotación del profesional hacia diferentes sitios de trabajo y en diferentes actividades lo que genera desmotivación y falta de pertenencia con las instituciones.

6.-Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Esta norma respeta los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos. Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales.

Por lo cual enfatiza en las acciones a cumplir en cada consulta, con sentido ético, respetuoso y humanitario, al mejorar la consulta pregestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria⁷.

⁷ Op. Cit. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación [en línea] 07 de Abril. [Consulta Julio 2016]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de enfermería

Los modelos conceptuales de enfermería representan matrices disciplinares diferentes o paradigmas, derivados del metaparadigma de enfermería. Cada uno de ellos define los cuatro conceptos del metaparadigma de forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos. (Persona, entorno, salud y concepto de enfermería).

La utilización de un método conceptual facilita la comunicación entre las enfermeras y proporciona un enfoque más utilizado para la práctica, la educación la administración y la investigación en enfermería.

La ciencia de enfermería representa el conocimiento o entendimiento que se tiene en la actualidad, sobre el cuidado de los aspectos del comportamiento del ser humano y sus reacciones con la experiencia de la salud y el contexto; incluyendo aquellos procesos responsables de los cambios en el estado de salud, los patrones de comportamiento asociados con los eventos normales y críticos del proceso vital y los principios y leyes que gobiernan las etapas y los procesos de la vida.

La investigación de enfermería representa los elementos y formas independientes y colectivas que constituyen las bases de su indagación científica, es el instrumento de la evolución científica y en sí misma no constituye la ciencia. La orientación empírica, lineal, y causal ha guiado la indagación de enfermería hasta el presente; no obstante, desde hace algún tiempo se plantean proposiciones muy importantes con relación a hechos tales como: la interacción materno-infantil, autocuidado, el moribundo, el cuidado, la cronicidad, las relaciones transpersonales, la experiencia de la salud que no por estar en proceso de formación son menos trascendentales para el desarrollo de nuevos marcos conceptuales y teorías que guíen la investigación.

La clasificación internacional de enfermedades dice: La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las

edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados de los enfermos discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud, en la gestión de los pacientes, los sistemas de salud, y la formación.⁸

Definición de enfermería varios autores

Dorothea E. Orem: La enfermería tiene como preocupación especial la necesidad del individuo para la acción de autocuidado y su provisión y administración del modo continuo, para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos.

Virginia Henderson: La función única de enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud o recuperación para que pueda ejecutar sin ayuda y si tiene la fortaleza, deseo y conocimiento para hacerlo de tal forma que le ayude a ganar independencia en su cuidado propio lo más pronto posible.

Frances R. Kreuter: Enfermería es una profesión de práctica. La administración y educación son esenciales pero secundarios al que la práctica. Es un componente de cuidado con conocimiento de cura, percepción de motivación humana y comprometida con el ministerio de alta calidad. La definición de enfermería nos sirve de guía y de origen a la práctica de la enfermería indicándonos nuestras funciones.

Martha Rogers: Enfermería es una profesión aprendida buscada en la aplicación de una ciencia y un arte. Tiene como meta servirle al hombre, considera que la ciencia de enfermería no es la suma de principios sacados de otras fuentes; sino un

⁸ Duran de Villalobos. M.M Enfermería. Desarrollo Teórico Investigativo. Colombia: Innovar; 2001. Enfermería desarrollo teórico y investigativo Disponible en: <http://www.uneditorial.net/uflip/Enfermeria-Desarrollo-Teorico-e-Investigativo/pubData/source/Enfermeria-desarrollo-teorico-e-investigativo.pdf>

producto nuevo, la ciencia de la enfermería es un cuerpo organizado de conocimientos abstractos logrados por la investigación científica y análisis lógico.

Imogene King: Proceso de acción, interacción y transacción en donde se asiste al individuo de la cual qué edad y grupo socioeconómico para lograr las metas de salud.

Callista Roy: Los cuidados de enfermería tienen como fin sostener y promover la adaptación de la persona a la que se cuida. Los cuidados de enfermería se centran sobre todo en el paciente que está llamado a responder a los estímulos que se presentaba causa de su posición sobre la continua salud-enfermedad. El fin es ayudar a la persona que se cuida a alcanzar el estado de adaptación que le permita responder a los demás estímulos. Su campo de acción en la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la participación en su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre. El objetivo de la enfermería es mantener al máximo el bienestar físico, moral, social y espiritual del ser humano⁹.

4.2 Paradigma de enfermería

Para entender la estructura del conocimiento de enfermería es necesario entender la situación de su desarrollo científico en términos del estado paradigmático de la disciplina.¹⁰

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que

⁹ Op. Cit. Duran de Villalobos. M.M Enfermería. Desarrollo Teórico Investigativo. Colombia: Innovar; 2001.

¹⁰ Luiris Sanabria T, Otero Ceballos M, Urbina Laza O Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Escuela Nacional de Salud Pública Rev. Cubana Educ Med Súper[En línea] 2002;16(4) Disponible en : http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm

han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo, tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados.

A partir de la década de los 60, el inicio de la investigación en enfermería constató la falta de sistemas teóricos sólidos que pudieran ofrecer conexiones conceptuales válidas para el ejercicio profesional. Con estas observaciones en el área de la ciencia de enfermería se comienza a usar el concepto de paradigma como referente para el desarrollo de la ciencia y base para múltiples ciencias. Al utilizar este concepto debe hacerse referencia a Thomas Khun, que lo utiliza como eje central de su visión de la ciencia a partir de su concepción de "ciencia normal" y de la naturaleza de las evoluciones científicas. Es evidente que la filosofía de la ciencia, dictada por Khun, ha servido de gran ayuda para comprender la evolución de la teoría de la enfermería mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia.

En los años 80, el desarrollo en las teorías de enfermería fue el característico de los períodos de transición, del modelo de metaparadigma al de paradigma. Los paradigmas dominantes (modelos) proyectaban diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería, la administración de ciencias, la investigación y los posteriores desarrollos técnicos, es decir, dirigían las actividades de una disciplina y como tal fue aceptada por la mayoría de sus miembros. Es por ello, que en el trabajo que realizan los enfermos se observan características de los distintos paradigmas que se han ido manifestando a lo largo de la historia, los cuales en período de transición se superponen sin que una forma de pensamiento supere totalmente a la anterior. Esto es aplicable a cualquiera de los campos en que se puede orientar el trabajo de enfermería.

Paradigmas

"La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas".

En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

Paradigma de la categorización

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

Orientación centrada en la salud pública:

Se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios."

Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos metaparadigma de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

- La persona, posee la capacidad de cambiar su situación.
- El entorno, comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

- La salud es "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos". Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.
- El cuidado, es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.¹¹

Orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica:

Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el metaparadigma según esta orientación es el siguiente:

La persona, es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.

El entorno, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.

La salud, es la ausencia de enfermedad un estado deseable.

El cuidado, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficit en la persona.

La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica está reflejada en F. Nightingale, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia

¹¹ Op Cit. Luiris Sanabria T, Otero Ceballos M, Urbina Laza O Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería.

de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

Otros enfermeros como Henderson, Hall y Watson suponen la transición entre los diversos paradigmas, especialmente porque dan paso al de la integración, en ellos ya se observa que la experiencia de salud-enfermedad supera la linealidad y comienza a considerar la persona en su integralidad, en interacción con el entorno.

Paradigma de la integración

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de V.Henderson, H. Peplau y D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.

El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, en una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.

La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.

El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

Paradigmas de la transformación.¹²Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestos por *R.R.*

Porse, M.Newman, M. Rogers y Walsonquedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

¹² Op.Cit.Luiris Sanabria T, Otero Ceballos M, Urbina Laza O Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería.

La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.

La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.

El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo. El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera *Kerouac*, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone.

"El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud". Este paradigma cumple las cinco funciones enunciadas por Merton:

Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.

Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.

Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.

Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión, pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención; el ser humano busca para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad, la forma de satisfacer esta necesidad. Para *King*... " las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos."

Se coincide plenamente con el criterio de *King*, teniendo en cuenta el auge que tienen las acciones de promoción y prevención de la salud, encargadas de facilitar a las personas el conocimiento para modificar estilos y modos de vida insanos hacia formas de vida saludables y crear en ellas una conciencia que facilite el autocuidado y la autorresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad.

Orem describe los cuidados de acuerdo con su finalidad para la salud de la persona como de prevención primaria, secundaria y terciaria. Esto nos permite entender los cuidados de salud como acciones que contribuyen al bienestar de la persona, lo que hacen que sean considerados necesarios a lo largo de toda la vida y en todas las

condiciones de ésta. Los avances que se están realizando en proporcionar un enfoque multidisciplinario individualizado de los cuidados del paciente no pueden sino mejorar el bienestar de la población y emplear mejor los recursos.

En la actualidad, los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, entonces la intervención de enfermería con esta orientación va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad¹³.

A partir de esta opción, los fenómenos que despiertan el interés son las respuestas que presenta el ser humano ante distintas situaciones de salud-enfermedad a lo largo de la vida y esto es, entre otras razones, lo que distingue a la enfermería de otras ciencias. Por ello, además de colaborar con otras profesiones de la salud, como disciplina autónoma debe aportar algo específico y diferenciador del resto: nuestra propia función. Como ya afirmaba F. Nightingale a mediados del siglo XIX,... "La enfermería requiere de conocimientos propios, diferentes del conocimiento médico".

Actualmente, la práctica científica de enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. "Método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz. Ambos elementos significan la epistemología de enfermería entendida como los fundamentos (modelos de cuidados) y métodos (procesos de atención de enfermería) del conocimiento de enfermería. Estos dos elementos adquieren sus

¹³ *Ibíd.*

verdadero sentido cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso.

Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados de enfermería y contribuyen al desarrollo y avance de la profesión, lo que quiere decir en otras palabras "Garantizar que todos los enfermeros compartan una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional, y un mismo lenguaje en la orientación de los cuidados."

Consideraciones generales: Las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de Enfermería como en el resto de las disciplinas científicas, pues generan un conocimiento autónomo y mantienen una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general que nos identifica dentro del equipo de salud.

Desde las perspectivas actuales, el personal de enfermería es un diseñador y director de los cuidados mediante el método de enfermería, que incorporado en el trabajo diario ha permitido que la atención que se brinda se desarrolle con una base sólida, que mejoren las estrategias de intervención y resolución de los cuidados de enfermería de las personas, familias y comunidades, con un enfoque holístico y de alta calidad que enfatiza en las respuestas humanas.

4.3 Teoría de enfermería

Dorothea Elizabeth Orem¹⁴ presenta su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la

¹⁴ Berdayes Martínez D. Desarrollo teórico de enfermería. Conferencia impartida en la Facultad de Enfermería Lidia Doce. Jornada por el Día de la Enfermería. La Habana: Facultad de Enfermería Lidia Doce;[En línea] Disponible en:2012. Disponible en: <http://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/>

teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener.

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.¹⁵

Para aplicar el Modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma:

¹⁵ Op. Cit. Balan, Cristina; et Col. Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009

Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

Naturaleza del autocuidado. El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia a mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo, si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.

Como parte central del concepto de autocuidado está la idea de que el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. Las personas no pueden dedicar mucho tiempo a pensar sobre las acciones específicas que emprenden para mantener su salud o su desarrollo natural; la vida diaria puede convertirse en un proceso automático. El autocuidado, sin embargo, no debería considerarse como un conjunto de acciones rutinarias que los individuos realizan sin pensar o tomar

decisiones: de hecho se trata de lo contrario, ya que el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiada. En este sentido, el autocuidado es la práctica, después de haberla considerado, de las actividades que mantendrán la vida y la salud, y también promoverán el bienestar.¹⁶

Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden, y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura.

Requisitos de Autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.¹⁷

Requisitos de autocuidado universal son comunes a todos los individuos e incluyen:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Navarro Peña. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Scielo. 2010 Junio;(19). Consultado 2 julio 2017 Disponible en: <https://www.google.com.mx/search?q=Navarro+Peña+Y%2CCSM.+Modelo+de+Dorothea+Orem>

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.

8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad)¹⁸.

9. Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano.¹⁹

1. La vida intrauterina y nacimiento.

2. Vida neonatal, ya sea un parto o término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.

3. Lactancia

4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.

5. Etapas de desarrollo de la edad adulta

6. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Este requisito de autocuidado del desarrollo tiene dos subtipos:

¹⁸ Op Cit. Balan, Cristina; et Col. Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009

¹⁹Op. Cit.Navarro Peña Y,CSM. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Scielo. 2010 Junio;(19).

El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas, también se preocupa por el peligro para la vida y el desarrollo de los materiales tóxicos que se encuentran en el entorno.

El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición o acontecimientos vital particular. La consideración clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano.

Las condiciones relevantes incluyen:

- Derivación educacional.
- Problemas de adaptación social.
- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
- Pérdida de posesiones o del trabajo.
- Cambio súbito en las condiciones de vida.
- Cambio de posición, ya sea social o económica.
- Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
- Enfermedad terminal o muerte esperada.
- Peligros ambientales.²⁰

En el modelo de Orem hay un nuevo grupo de requisitos de autocuidado: los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud. Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Bajo estas circunstancias, el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidado a la salud:

Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de

²⁰ Ibid.

condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe que producen patología humana o están asociadas a ésta.

Ser consciente de los efectos y resultado de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.

Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación médicamente prescrita, dirigida a la prevención de tipos específicos de patología, a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades.

Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo, y atender a dichos efectos regularlos.

Modificación del autoconcepto aceptándose a uno mismo como ser con estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.

Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueve el desarrollo personal continuado.

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud cambios en el estado de salud requiere que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud. Se espera que la persona cumpla entonces con cualquier intervención terapéutica legítima que se le ofrezca. Orem reconoce que la alteración del propio autoconcepto puede ser una importante de sentirse mal, y que es esencial para adaptarse a los cambios provocados por la enfermedad o lesión.²¹

Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

²¹ Óp. Cit. Balan, Cristina; et Col. Teorías y Modelos de Enfermería. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009

Aparte la necesidad diaria y natural de sobrevivir, desde muchos puntos pueden producirse demandas adicionales sobre la capacidad de un individuo para cuidar de sí mismo. La enfermedad reciente o crónica o la experimentación de un trauma emocional pueden requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de sí misma o solicitar ayuda de otros. Los individuos pueden tener diversas capacidades de responder a las demandas que se les hacen para realizar las actividades de autocuidado. Es probable que las personas sanas, que controlan su vida sin sufrir enfermedades o sin la ayuda de otros, satisfagan todas sus necesidades diarias de autocuidado. Las personas que tienen una enfermedad o patología, que han experimentado un trauma emocional o que no han aprendido o desarrollado suficientemente las capacidades de autocuidado pueden tener solo una capacidad limitada para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

Los seres humanos tienen una gran capacidad de adaptarse a los cambios que producen en sí mismo o en su entorno. La capacidad del individuo sano para buscar información, hacer juicios sobre su salud y realizar las acciones adecuadas puede indicar que está abordando satisfactoriamente el cuidado de sí mismo.²²

Agencia de autocuidado: Orem usa la palabra “agente” para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado recibe el nombre de agencia de autocuidado.

La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes.

²² Ibid.

En la persona media, sana y ocupada en la realización de sus propias actividades de autocuidado, la agencia de autocuidado existe en forma desarrollada o en proceso de desarrollo. Se considera que los individuos que saben cómo satisfacer sus propias necesidades de salud tiene una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros casos, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños cuando se les está enseñando el control del esfínter y una comprensión creciente del proceso de eliminación; y su aprendizaje tiene lugar dentro de límites culturales bien definidos. En tercer lugar, los individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que, sin embargo, no funcione.

Agencia de autocuidado dependiente o de enfermería: Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.

Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. Sistemas de enfermería

totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo en sus actividades de autocuidado.

Los sistemas de enfermería que se proponen son:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.²³". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

4.4. Proceso de enfermería

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos

²³Vega O. Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Dialnet2005 Agosto; 4(4).[En línea] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>

que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen²⁴.

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo.

²⁴Susana Rosales Barrera y Eva Reyes Gómez Fundamentos de Enfermería 3ra. Edición. Bertha A. Rodríguez S. Proceso Enfermero, Aplicación Actual Disponible en: www.academia.edu/.../Concepto_de_PAE_Proceso_de_atención_de_enfermería

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.²⁵

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la enfermería la categoría de ciencia.

Características del PAE (Proceso de Atención de Enfermería)

- Método
- Sistemático
- Humanista
- Intencionado
- Dinámico
- Flexible
- Interactivo

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y de método científico.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación).

²⁵ <http://hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html>

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia enfermera.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Objetivos del PAE

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad también.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

ETAPAS DEL PAE

Las 5 etapas del PAE o "Proceso de atención de enfermería" son: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

VALORACIÓN

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé

atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.²⁶

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

²⁶ Op.cit. Susana Rosales Barrera y Eva Reyes Gómez Fundamentos de Enfermería 3ra. Edición. Bertha A. Rodríguez S. Proceso Enfermero

- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por "patrones funcionales de salud": La recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.

- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos.²⁷

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas,

²⁷ Ibid.

etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

- Datos actuales son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.²⁸

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

²⁸ Ibid.

I. Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

II. Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

III. Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican; Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica. La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario.

Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos tres tipos de interferencias:

Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva

proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilizar en las obligaciones, Borrell (1986),

Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información. Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

Expresiones faciales, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, contacto físico, la forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el

que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.²⁹

Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador: La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

Observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y

²⁹ Ibid.

disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados³⁰.

Exploración física

Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

³⁰ Op.Cit. Susana Rosales Barrera y Eva Reyes Gómez Fundamentos de Enfermería 3ra. Edición. Bertha A. Rodríguez S. Proceso Enfermero, Aplicación Actual Disponible en: www.academia.edu/.../Concepto_de_PAE_Proceso_de_atención_de_enfermería

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino, también se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

DIAGNÓSTICO

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.³¹ En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en

³¹ Op.Cit. Susana Rosales Barrera y Eva Reyes Gómez Fundamentos de Enfermería 3ra. Edición. Bertha A. Rodríguez S. Proceso Enfermero, Aplicación Actual.

condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

Los pasos de esta fase son:

Identificación de problemas: Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas: Formulación de problemas, diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios³²:

Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería aceptados.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.

Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

³² Diagnósticos de Enfermería. [en línea] [consulta junio 2017]. Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/4670/1/06TESIS.A9.B324.pdf>

Docencia: La inclusión de los diagnósticos de enfermería en el currículo básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículo permite:

Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos

Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados³³.

Asistencial: El uso de los diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de salud.

Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.

Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.

Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.

Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de salud de las hechas por otros profesionales.

³³ Ibid.

Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.

Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los diagnósticos de enfermería en este ámbito son:

Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.

Permitir como consecuencia una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de enfermería que se dan con mayor frecuencia.

Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de enfermería y consecuentemente los costes reales de los cuidados brindados al usuario.

Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería brindados en un centro o institución.

Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

- Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:
- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un diagnóstico de enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo, descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto

riesgo”. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados, lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

PLANEACIÓN

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Establecer prioridades en los cuidados que pueden presentar una familia y una comunidad, planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado, describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un diagnóstico de enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un diagnóstico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los

cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982). El proceso de evaluación consta de dos partes.³⁴

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

³⁴ Op. Cit. Susana Rosales Barrera y Eva Reyes Gómez Fundamentos de Enfermería 3ra. Edición. Bertha A. Rodríguez S. Proceso Enfermero, Aplicación Actual

- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera.
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Atención Prenatal

A la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.³⁵

La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

El control prenatal debe ser realizado por personal calificado para su atención, con pertinencia cultural, estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico como anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo, y aplicar las medidas de atención.

³⁵Op. Cit. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación

Las actividades a realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal deben ser:

- 1.-** Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada.
- 2.-** Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario.
- 3.-** Identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos.
- 4.-** Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, DG y malformaciones fetales.
- 5.-** Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, mediante el uso de los siguientes métodos:

Wahl y Naegele: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3.

A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto, y si se desconoce la FUM ultrasonido es confirmatorio³⁶.

7.- Factores de riesgo para DG: Padres con DM o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad mayor de 25 años; peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4 Kg; obesidad igual o mayor que 90Kg, IMC Kg/E² igual o mayor que 30Kg/E² antes del embarazo; pacientes con tamiz alterado, a la hora igual o mayor que 130mg/dl; hijos/as con peso al nacer igual o mayor que

³⁶ Ibid.

4,000g; antecedente de óbito; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.

8.- Identificar e informar, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol.

9.- En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración.

10.- Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional, Exploración bucodental, mamaria, auscultación cardiaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardiaca fetal en su caso, así como toma de citología cérvico-vaginal, si procede.

11.- Prescripción de medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover la salud.

12.- Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.

13.- Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el periodo, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.

14.- Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio: Biometría hemática completa, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, creatinina, ácido úrico, examen general de orina, prueba para detección de VIH y sífilis³⁷.

15.- De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo, se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.

³⁷ Ibid.

16.- Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:³⁸

- Primera consulta: entre las 6 - 8 semanas.
- Segunda consulta: entre 10 - 13.6 semanas.
- Tercera consulta: entre 16 - 18 semanas.
- Cuarta consulta: 22 semanas.
- Quinta consulta: 28 semanas.
- Sexta consulta: 32 semanas.
- Séptima consulta: 36 semanas.
- Octava consulta: entre 38 - 41semanas.

17.-Ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada.

- Primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando.
- Segundo entre las 18 y 22 semanas.
- Tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.

Consultas subsecuentes.

1.- Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.

2.- Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica:

- Hipertensión arterial
- Pérdida de la conciencia
- Convulsiones

³⁸ Op.Cit. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016.

- Epigastralgia
- Cefalea Intensa
- Hemorragia transvaginal
- Palidez intensa
- Dolor abdominal
- Fiebre
- Pérdida transvaginal de líquido o sangre.

3.- Realizar medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardíaca fetal, ultrasonido.

4.- Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa.

5.- A todas las mujeres embarazadas se debe realizar la prueba de detección para DG entre la semana 24 y 28 del embarazo, aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes.

6.- Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se corresponsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.

7.- Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos medicamente justificados, entre ellos, el de madre VIH positiva.

8.- Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos³⁹.

9.- Vacunar a la embarazada conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana

³⁹ Ibid

10.- Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata en el establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención.

11.- Conocer e informar a la mujer embarazada y a sus familiares, la ubicación del establecimiento para la atención médica de atención de urgencias obstétricas que pongan en peligro su vida.

12.- Para detectar la restricción del crecimiento intrauterino se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso materno, altura del fondo uterino, estudio ultrasonido, realizado preferentemente en etapas tempranas del embarazo (antes de las 20 semanas de gestación). En caso de sospechar restricción del crecimiento del feto, se debe confirmar el diagnóstico, clasificar, establecer el manejo y el seguimiento en el segundo o tercer nivel de atención⁴⁰.

5.2 Embarazo

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido 40 semanas o 280 días, que va desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos⁴¹.

El periodo embrionario: Comienza al inicio de la tercera semana después de la ovulación y fecundación, que coincide con el día en que habría empezado la siguiente menstruación, dura ocho semanas y en ese lapso ocurre la organogénesis. El disco embrionario está bien definido y casi todas las pruebas de

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Fundación Medicina Fetal Barcelona. Vía Definiciónembarazo.php [En línea]2012[02 agosto 21 16] disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/semana-a-semana.html>

embarazo que se basan en la determinación de la gonadotropina coriónica humana se tornan positivas para entonces.

Periodo fetal: La mayoría de los embriólogos asume de manera arbitraria que el punto en que termina el periodo embrionario y comienza el periodo fetal ocurre a las ocho semanas después de la fecundación o 10 después del inicio del último periodo menstrual. Para entonces, el embrión o feto tiene casi 4 cm de longitud⁴².

Placenta y crecimiento fetal: La placenta es el órgano del transporte entre la madre y el feto. En la interfaz materno-fetal hay transporte de oxígeno y nutrientes de la madre al feto y de dióxido de carbono y otros desechos metabólicos en dirección opuesta. No hay comunicaciones directas entre la sangre fetal, contenida en los capilares dentro de las vellosidades coriónicas en el espacio intervelloso, y la sangre materna, que se mantiene en el espacio intervelloso.

Líquido amniótico: En el embarazo temprano, el líquido amniótico es un ultrafiltrado del plasma materno. Para el inicio del segundo trimestre, consta sobre todo de líquido extracelular, que se difunde a través de la piel fetal y así refleja la composición del plasma del feto. Después de la semana 20, la cornificación de la piel fetal impide su difusión y el líquido amniótico se compone sobre todo de orina fetal. Los riñones del feto empiezan a producir orina a la semana 12 y para la 18 excretan 7 a 14 ml/día. La orina fetal contiene más urea, creatinina y ácido úrico que el plasma en el feto. El líquido amniótico también contiene células fetales descamadas, vérnix, lanugo y diversas secreciones.

El volumen de líquido amniótico para cada semana de gestación es muy variable, aumenta 10 ml por semana a la octava y hasta 60 ml a la 21, para declinar después de forma gradual hasta estabilizarse a la semana 33. El líquido amniótico sirve para proteger al feto, permitir su desarrollo musculoesquelético y amortiguar los traumatismos.

⁴² Williams Obstetricia 23ª edición, McGrawHill Texas 2010 P.c. 79-80

Cambios en el feto y gestante.

Semana 12: El útero es apenas palpable sobre la sínfisis del pubis y la longitud corona-rabadilla del feto es de 6 a 7 cm. Han aparecido ya los centros de osificación en casi todos los huesos, y los dedos y artejos están diferenciados. Ya hay desarrollo de piel y uñas y aparecen rudimentos dispersos de cabello. Los genitales externos empiezan a mostrar signos definitivos del género masculino o femenino y el feto comienza a hacer movimientos espontáneos⁴³.

Cambios en la gestante: En el 60% de las mujeres, las náuseas desaparecen en la semana 12, ya que están relacionadas con factores hormonales, sobre todo la beta-HCG, hormona que produce la placenta durante las primeras semanas, tiene como misión hacer que los ovarios produzcan en grandes cantidades hormonas como la progesterona, que son muy necesarias para facilitar el desarrollo inicial del embarazo. Pero a partir de este momento estas hormonas ya no las producirán los ovarios, si no la misma placenta⁴⁴.

Semana 16: La longitud corona-rabadilla del feto es de 12 cm y tiene 110 g de peso. Se puede determinar correctamente el género por observadores experimentados mediante la inspección de los genitales externos a las 14 semanas.

Cambios en la gestante: El útero sigue creciendo y la altura uterina, medida desde el pubis al fondo del útero, es de unos 14 cm por lo que se suele notar como una masa dura en la parte más baja del abdomen. El movimiento fetal, a pesar que es uno de los primeros signos de vida fetal, no se suele percibir antes de las 18 semanas.

Semana 20: Éste es el punto medio del embarazo calculado a partir de la última menstruación. El feto pesa ahora algo más de 300 g y ese parámetro empieza a aumentar de manera lineal. Desde este punto en adelante el feto se mueve casi cada minuto y está activo 10 a 30% de las veces. La piel fetal se ha hecho menos

⁴³ Ibid. P.c. 79-80

⁴⁴ Op. Cit..Fundación Medicina Fetal Barcelona, semana-a-semana.

transparente, un lanugo afelpado cubre todo el cuerpo y ya ha aparecido algo de cabello.

Cambios en la gestante: A las 20 semanas, la mayoría de embarazadas ya notan los movimientos del feto, el útero se encuentra a la altura del ombligo, la respiración se hace más profunda y el ritmo cardíaco se acelera para compensar el sobreesfuerzo que debe hacer el sistema circulatorio para bombear su sangre y la del feto.

En esta etapa también es habitual sentirse cansada y con mucho sueño. Debido al aumento del volumen sanguíneo y el mayor tamaño del útero, al recostarse sobre la espalda, el útero puede comprimir la vena cava inferior (una vena que se encuentra al lado de la columna y circula desde las piernas hasta el corazón) dando una bajada de tensión y mareo se aconseja ingerir abundantes líquidos y una dieta rica en hierro (carnes rojas magras, aves, pescado, espinacas, lentejas y otras legumbres, espinacas) para prevenir la anemia.

Es habitual que las encías estén más sensibles o sangren al cepillarse los dientes. Los cambios hormonales junto con el aumento de flujo sanguíneo facilitan este sangrado y también predisponen más a infecciones.

Semana 24: El feto pesa ahora casi 630 g, su piel está característicamente arrugada y se inicia el depósito de grasa. En términos comparativos, la cabeza es todavía grande y suelen reconocerse ya cejas y pestañas. Ha concluido casi el periodo canalicular del desarrollo pulmonar durante el cual bronquios y bronquiolos crecen y los conductos alveolares se desarrollan. Un feto nacido en esta fecha intentará respirar, pero casi todos mueren porque aún no se forman los sacos terminales requeridos para el intercambio de gases⁴⁵.

Cambios en la gestante: La anemia es frecuente durante el embarazo y, sobre todo, a partir del segundo trimestre. Esto se debe a varios factores: el aumento de

⁴⁵Op.Cit. Williams Obstetricia 23° edición, McGrawHill P.p. 80-81

la cantidad de líquido en la sangre es mayor que la producción de glóbulos rojos, estableciéndose una hemodilución fisiológica lo que ocasiona un déficit en la producción de hemoglobina. Los síntomas de la anemia son el mareo, el cansancio, la palidez en la piel y en las mucosas, en ocasiones se pueden experimentar palpitaciones.

Semana 28: Se alcanza una longitud corona-rabadilla de casi 25 cm y el feto pesa alrededor de 1 100 g. La piel es delgada y roja y está cubierta por vérnix caseosa. La membrana pupilar apenas ha desaparecido de los ojos. El recién nacido de esta edad, normal desde otros puntos de vista, tiene una posibilidad de 90% de sobrevivir sin alteración física o neurológica⁴⁶.

Cambios en la gestante: También es frecuente el insomnio, tanto por los cambios hormonales que se van produciendo a lo largo del embarazo como por los movimientos fetales. Los sueños vívidos son frecuentes y pueden agravar el insomnio.

Semana 32: El feto ha alcanzado una longitud corona- rabadilla de casi 28 cm y tiene alrededor de 1 800 g de peso. Su superficie cutánea es aún roja y arrugada.

Cambios en la gestante: En este momento del embarazo es muy habitual la aparición de hemorroides, que son una dilatación de las venas que se encuentra a nivel del recto, se produce por la disminución del retorno venoso desde la parte inferior del cuerpo debido a la presión que ejerce el útero sobre las venas de esta zona junto con la dilatación de los vasos que se produce sobretodo en la parte final de embarazo⁴⁷.

⁴⁶ Op. Cit. Williams Obstetricia 23° edición, McGrawHill Texas 2010 P.p. 82-83

⁴⁷ Op. Cit. Fundación Medicina Fetal Barcelona.[En línea]2012[02 agosto 21 16] disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/semana-a-semana.html>

Semana 36: La longitud promedio corona-rabadilla fetal es de casi 32 cm y el peso cercano a 2 500 g. Debido al depósito de grasa subcutánea, el cuerpo se ha hecho más redondeado y el aspecto antes arrugado de la cara se ha perdido.

Cambios en la gestante: A estas alturas es normal que la embarazada haya ganado unos 9 o 11 kg. Esto no solo se debe al peso del feto, la placenta y el líquido amniótico, el aumento del útero también representa un peso importante, así como el acúmulo de líquido, sobre todo en las extremidades o edemas, por dificultad en el retorno vascular.

La cabeza del feto desciende a la pelvis materna conllevando una mayor presión en la zona del bajo abdomen y mayor dificultad para caminar y orinar. No obstante, aunque la aparición de edemas puede ser fisiológica, es importante vigilar que la tensión arterial se mantenga dentro de los límites normales 120/80. Es normal también notar las contracciones de BraxtonHicks, en las que el abdomen se pone duro de forma irregular y no suelen ser dolorosas⁴⁸.

Semana 38: Las medidas del feto están mide de longitud 48 cm corona-rabadilla y unos 3.200 o 3.300 gramos de peso. El momento del parto está muy cerca y el bebé sigue creciendo y aumentando principalmente la capa de grasa que se encuentra por debajo de la piel. Esta grasa le permitirá regular correctamente su temperatura corporal una vez haya nacido. Los pulmones y el cerebro son las estructuras fetales que incluso en este momento de la gestación siguen madurando.

Cambios en la gestante: La embarazada habrá aumentado desde el inicio de la gestación unos 11-15 Kg. El acortamiento cervical puede iniciarse en estas semanas. Éste es el proceso por el cual el cuello del útero o cérvix se prepara para el parto, es decir se va acortando y comienza a dilatar reblandeciéndose progresivamente.

⁴⁸ Ibid

Semana 40⁴⁹: Las medidas del feto están entre los 48 y 50 cm de la corona-rabadilla y el peso se encuentra sobre los 3.400 gramos. La mayor parte de vérmix caseoso ha desaparecido, aunque aún quedan restos sobre todo en los pliegues⁵⁰.

Cambios en la gestante: La embarazada debe seguir notando movimientos fetales, aunque es normal que se note menos dado que cada vez dispone de menos espacio para moverse. En caso de no notar al feto en una hora es recomendable estimularlo mediante pequeños movimientos en el abdomen y tomando algún alimento azucarado (jugo de naranja, chocolate, galletas). En caso de que el feto no se mueva o se mueva menos de lo habitual, se debería consultar con el médico para valorar su bienestar. Teniendo en cuenta que en cualquier momento se puede desencadenar el parto, se debe estar atento a las señales de alarma para acudir a urgencias.

5.3 Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el diagnóstico y la prevención de enfermedades. Algunas recomendaciones como las siguientes:

- Se recomienda brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el

⁴⁹ Op.Cit. Inatal semana a semana. Validez del certificado 25 Oct 2016 - Oct 2017 Disponible en: <http://inatal.org/el-embarazo/semana-a-semana/278-semana-39-de-embarazo.html>

⁵⁰ Op.cit. Williams Obstetricia 23° edición, McGrawHill Texas 2010 P.p. 82-83

fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso durante el embarazo.

- Para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico
- En poblaciones con una dieta baja en calcio, se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario de calcio (1,5–2,0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia.
- Se puede administrar magnesio, calcio o tratamiento no farmacológico para aliviar los calambres en las piernas durante el embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles
- Para reducir el riesgo de aborto y de insuficiencia ponderal del recién nacido se recomienda que las embarazadas con una alta ingesta diaria de cafeína (más de 300 mg al día) disminuyan el consumo diario durante el embarazo.
- Para mejorar el diagnóstico clínico y la atención subsiguiente, en las visitas de atención prenatal se debería considerar seriamente la posibilidad de realizar una indagación clínica sobre la posible existencia de violencia de pareja al evaluar afecciones que podrían estar provocadas o agravadas por este tipo de violencia.
- Cuando la hiperglucemia se detecta por primera vez en cualquier momento del embarazo, esta debería clasificarse como diabetes mellitus gestacional o diabetes mellitus durante el embarazo, según los criterios establecidos por la OMS⁵¹.
- Para calcular la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia del parto de las mujeres, se recomienda realizar a las

⁵¹ Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo Organización Mundial de la Salud 20016 Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250802/1/WHO-RHR-16.12-spa.pdf>

embarazadas una ecografía antes de la semana 24 de gestación (ecografía temprana).

- Para prevenir la bacteriuria persistente, el nacimiento prematuro y la insuficiencia ponderal al nacer se recomienda administrar un tratamiento antibiótico de siete días de duración a todas las embarazadas con bacteriuria asintomática
- La profilaxis antibiótica solo se recomienda para prevenir las infecciones recurrentes del tracto urinario en mujeres embarazadas en el marco de una investigación rigurosa.
- Para prevenir la lumbalgia y el dolor pélvico se recomienda realizar ejercicio regularmente durante el embarazo. Existen varias opciones terapéuticas a las que se puede recurrir, como la fisioterapia, las fajas de sujeción y la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.
- Se pueden administrar suplementos de salvado de trigo o de otras fibras para aliviar el estreñimiento durante el embarazo si la afección no mejora tras la modificación del régimen alimentario, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.
- Para tratar las venas varicosas y los edemas durante el embarazo se puede recurrir a opciones no farmacológicas, como las medias de compresión, la elevación de las piernas y la inmersión en agua, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.
- Para prevenir la mortalidad neonatal por tétanos se recomienda vacunar contra el tétanos a todas las embarazadas, dependiendo de su exposición previa a la vacuna antitetánica⁵².
- Para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia asistencial de las mujeres se recomiendan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos⁵³.

⁵² *Ibíd* p.8

⁵³ *Ibíd* p.6-9

5.4 Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo.

La exposición al HTA (humos del tabaco del ambiente) tiene efectos contraproducentes en la salud respiratoria de infantes y niños, entre los que se incluye el mayor riesgo de infecciones de vías respiratorias inferiores más severas, la otitis media, síntomas respiratorios crónicos, asma y reducción en la velocidad del crecimiento de la función pulmonar durante la niñez. Hay evidencia más limitada que sugiere que la exposición al HTA durante el embarazo reduce el peso al nacer, y que el tabaquismo de los padres afecta adversamente el desarrollo y comportamiento del niño⁵⁴.

La OMS clasifica fumar como el factor de riesgo modificable más importante para evitar un resultado adverso en el embarazo, en el mundo la sustancia más tóxica y ampliamente usada a la que está expuesta la mujer embarazada es el humo del cigarrillo.

Diferentes estudios han demostrado alta prevalencia de tabaquismo durante la gestación en mujeres jóvenes (20-24 años), con bajo nivel educacional, madres solteras 15% y mujeres con parejas fumadoras.

Fumar durante el embarazo afecta negativamente a la salud materna y fetal extendiéndose hasta el periodo postnatal como: Abortos, Placenta previa, Parto prematuro, Bajo peso al nacer, Muerte súbita del RN y enfermedades respiratorias en la infancia.

La Nicotina: Es el principal alcaloide del tabaco y es responsable de los efectos farmacodinámicos del humo del cigarrillo, es estimulante del sistema nervioso central y causa liberación de catecolamina desde la médula adrenal y las células nerviosas determinando vasoconstricción, elevación de la FC y TA, es causante de

⁵⁴ Samet Jonathan M.. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2002 Ene [citado 2018 Mar 16]; 44(Suppl 1): s144-s160. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700020&lng=es.

serios efectos adversos en el feto atribuibles a insuficiencia placentaria y por exposición directa de la misma sobre el feto.

Junto con la nicotina existen otros gases, tales como el monóxido de carbono, óxido de nitrógeno y ácido cianhídrico que pueden causar hipoxia por diferentes mecanismos. La afinidad del monóxido de carbono por la hemoglobina es cerca de 300 veces más alta que la del oxígeno, elevándose los niveles de carboxihemoglobina fetal hasta un 10-15 % del total de la hemoglobina circulante, a mayor cantidad de cigarrillos fumados por la madre mayor nivel de carboxihemoglobina fetal. El óxido nítrico forma metahemoglobina, mientras que las cianidas forman cianometahemoglobina, siendo ambos incapaces de transportar oxígeno, y causan hipoxia fetal y placentaria⁵⁵

⁵⁵ Berlanga L, Montes S, Tabaco y embarazo, Hospital Universitario San Agustín.[En línea] [Consultado 27 de Febrero 2018] Disponible en:
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Tabaco/

VI. METODOLOGÍA

6.1 Estrategia de investigación.

La estrategia de investigación fue por medio de un estudio de caso, donde se realizó entrevista a Viridiana, quien ingresa al servicio de consulta externa el día 11 de octubre del 2016 en la unidad 112 del Hospital General “Dr. Eduardo Liceaga” se presenta sola sin familiar para su atención prenatal, se utilizó como herramienta un instrumento de valoración perinatal aplicándose durante su atención, el proceso enfermero basado en la teoría del Déficit de autocuidado de Dorotea E. Orem.

Esta información se basa en información de documentos y publicaciones que presentan algunas evidencias basadas en investigaciones.

Las fuentes de información han sido: buscadores y bibliotecas web como son Google Académico, Pubmed, CUIDEN, Biblioteca Cochrane Plus, La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (BSR) y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales. Se seleccionaron distintos artículos científicos, estudios, libros, revistas, estudiados y revisados en diferentes países, con palabras clave: Mujeres embarazadas, atención a la salud, accesibilidad a los centros de salud, calidad de la atención de salud, parto humanizado, acceso y evolución.

El estudio de caso contiene formas holísticas que reflejan la peculiaridad del fenómeno investigado de forma real, donde los profesionales de enfermería perinatal participan en la investigación de una forma activa.

6.2 Sección de caso y fuentes de información.

Para el presente trabajo se seleccionó a una paciente el día 11 de Octubre de 2016, Unidad 112 Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” área de consulta externa, la cual acude por primera vez a este hospital para llevar su control prenatal.

Se aplicó el instrumento de valoración perinatal de manera directa, se realizó una exploración céfalo-caudal.

Posterior a la validación de los datos obtenidos, se organizó dicha información, identificando los requisitos alterados según la teoría Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem. Se identificaron y estructuraron diagnósticos de enfermería con formato PES y las intervenciones especializadas para generar la autosuficiencia de los requisitos de autocuidado.

Se documentaron las intervenciones realizando una investigación monográfica que sustentara nuestro marco teórico-conceptual así como cada uno de los cuidados de la enfermería basada en evidencia.

6.3 Consideraciones éticas.

La Bioética⁵⁶ es una disciplina de apenas 20 años de existencia y, por tal motivo, desconocida aún por muchos profesionales de las ciencias de la salud, a pesar de que los mayores avances en el estudio, reflexión y debate acerca de los enfoques bioéticos se han realizado en el campo de las ciencias médicas.

Este tema responde a la necesidad de propiciar la reflexión del personal de enfermería sobre los aspectos éticos del ejercicio de la profesión, enfatizando en la necesidad de reconocer al paciente como un sujeto autónomo, que tiene derecho a saber, opinar y decir sobre la conducta que pretenden asumir los profesionales de la salud, en la intención de promoverle su salud, evitarle enfermedades, o diagnosticar, tratar y rehabilitar en caso necesario.

La moral es una de las formas de la conciencia social que, en tanto que reflejo de las condiciones materiales de vida de los hombres, es histórica y concreta y, por

⁵⁶Aristóteles. *Ética* Nico maquea. México, DF: Editorial Porrúa, [En línea] 1992.[consulta 06 agosto 2016] Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/filosofia/tesis50.pdf>

tanto, relativa y cambiante, cuyo desarrollo constante va acorde con la marcha de la sociedad.⁵⁷

A los principios tradicionales de la ética médica, la Bioética añade dos nuevos principios: la autonomía (del paciente) y la justicia (que debe ejercer la sociedad a través de sus instituciones de salud).

El principio de la beneficencia significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan, pues dañar no puede estar presente, de manera consciente, ni en la idea, de un profesional de la salud.

Una enfermera practica la beneficencia a partir del momento en que se preocupa y dedica atención preferente a su auto superación para mantener la competencia y desempeño profesional, que le permitirá brindar una atención de calidad. También cumplirá con el principio de beneficencia en las acciones cotidianas cuando se esfuerce por establecer diagnósticos correctos de enfermería, pues de la identificación clara y precisa de las respuestas humanas del paciente a su problema de salud/enfermedad dependerá la eficacia de las acciones independientes de la enfermera. La enfermera aplica además la beneficencia cuando, al ejecutar acciones dependientes de las órdenes médicas, ajusta el horario de la administración de los medicamentos no a su comodidad, sino a las necesidades del paciente.

El principio de no maleficencia, sinónimo del "No dañar", de la ética médica tradicional, es considerado por algunos eticistas como el otro elemento del par dialéctico beneficencia no maleficencia. En cualquier caso, se reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal. Pero, ¿cuál es el bien y cuál el mal? A lo largo de la historia de la humanidad, en correspondencia con la práctica social, determinados grupos de hombres han elaborado sus propias teorías filosóficas y en ellas han expuesto sus aspiraciones, como expresión consciente y

⁵⁷ Consejo Internacional de Enfermeras. Código para Enfermeras. Ginebra, [En línea]1975. Disponible en: <https://www.google.com.mx/search?q=Consejo+Internacional+de+Enfermeras.+Código+para+Enfermeras.+Ginebra%2C+1975.&rlz>

anticipada de sus necesidades históricas. Estas aspiraciones se desarrollan en el sistema de valores morales que, a su vez, se forman a través de la idealización del significado histórico que la realidad tiene para el hombre.

La autonomía, uno de los principios que incorpora la Bioética a la ética médica tradicional, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. La expresión más diáfana del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de los pacientes, es el consentimiento informado, el cual consta de dos elementos fundamentales: la información y el consentimiento.

El secreto profesional o confidencialidad es la obligación de guardar reserva sobre la información que atañe al paciente que se atiende, mientras éste no autorice a divulgarla o el silencio pueda llevar implícito el daño a terceros.

La veracidad es otro principio ético que rige el actuar de la enfermera. Este principio ha estado más vinculado con el ejercicio responsable de la profesión.

6.4 Consentimiento informado⁵⁸

El consentimiento informado es un derecho de la población usuaria de los servicios de salud. Debe entenderse como un proceso de diálogo continuo y gradual que se constituye entre el personal de salud y el paciente, quedando plasmado en un documento que puede reformularse conforme el proceso de atención del paciente lo requiera. En el consentimiento informado se refleja la aplicación de los principios bioéticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia; permite alejar posibles conflictos de interés y salvaguardar la dignidad de las personas.

En el ámbito de la ginecoobstetricia, el consentimiento informado deberá apoyar la autonomía de la mujer para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, en un ambiente libre de prejuicios y de coerción. Específicamente en

⁵⁸Ruiz de Chávez Manuel H. Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética. Observaciones al Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro. Junio 2015.

la atención del embarazo, parto y puerperio, resulta fundamental informar de las complicaciones que pudieran surgir, así como de los diferentes modelos de atención y tratamientos a emplear, por lo que en todo momento deberán utilizarse un lenguaje que sea comprensible, y siempre tomando en cuenta el contexto sociocultural de cada mujer. En el caso de las mujeres indígenas, se deberá contar con traductor para garantizar que la mujer está entendiendo el procedimiento al cual da su consentimiento.

Dentro del consentimiento informado para la implementación del modelo de parto humanizado, deberá ofrecerse a las posibles usuarias una explicación amplia que contemple los escenarios posibles al momento del procedimiento: por ejemplo, si llegase a ser necesaria una episiotomía.

6.5 Derechos generales de los pacientes

Recibir atención médica adecuada. El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.⁵⁹

Recibir trato digno y respetuoso. El paciente tiene derecho a que el médico y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente.

Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se expresa en forma clara y comprensible; que la información que se brinde sea oportuna, con el fin de

⁵⁹Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Caracas: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.668; [En línea] 2007 abril 23. Disponible en: www.refworld.org/pdfid/3dbeb57d7.pdf

favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

Decidir libremente sobre su atención. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o de tratamiento ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

Otorgar o no su consentimiento válidamente informado. El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte someterse con fines de diagnóstico o de tratamiento, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

Ser tratado con confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Recibir atención médica en caso de urgencia. Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por

un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

Contar con un expediente clínico (con información veraz, clara, precisa, legible y completa) y a obtener por escrito un resumen clínico de acuerdo al fin requerido.

Ser atendido cuando se inconforme con la atención médica recibida.

En el caso de la atención del parto, se debe incluir el derecho a asumir en libertad la posición más cómoda durante los diferentes estadios del trabajo de parto, contando con la información adecuada para ello.

6.6 Violencia obstétrica

Violencia contra la mujer OMS: Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada».⁶⁰

Víctima: Será toda mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia y por ende.

Agresor: Es la persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres.

Modalidades de violencia: Son las formas, manifestaciones o los ámbitos de ocurrencia en que se presenta la violencia contra las mujeres.

Tipos de violencia contra las mujeres:

Psicológica: Se define como cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones

⁶⁰ OMS Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf

destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas (es quizá esta forma de violencia, la sea más frecuente en el ámbito de la prestación de salud en el Área Obstétrica).

Violencia sexual: La violencia sexual se manifiesta con actos agresivos que mediante el uso de la fuerza física, psíquica o moral reducen a una persona a condiciones de inferioridad para imponer una conducta sexual en contra de su voluntad. Este es un acto que busca fundamentalmente someter el cuerpo y la voluntad de las personas.

Violencia familiar: En México afecta el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de las personas, según información publicada por la (OMS).

Violencia obstétrica. La ONU en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: «el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto.⁶¹

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la

⁶¹ Soto-Toussaint L. Violencia obstétrica ASPECTOS MÉDICO-LEGALES EN LA PRÁCTICA DE LA ANESTESIA Vol. 39. Supl. 1 Abril-Junio 2016 [En línea] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf>

integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.

En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el más alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.

En el marco de violencia obstétrica entendido como “cualquier tipo de maltrato ejercido desde las instituciones y el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad”, se mencionan distintos abusos que se consideran como maltrato. Trato deshumanizado hacia las mujeres en la atención de salud pública o privada⁶².

Abuso de medicación o negación de esta cuando la paciente lo solicite o requiera, cualquier tipo de regaño, burla, ironía, amenaza, insulto o juicio subjetivo que no tenga que ver con ayudar al paciente sino más bien con humillarla, coartarla o minimizarla.

Limitar y manipular la información solicitada por la paciente, desde no aclarar los tipos de anticonceptivos existentes hasta su estado de salud, todo como expresión de un trato jerárquico que no permite a la mujer decidir libremente sobre su cuerpo,

⁶² Ibid.

Insensibilidad al dolor o a las enfermedades femeninas por parte de los sistemas médicos.

Omitir la atención oportuna y eficaz en las emergencias obstétricas, obstaculizar el apego eficaz sin que existan razones médicas urgentes y justificadas, acelerar un parto de bajo riesgo sin una razón justificada o practicar una cesárea sin el consentimiento expreso de la mujer, existiendo los medios y condiciones para hacerlo de manera normal.

Realizar interrupciones de embarazo e incluso esterilizaciones, ambas de manera forzada, Utilizar a la mujer como recurso didáctico sin antes aplicar el protocolo de consentimiento informado, entre otros.

Realización de intervenciones sin el consentimiento de la mujer o sus cercanos y que pudieran atentar contra la salud o derechos humanos.

A pesar de la evidencia presente, que sugiere que el trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres durante el parto en centros de salud es bastante frecuente, en la actualidad, no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir, científicamente, el maltrato ni la falta de respeto. Por consiguiente, se desconocen su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y elecciones de las mujeres.

Existe una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo.

Entre otras iniciativas, pueden mencionarse el apoyo social a través de un acompañante elegido por la paciente, la movilidad, el acceso a alimentos y líquidos, la confidencialidad, la privacidad, la decisión informada, la información impartida a las mujeres sobre sus derechos, mecanismos de resarcimiento en caso de violación de derechos y garantía de un alto nivel de provisión de asistencia clínica profesional.

Priorizar la atención segura, de alta calidad y centrada en las personas como parte de la cobertura de salud universal también podría ayudar a formular acciones.⁶³

Para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial, son necesarias las siguientes acciones:

- Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
- Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
- Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.
- Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.
- Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas

⁶³ Op. Cit. OMS Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto.

VII. PRESENTACIÓN DEL CASO

7.1 Descripción del caso

Viridiana, con fecha de nacimiento 21 de Junio de 1993 originaria de la Ciudad de México, soltera, con grado de estudios de preparatorio trunca, religión católica, se dedica al hogar. Talla de 1.53 cm, peso inicial de 51 kg, con IMC 23, peso actual 54 kg, grupo sanguíneo 0 positivo, con domicilio en calle San Agustín # 76 colonia Pantitlán, Delegación Iztacalco, C.P. 08100.⁶⁴

Se encuentra en espera de la consulta de primera vez en la consulta externa del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” sin familiar presente.

P.- Viridiana, primigesta de 21 años de edad, embarazo de 20.5 semanas de gestación por fecha última de menstruación

S: Refiere salida de secreción blanquecina transvaginal, con tratamiento a través de óvulos (médico particular).

O.- A la exploración física consciente orientada, sin problemas para comunicarse, con buena marcha, neurológicamente se observa sin problema, normocefalica con cuero cabelludo con buena implantación desalineado, ojos simétricos, pupilas isocóricas, con adecuada coloración e hidratación de piel y mucosas, cuello central sin adenomegalias, cardiopulmonares sin compromiso aparente, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, tensión arterial de 110/70 mmHg, temperatura de 36.1°C , glándulas mamarias con cambios propios de la gestación, abdomen grávido, fondo uterino de 19 cm con producto único vivo, frecuencia cardiaca de 145 latido por minuto, puntos uretrales negativos, giordanos negativos, genitales externos de acuerdo a edad y sexo, a la exploración

⁶⁴Datos obtenidos del instrumento de valoración, a la exploración física de la paciente en la consulta externa de la unidad 112 Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México

vaginal cérvix central, cerrado, se observa enrojecimiento de la mucosa vaginal con flujo blanquecino y sin pérdida transvaginal.

A.- Viridiana con diagnóstico de embarazo de 20.5 semanas de gestación por fecha última de menstruación.

P.- Reservado a evolución.

7.2 Antecedentes generales de la persona⁶⁵

Descripción ginecológica

Viridiana presenta menarca 11 años, telarca y pubarca a los 11 años con ciclos menstruales 28 X 5 días, inicio de vida sexual a los 18 años 2 parejas sexuales, método de planificación familiar preservativo masculino sin complicaciones. Gesta 1, fecha de última menstruación 19 de Mayo 2016, FPP 26 de Febrero 2017, embarazo no planeado, aceptado.

Características de la familia

Familia nuclear integrada por su mamá, papá, y un hermano mayor de 23 años, soltero, manifiesta tener buena comunicación, conviven todos los días teniendo más comunicación el día domingo que están todos reunidos, comenta que la familia está contenta por el embarazo y le demuestran su apoyo, el único sostén de la casa es su padre, oficio burócrata desconoce sueldo.

Características del ambiente

Vive en casa de sus padres, construida de materiales perdurable, tres dormitorios además de sala, comedor y cocina, adecuada ventilación, buena iluminación, cuenta con los servicios intra y extra domiciliarios de saneamiento y urbanización, consultorio médico a 15 minutos, zoonosis negativa.

⁶⁵ Op. Cit. Datos obtenidos de manera directa a través del instrumento de valoración perinatal

Historia previa de desviaciones de la salud

Niega tener enfermedad actual, sarampión y varicela en la infancia, niega cirugías, transfusiones, alergias.

Antecedentes heredo familiares

Carga genética de abuela materna hipertensa, tía diabetes mellitus.

VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

8.1 Requisitos de autocuidado⁶⁶

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Realiza aseo de fosas nasales diario, niega tabaquismo, convive por las tardes con un tío que fuma y el cual se convierte en fumadora pasiva, no requiere de algún apoyo ventilatorio, desconoce complicaciones.

A la valoración: frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, tensión arterial 110/60 mmHg, temperatura 36°C, frecuencia cardiaca fetal de 145 latidos por minuto, nariz simétrica central sin alteraciones, narinas limpias sin dificultad respiratoria, cuello sin acromegalias, tráquea central sin masas palpables, se ausculta ruidos cardiacos con buen ritmo, llenado capilar de 2", miembros pélvicos y torácicos sin compromiso vascular ni edema.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Toma aproximadamente litro y medio de agua natural y agua de fruta al día.

A la exploración física se observa mucosas orales hidratadas, piel turgente e hidratada.

⁶⁶Ibid

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Consume alimentos 4 veces al día, con un horario desayuno 9:00 am, colación 12:00 pm, comida 16:00, cena 20:00 horas, en compañía de su mamá.

Consumo a la semana: Leche 4/7, carne 1/7, huevo 2/7, verduras 4/7, frutas 7/7, tortilla 7/7, pan 3/7, quesos 1/7, embutidos 2/7, sal y azúcar poca cantidad, le agrada comer enchiladas verdes y desagradan las lentejas.

Ingiere multivitamínicos una tableta al día y ácido fólico 400 microgramos al día desde la semana 8, sin problemas en la digestión, come por supervivencia

A la exploración física se encuentra cavidad oral hidratada, piezas dentales todas presentes en tratamiento de caries en el primer molar, niega dolor de garganta, náuseas o vómito, abdomen globoso, útero gestante, fondo uterino de 19 cm, perístalsis presente.

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos

Refiere evacuar de 1 vez al día heces formadas, micción de 5 a 6 veces color amarillo claro sin dolor o ardor al momento, su ingesta de agua es de 1.5 litros de agua natural y sabor de frutas naturales.

A la exploración física se encuentra adecuada coloración e hidratación de tegumentos y mucosas, perístalsis presente, puntos uretrales y giordano negativos, sin edema, refiere haber tenido flujo blanquecino recurrente, con tratamiento de óvulos los cuales desconoce el nombre.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Se dedica al hogar ayuda a las tareas domésticas, no estudia, camina fuera de casa 20 minutos, durante su tiempo libre le gusta ver televisión y leer, duerme 9 horas diarias sin dificultad para conciliar el sueño.

A la exploración física se encuentra consciente, orientada, buena coloración de tegumentos e hidratación con adecuada marcha y equilibrio al caminar, miembros pélvicos y torácicos sin datos de edema.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

Viridiana mantiene comunicación verbal directa con tono de voz baja, evadiendo algunas preguntas, no socializa con amigos y no pertenece a ningún grupo social, acompaña a su mamá al mercado.

A la exploración, ojos simétricos pupilas isocoras normoreflexivas, refiere no utiliza lentes, con adecuada implantación de pabellones auriculares, sin datos de alteración observable con buena audición.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Conoce prácticas de seguridad para la prevención de accidentes, desconoce signos de alarma en su embarazo, acude a su primera consulta prenatal en Hospital General “Dr. Eduardo Liceaga”, último Papanicolaou enero 2015 con resultado negativo de malignidad, niega alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías, así como bebidas de cola, café, té, y alimentos chatarra.

A la exploración se observa a Viridiana con frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, tensión arterial de 110/70 mmHg, temperatura de 36.1°C frecuencia cardíaca fetal 145 latidos por minuto, altura de fondo uterino de 19 cm a la exploración vaginal; cérvix central, cerrado, se observa enrojecimiento de la mucosa vaginal, sin salida de líquido, flujo transvaginal blanquecino, hasta el momento no cuenta con ultrasonido, laboratorios con fecha 20 de julio 2016, se muestra cooperadora a la información que se le brinda.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

Hábitos de salud.

Viridiana realiza baño diario con cambio de ropa interior y exterior diariamente, higiene bucal 3 veces al día, refiere lavarse las manos cuantas veces sean necesarias, comenta ayudar a su mamá con la limpieza de su casa eso la hace sentirse útil, comenta el uso de productos como pasta dental, crema corporal, shampo y jabón corporal.

Revisión por sistemas

A la exploración se observa piel turgente con adecuada hidratación, pelo con adecuada implantación cabello desalineado, unas largas y sucias, mamas simétricas turgentes con pezón formado, genitales externos con características normales.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO.

Valoración

Viridiana presenta menarca 11años, telarca y pubarca a los 11 años con ciclos menstruales 28 X 5 días, inicio de vida sexual a los 18 años, 2 parejas sexuales, método de planificación familiar preservativo masculino sin complicaciones. Gesta 1, fecha de última menstruación 19 de Mayo 2016, FPP 26 de Febrero, embarazo no planeado, aceptado. Inicio de toma de ácido fólico a las 8 semanas de gestación sospecha de embarazo por amenorrea, confirma embarazo por prueba de embarazo casera y acude a consultorio particular en donde detectan infección vaginal tratada con óvulos la cual remite con tratamiento y continuará su control prenatal en este Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

Valoración focalizada

Viridiana acude al servicio de consulta externa para control prenatal donde se lleva a cabo la valoración y exploración cefalo-podálica, se identifican diagnósticos de enfermería realizando intervenciones especializadas.

Acude al servicio de consulta externa para control prenatal, sus sentimientos de preocupación por exponerse al humo de cigarro, desea saber si todo está bien y saber más sobre su embarazo.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD

Desviación actual

Acude al servicio de consulta externa para control de su embarazo en Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” a la entrevista se muestra preocupada ya que manifiesta estar expuesta al humo de cigarrillo por parte de su tío que fuma estando ella presente, él vive con su abuela y ella la visita cada tres días, tiene inquietud en conocer riesgos y saber actuar ante esta situación que pudiera afectar a su embarazo.

8.2 Análisis de estudios de laboratorio⁶⁷

Biometría hemática

Hemoglobina	12.2%
Hematocrito	42.1%
VCM	83 fl
HCM	28pg
CHCM	33g/dl
Leucocitos	8,500
Eritrocitos	4.20
Plaquetas	350,000
Glucosa	75 mg/dl
Urea	25 mg/dl
Creatinina	0.5 mg/dl
Ácido úrico	3.5 mg/dl
Colesterol	135 mg/dl
Triglicéridos	85 mg/dl

Tiempo de Protrombina	10.4
INR	0.7
Tiempo de Trombina	14.5
Tiempo parcial de tromboplastina	25.9

⁶⁷ Datos obtenidos de expediente clínico

Examen general de orina 25/09/16

Color	Amarillo claro
Aspecto	Ligeramente turbio
Examen químico	
Gravedad específica	1.015
pH	6.5
Leucocitos	Negativo
Nitritos	Negativo
Proteínas	Negativo
Glucosa	Negativo
Cetonas	Negativo
Urobilinogeno	Negativo
Bilirrubinas	Negativo
Hemoglobina	Negativo
Examen microscópico	
Células epiteliales	Numerosas
Leucocitos	5 a 6
Eritrocitos	0
Bacterias	Escasas

Exámenes de laboratorio obtenidos a través del expediente clínico.

8.3 Esquema metodológico

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO SEGÚN ETAPA DE DESARROLLO

Embarazo en etapa adulto joven

REQUISITOS UNIVERSALES

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

Agencia de autocuidado:

En vías de desarrollo

Demandas de autocuidado:

La paciente coopera, tiene interés de adquirir conocimiento técnico sobre el autocuidado

Sistemas de enfermería:

De apoyo educativo

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD

Viridiana busca la ayuda acudiendo a la consulta externa del hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

VIRIDIANA:
Primigesta con embarazo de 20.5 semanas de gestación con déficit de autocuidado

EXPOSICIÓN A RIESGOS

Maternos:

- Cervicovaginitis recurrente
- Amenaza de aborto
- Aborto.

Fetales:

- Bajo peso al nacer
- Muerte fetal.

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Edad 21 años

Sexo Femenino

Edo. De desarrollo: Adulto joven

Edo de salud: Embarazo 20.5 SDG

Factores de sistema familiar: **Abuela materna hipertensa, tía diabetes mellitus**

Patrón de vida: Labores propios del hogar

Factores ambientales: Consulta externa

Disponibilidad y adecuación de recursos HGM "Dr. Eduardo Liceaga".

Nivel socioeconómico: Medio

8.4 Jerarquización de problemas

- 1.- Orientar por medio de la consejería la importancia del control prenatal
- 2.- Orientar sobre datos de alarma.
- 3.- Minimizar el riesgo de complicaciones del embarazo
- 4.- Identificar factores de riesgo a través del control prenatal.
- 5.- Minimizar riesgo de pérdida de la gestación
- 6.- Fomentar la importancia de un plan de seguridad durante el embarazo.
- 7.-Fomentar el autocuidado.
- 8.- Orientar sobre medidas de confort durante el embarazo.

8.5 Diagnósticos de enfermería

- 1.- Riesgo de pérdida de la gestación relacionado con falta de conocimientos sobre control prenatal.
- 2.- Riesgo para la vida y el bienestar materno – fetal, relacionado con falta de higiene personal durante la gestación (cervicovaginitis recurrentes).
- 3.- Déficit de conocimientos relacionado con falta de información sobre el control prenatal m/p carencia de autocuidado durante la gestación y verbalización por Viridiana
- 4.- Déficit de autocuidado ante el proceso de gestación relacionado con inexperiencias en el control prenatal manifestado por nulas visitas prenatales.
- 5.- Desempeño ineficaz del rol materno en la gestación relacionado con déficit de responsabilidad y afrontamiento manifestado por embarazo no planeado expresado por Viridiana.
- 6.- Déficit de autocuidado relacionado con impericia ante los cuidados en la gestación manifestado por desconocimiento sobre hábitos higiénicos durante el embarazo.
- 7.- Déficit de autocuidado relacionado con carencia en las medidas de confort durante la gestación manifestado por impericia verbalizado por Viridiana.

IX. PLANEACION DE LOS CUIDADOS

Requisito alterado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de pérdida de la gestación relacionado con falta de conocimientos sobre control prenatal.

Agente de Autocuidado: En vías de desarrollo.

Sistema de enfermería: De apoyo / educación.

Objetivo de Viridiana: Disminuirá riesgo de pérdida de la gestación a través de autocuidado.

Objetivo de agente de cuidado terapéutico: Viridiana disminuirá el riesgo de pérdida de la gestación.

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN
Establecer una relación estrecha y cálida, creando empatía con Viridiana.	<p>La empatía es la capacidad de sintonizar con los sentimientos y las emociones del otro, ponerse en su lugar y pensar qué puede estar sintiendo. La persona empática percibe las necesidades y los estados de ánimo de su interlocutor, a través de su tono de voz, de su lenguaje postural, sus gestos.</p> <p>Es capaz de reconocer su angustia, sus miedos, aunque no necesariamente ha de tener su mismo punto de vista.</p> <p>La escucha empática es aquella escucha por la cual captamos el mensaje de nuestro interlocutor sin prejuicios, poniéndonos en su papel, apoyándole y aprendiendo de su experiencia. Oímos con la intención de comprender sus sentimientos.</p>

<p>Establecer una escucha activa para poder resolver sus dudas en la gestante.</p>	<p>Mediante la escucha empática interpretamos su mensaje desde su mundo, consiste en comprender al paciente profundamente desde su propio marco de referencia, tanto emocional como intelectualmente.⁶⁸</p> <p>Escuchar con empatía significa hacer un esfuerzo para entender lo que siente nuestro paciente en cada momento. La disposición del paciente durante la entrevista cambia gracias a la empatía, al sentirse entendido nos revelara más información sobre sus pensamientos y sentimientos. El que sabe escuchar, sigue a su interlocutor con sus gestos, sus expresiones, va dándole muestras de que lo entiende. Con sus preguntas y aportaciones se interesa realmente por entender.</p>
<p>Orientar sobre la importancia del control prenatal brindando información certera.</p>	<p>Es un sistema estructurado de consultas que evalúa la progresión normal del embarazo y descubre precozmente a través de la clínica, el laboratorio y ultrasonidos, la aparición de riesgos maternos y/o fetales que podrían presentarse, debe tener conocimientos sólidos de los cambios fisiológicos del embarazo para poder detectar aquellas condiciones que se desvíen de la normalidad.⁶⁹</p>
<p>Ofrecer información sobre constantes vitales, previendo riesgos materno-fetales.</p>	<p>Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cuantificados.</p>

⁶⁸ Balart Gritti MJ. La empatía: La clave para conectar con los demás [consultado noviembre 2017] Disponible en: http://www.gref.org/nuevo/articulos/art_250513.pdf

⁶⁹ Educación para la salud control prenatal. [consultado noviembre 2017] Disponible en: <http://www.edusalud.org.mx/descargas/unidad03/tema03/prenatal/control%20prenatal2.pdf>

<p>Orientación a Viridiana de sobre las consultas de atención prenatal.</p>	<p>Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.</p> <p>1ª consulta; entre las 6 - 8 semanas. 2ª consulta; entre 10 - 13.6 semanas. 3ª consulta; entre 16 - 18 semanas. 4ª consulta; 22 semanas. 5ª consulta; 28 semanas. 6ª consulta; 32 semanas. 7ª consulta; 36 semanas. 8ª consulta; entre 38 - 41semanas.⁷⁰</p>
<p>Ofrecer información sobre los exámenes de laboratorio indispensables para prever riesgos.</p>	<p>Biometría hemática: Para medir los componentes de la sangre y descartar la anemia.</p> <p>Química sanguínea: Detecta alteraciones en los niveles de glucosa, urea, creatinina y ácido úrico, relacionados con el metabolismo de las proteínas y la digestión de los carbohidratos.</p> <p>Grupo sanguíneo y factor Rh: Actuar frente a una posible incompatibilidad de Rh entre la madre y el feto, la cual en el segundo embarazo de la madre podría ser muy peligrosa para el feto.</p> <p>General de orina: Este análisis detecta los niveles de azúcar y proteína, los niveles elevados de</p>

⁷⁰ Op. Cit. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

<p>Informar sobre la frecuencia he importancia de la ecografía en la gestación.</p>	<p>azúcar pueden ser un indicio de diabetes, presencia de proteína en la orina puede indicar que hay una infección de las vías urinarias o una enfermedad de los riñones.</p> <p>VDRL: Es un estudio que se realiza en sangre y detecta enfermedades venéreas, principalmente sífilis.⁷¹</p> <p>Dada la importancia que ha adquirido el ultrasonido como ayuda diagnóstica en la medicina moderna, y la necesidad del medio en conocer sus aplicaciones, limitaciones, funcionamiento, sobre todo a su aplicación en ginecología y obstetricia.</p> <p>Primer trimestre objetivo</p> <p>Si hay viabilidad fetal.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Edad gestacional (número de semanas de embarazo). •Si existe uno o más embriones (gemelos, mellizos). •Si el embrión está implantado en el lugar correcto (útero). •Posibles malformaciones fetales.⁷² <p>Segunda ecografía en el segundo trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Para determinar edad gestacional. •Malformaciones fetales. <p>Tercera ecografía:</p> <p>Si el crecimiento fetal es el adecuado.</p> <p>Posición fetal.</p> <p>Evaluación de la posición de la placenta respecto del cuello uterino.</p>
---	--

⁷¹ Exámenes de laboratorio en el primer trimestre[En línea] Disponible en: <http://infogen.org.mx/exámenes-de-laboratorio-en-el-primer-trimestre/>

⁷² Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integra- do: Embarazo, Parto y Puerperio. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla.Disponible en: <https://www.google.com.mx/search?q=Consejería+de+Salud+de+la+Junta+de+Andalucía>.

<p>Obtener información sobre inmunizaciones previniendo complicaciones.</p>	<p>Durante la gestación toda mujer debe recibir las vacunas contra influenza en cuanto estén disponibles. Debido a que las vacunas inyectables no son de virus vivos, la mayoría de los especialistas considera que estas vacunas son seguras en cualquier etapa del embarazo.</p> <p>Vacuna contra la hepatitis B no tiene riesgo evidente para el feto y se recomienda su aplicación en embarazadas con factores de riesgo.</p> <p>Gestantes que han sido identificadas con riesgo de infección por el VHB (virus de la hepatitis B), durante el embarazo (con antecedentes; más de una pareja sexual durante los últimos 6 meses, que hayan estado bajado tratamiento por una enfermedad de transmisión sexual, uso de drogas inyectables recientemente o actualmente).</p> <p>Vacuna Td protege contra (tétanos y difteria) en la gestación: Dosis de 0.5 ml vía intramuscular (IM), en la región deltoides. Se recomienda la aplicación de la vacuna en el segundo y tercer trimestre del embarazo.⁷³</p>
<p>Explicar la importancia de consumir cantidades adecuadas de nutrimentos en la gestación.</p>	<p>Los principales nutrientes para la mujer durante la gestación, son proteínas las cuales aportan los elementos para el crecimiento de los tejidos del cuerpo, incluyendo el crecimiento del feto, y en la placenta ayuda al incremento del volumen de sangre y del líquido amniótico.</p> <p>Alimentos ricos en hierro como es; (hígado, carnes rojas, frutos secos, huevos, lentejas, espinacas).</p> <p>Ácido fólico como; (espárragos, espinacas, aguacates, tomates, fresas, plátanos),</p>

⁷³ Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica vacunación en la embarazada: IMSS-580-12 Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/580GER.pdf>

<p>Detectar tempranamente eventos y complicaciones proporcionando información de los datos de alarma.</p>	<p>Yodo que se encuentran en el pescado.</p> <p>Calcio (lácteos), nutriente importantes para el desarrollo del feto.</p> <p>Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que las deficiencias o excesos de algunos nutrientes se asocian con problemas en el crecimiento y desarrollo fetal y complicaciones durante el embarazo y al desarrollo posterior en el recién nacido.⁷⁴</p> <p>Datos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial. • Perdida de la conciencia. • Convulsiones. • Epigastralgia. • Cefalea intensa. • Hemorragia transvaginal. • Palidez intensa. • Dolor abdominal. • Fiebre. • Perdida transvaginal de líquido o sangre⁷⁵.
---	---

EVALUACIÓN: Viridiana se muestra interesada y atenta ante los conocimientos adquiridos para llevar acabo su desempeño en el autocontrol durante la gestación y regresa la orientación con sus propias palabras.

⁷⁴Gregorio Varela Moreira Catedrático de Nutrición y Bromatología Vicepresidente de la Sociedad Española de Nutrición (SEN) Presidente del Comité Científico de la Fundación Española de la Nutrición Disponible en www.asdm.es/gregorio-varela-moreira-p239.aspx:

⁷⁵ Op. Cit. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Requisito alterado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo para la vida y el bienestar materno – fetal, relacionado con falta de higiene personal durante la gestación (cervicovaginitis recurrentes).

Agente de Autocuidado: En vías de desarrollo.

Sistema de enfermería: De apoyo / educación.

Objetivo de Viridiana: Disminuirá el riesgo materno fetal a través de medidas higiénicas durante la gestación.

Objetivo de agente de cuidado terapéutico: Viridiana disminuirá el riesgo materno fetal a través del aprendizaje de autocuidado.

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN
Fomentar en la gestante una actitud proactiva brindando información sobre una buena higiene.	Durante el embarazo hay aumento en la sudoración y el flujo vaginal, es por ello que se recomienda el baño diario con jabones suaves y neutros y posteriormente el uso de una crema hidratante para el cuerpo sobre todo en las zonas que van a sufrir mayor estiramiento como el abdomen, pecho y muslos. Aseo de genitales debe realizarse con jabón neutro, no realizar duchas vaginales ya que pueden alterar el pH y favorecer las infecciones vaginales.
Obtener información sobre el uso de vestimenta.	Evitar el uso de prendas ajustadas, se recomienda el uso de ropa holgada, que evite la compresión del abdomen.

<p>Destacar la importancia en la prevención de infecciones vaginales en la gestación.</p> <p>Explicar riesgos materno-fetales que podrían ocasionar en una infección vaginal recurrente no tratada falta de información.</p>	<p>Utilizar ropa interior de algodón.⁷⁶</p> <p>No utilizar ropa ajustada (jeans) ya que favorece a infecciones vaginales, así como prendas de fibras sintéticas.</p> <p>Las mujeres en edad reproductiva, la secreción vaginal normal se caracteriza por ser inodora, clara y viscosa; con un pH ácido (< 4.5) y ausencia de neutrófilos.</p> <p>Las mujeres durante la gestación pueden tener infecciones vaginales por <i>Candida</i>, lo que causa vaginitis, también llamada vulvovaginitis, es una inflamación o infección de la vagina, afectando la vulva, la parte externa de los genitales, causando picazón, dolor, secreción y olor.⁷⁷</p> <p>Ocurre cuando hay un desequilibrio entre las bacterias que normalmente se encuentran en la vagina de una mujer, los factores que pueden favorecer el desequilibrio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma de antibióticos • Realizar duchas vaginales • Uso de dispositivo intrauterino • Tener relaciones sexuales sin protección con una nueva pareja • Tener varias parejas sexuales.
--	---

⁷⁶Guía de cuidado en el embarazo, consejos de matrona pag. 52,[Consultado Nov 2016]. Disponible en: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/>

⁷⁷U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health
Página actualizada 2 octubre 2017 <https://medlineplus.gov/spanish/vaginitis.html>

<p>Explicar la importancia de acudir tempranamente a su atención con algún síntoma manifestado.</p> <p>Proporcionar tratamiento para prevenir riesgos en la gestación.</p> <p>Recomendaciones para la prevención de infecciones vaginales.</p>	<p>La vaginitis bacteriana o la tricomoniasis pueden aumentar el riesgo de trabajo de parto prematuro y nacimiento prematuro.⁷⁸</p> <p>Cambio en la cantidad de la secreción</p> <p>Presencia de mal olor vaginal</p> <p>Prurito, irritación y/ó ardor en vulva, vagina, ano.</p> <p>Flujo blanco, grumoso, eritema y edema de la región vaginal.</p> <p>Antimicóticos:</p> <p>Tratamiento para Cándida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clotrimazol crema al 1%: aplicar 5 g vía vaginal durante 7 a 14 días vaginal. • Nistatina óvulos o tabletas vaginales de 100 000 U, una aplicación vaginal al día durante 14 días, por la noche.⁷⁹ <ul style="list-style-type: none"> • Baño diario con jabón neutro. • Cambio de ropa interior después del baño diario. • Uso de ropa interior de algodón. • Evitar el uso de pantiprotectores y tampones. • No realizarse duchas vaginales. • Uso de preservativos durante la actividad sexual de riesgo (pareja bisexual, existencia de lesiones genitales en la pareja, sexo anal).
--	---

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva IMSS Disponible en: www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/081GRR.pdf

	<ul style="list-style-type: none">• Evitar relaciones sexuales con múltiples parejas.⁸⁰
--	--

EVALUACIÓN: Se le brinda la consejería a Viridiana la cual demuestra interés sobre las medidas de autocuidado, regresando la información con sus mismas palabras.

⁸⁰ Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, Trichomonas y Candida [En línea] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im/ims031g.pdf>

Requisito alterado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de conocimientos relacionado con falta de información sobre el control prenatal manifestado por carencia de autocuidado durante la gestación y verbalización por Viridiana.

Agente de Autocuidado: En vías de desarrollo.

Sistema de enfermería: De apoyo / educación.

Objetivo de Viridiana: Desarrollara el conocimiento mediante la información favoreciendo su autocuidado.

Objetivo de agente de cuidado terapéutico: Viridiana aumentara su autocuidado durante la gestación.

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN
Brindar una atención personalizada y clara sobre la importancia del control prenatal.	El control prenatal consiste en un conjunto de actividades dirigidas a la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud materno y fetal así como prevenir el riesgo de muerte o de alguna complicación del embarazo. Para que el control prenatal sea eficaz, deberá ser: oportuno, continuo, integral y extenso.
Orientar a Viridiana sobre la importancia de cada consulta prenatal para detectar algún factor de riesgo en su embarazo.	Las unidades de atención a la mujer gestante, se debe proporcionar un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, nacimiento y evolución de la primera

<p>Explicar cada procedimientos a realiza con la finalidad de entender cada uno en la visitas subsecuentes.</p>	<p>semana del puerperio, factores de riesgo e inicio de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.</p> <p>El carnet perinatal se utiliza como documento de referencia y contra referencia institucional.⁸¹</p> <p>Durante el control prenatal es importante la exploración física completa que incluya: medición de constantes vitales, antropometría y evaluación del estado nutricional de la gestante, detectando factores de riesgo materno fetal.</p> <p>Exploración bucodental, mamaria, auscultación cardiaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardiaca fetal en su caso, así como toma de citología cérvico-vaginal.</p> <p>Todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.</p> <p>Prescripción de medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover su salud.</p> <p>Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 de gestación y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.</p> <p>Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el periodo, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.</p>
---	--

⁸¹ Op. Cit. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacido

<p>Explicar la importancia de los valores de tensión arterial como signo de alarma para prevenir complicaciones tempranas.</p>	<p>Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio: Biometría hemática completa. Grupo sanguíneo y factor Rh. Glucosa en ayuno. Examen general de orina y urocultivo en caso positivo inicie tratamiento antibacteriano. Prueba de tira reactiva rápida de VIH. Prueba de laboratorio VDRL para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita.⁸²</p> <p>La presión arterial es la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias al circular hacia todas las partes del cuerpo. Las cifras de tensión normales son 120/80 mmHg.</p> <p>Como resultado de los cambios hormonales y físicos durante el embarazo, la presión arterial de la madre típicamente va a disminuir durante el segundo trimestre (semana 13 a 27), de embarazo y luego aumentara gradualmente durante el tercer trimestre (semana 28 a 40).</p> <p>Se considera que existe hipertensión cuando las cifras de tensión arterial son iguales o superiores a 140/90 mmHg.</p> <p>En casos graves la hipertensión puede desarrollar preeclampsia en la embarazada (o hipertensión inducida por el embarazo), una afección que suele</p>
--	---

⁸²Ibid

<p>Fomentar la buena higiene bucal en la gestación, ya que se presentan cambios físicos.</p>	<p>aparecer después de la semana 20 y podría traer serias consecuencias materno-fetales.⁸³</p> <p>Afectación del calcio óseo: durante el embarazo, el organismo prioriza cubrir las necesidades de calcio del feto por encima de las de la madre. Por ello, si la mujer embarazada no sigue una dieta con suficiente calcio, presentará descalcificación de sus huesos, que afectará las áreas de fijación de los dientes en mandíbulas y maxilares.</p> <p>Inflamación de las encías: el aumento de irrigación sanguínea que experimentan los tejidos del área buco nasal también afecta a las encías, que pueden estar hinchadas y más sensibles. La gingivitis del embarazo tiene su origen en esta situación. Las encías de las mujeres embarazadas son más vulnerables a las infecciones por la placa bacteriana y a las erosiones por alimentos.</p> <p>Salivación: Los vómitos tienen en su composición gran cantidad de ácido clorhídrico, proveniente de las secreciones gástricas, lo que incrementa la acidez y si además los mecanismos que equilibran el pH salival están deficitarios se favorece aún más la descalcificación del dientes.; medio favorable para que se produzca con mayor rapidez el ataque y el debilitamiento del esmalte dentario. La disminución</p>
--	---

⁸³ Hipertensión en el embarazo – causas, síntomas y tratamiento[consultado setiembre 2017] Disponible en: <https://www.mdsau.de.com/es/2017/05/hipertension-embarazo.html>

<p>Proporcionar orientación a Viridiana sobre los riesgos de enfermedad periodontal.</p>	<p>del pH salival en gestantes, en comparación con no gestantes.⁸⁴</p> <p>La enfermedad periodontal se ha asociado al trabajo de parto prematuro. La caries dental no se agrava por el embarazo. Un hecho importante es que el embarazo no es contraindicación para el tratamiento dental, incluidas radiografías dentales. Las caries y la inflamación de las encías, son la causa de pérdida de los dientes, mal aliento, mala digestión y en ocasiones infecciones del corazón y de los riñones.</p> <p>La inflamación podría difundirse a la unidad fetoplacentaria, a través de la circulación sanguínea. La integridad estructural de la placenta es vital para el normal intercambio de nutrientes entre la madre y el feto, por lo que este daño tisular a la placenta puede contribuir al retraso del crecimiento fetal, con posible bajo peso al nacer.</p> <p>El aumento en la producción de citoquinas inflamatorias y proteína C-reactiva puede contribuir a la contracción uterina y dar lugar a aborto involuntario o parto prematuro y bajo peso al nacimiento.⁸⁵</p>
--	---

⁸⁴ Rodríguez HE, López M. El embarazo su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol [serie en internet]. 2003 [citado: 15 sep 2005]; [Consultado Sep 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034

⁸⁵Alonso Rosado, A. et al. Enfermedades periodontales durante el embarazo y su asociación con parto prematuro y bajo peso al nacimiento: Evidencias y controversias. *Avances en Periodoncia* [online]. 2010, vol.22, n.2, pp.85-89. ISSN

<p>Explicar a Viridiana sobre los cambios físicos en el embarazo.</p>	<p>Cambios en el útero durante la gestación</p> <p>El útero experimenta una serie de cambios para cumplir dos funciones principales:</p> <p>Albergar al feto, placenta y líquido amniótico, potente órgano que se contrae y que es capaz de generar la fuerza necesaria para lograr la expulsión del feto en el momento del parto.⁸⁶</p> <p>A partir del segundo mes de embarazo las mamas aumentan de tamaño y al final del primer trimestre (4º ó 5º mes) puede salirle una secreción clara si aprieta con los dedos, se trata de un líquido amarillento y espeso llamado calostro.</p> <p>En la sangre también se producen cambios, va a existir una anemia fisiológica del embarazo por lo que aumentan las necesidades de hierro.</p>
<p>Recomendar a Viridiana un protector solar por los cambios hormonales que pueden afectar la piel.</p>	<p>En la piel los cambios son debidos a las hormonas. Pueden aparecer manchas en la cara por aumento de la pigmentación, también en areolas, genitales y línea alba. Se recomienda cremas hidratantes para proteger la piel.</p> <p>Las estrías pueden aparecer en abdomen, caderas, mamas, debido al aumento de tamaño, son de color rojizas y se producen por la destrucción de las fibras de colágeno.</p> <p>Diuresis con más frecuencia debido al aumento del útero que comprime la vejiga y a un aumento de la producción de orina.</p>

⁸⁶ Op. Cit. Guía de cuidados en el embarazo. Consultado Oct. 2107 Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>

<p>Establecer una relación estrecha y cálida con la mujer y su familia, haciendo ver que el embarazo es un proceso que involucra a ambos, orientando sobre los signos de alarma.</p>	<p>Edema Se producen por la presión que ejerce el útero sobre la vena cava, dificultando el retorno venoso y también por la retención de líquido que se produce durante el embarazo. Aparece principalmente al final del día y desaparece con el reposo (piernas elevadas).⁸⁷</p> <p>Datos de alarma⁸⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial >140/90 • Dolor abdominal intenso y constante • Epigastralgia (dolor en epigastrio en barra) • Cefalea intensa, náusea o vómito. • Ausencia de movimientos fetales > a 3 horas. • Acufenos, fosfenos o visión borrosa. • Fiebre > 38°C. • Sangrado transvaginal. • Ruptura de membranas (Salida de líquido con olor a cloro). • Contracciones uterinas.
--	--

Evaluación: Viridiana muestra interés durante la orientación personalizada del autocuidado y regresa la información con sus propias palabras.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Signos y síntomas de alarma durante el embarazo.[Consultado Octubre 2017 Disponible en: www.ss.pue.gob.mx/index.../218-signos-y-sintomas-de-alarma-durante-el-embarazo

Requisito alterado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado ante el proceso de gestación relacionado con inexperiencias en el control prenatal manifestado por nulas visitas prenatales.

Agente de Autocuidado: En vías de desarrollo.

Sistema de enfermería: De poyo / educación.

Objetivo de Viridiana: Conocerá la importancia del autocuidado durante la gestación.

Objetivo de agente de cuidado terapéutico: Orientar a Viridiana sobre la importancia del control prenatal durante la gestación.

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN
Concientizar a Viridiana sobre las consultas de control prenatal durante la gestación.	De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida, la embarazada de bajo riesgo debe recibir como mínimo cinco consultas prenatales, de acuerdo al siguiente calendario: 1ª consulta; entre las 6 - 8 semanas. 2ª consulta; entre 10 - 13.6 semanas. 3ª consulta; entre 16 - 18 semanas. 4ª consulta; 22 semanas. 5ª consulta; 28 semanas. 6ª consulta; 32 semanas. 7ª consulta; 36 semanas. 8ª consulta; entre 38 - 41semanas.

<p>Fomentar la importancia del carnet perinatal llevarlo consigo durante viajes largos que llegue a hacer.</p>	<p>En las unidades de atención a la mujer gestante, se proporcionará un carnet perinatal en donde contiene los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificación de la embarazada. Estado socioeconómico y educacional. Antecedentes familiares. Antecedentes personales. Antecedentes obstétricos. Identificación de factores de riesgo. Evolución del embarazo en cada consulta. Evaluación del crecimiento fetal a través de la medición del fondo uterino. Resultados de exámenes de laboratorio. Estado nutricional. Evolución y resultado del parto, nacimiento y puerperio, e inicio de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. <p>El carnet perinatal se utiliza como documento de referencia y contra referencia institucional.⁸⁹</p>
<p>Proporcionar información sobre la anamnesis completa, explicando los procedimientos.</p>	<p>Se debe llevar a cabo una historia clínica perinatal, exploración física completa que incluya: Medición de constantes vitales y antropometría.</p> <p>Exploración céfalo-podálica: Exploración mamaria, auscultación cardíaca materna, maniobras de Leopold; medición del fondo uterino y de la frecuencia</p>

⁸⁹ Op. Cit. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

<p>Explicar la importancia de la aplicación de vacuna antitetánica.</p> <p>Orientar la importancia de consumir ácido fólico en la gestación previniendo riesgos fetales.</p> <p>Explicar la importancia de los estudios de laboratorio y ultrasonidos para su buen control prenatal evitando riesgos materno-fetales.</p>	<p>cardiaca fetal, así como toma de citología cérvico-vaginal.</p> <p>Todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.</p> <p>Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.</p> <p>Prescripción de ácido fólico 0.4 mg para prevenir defectos del tubo neural, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo y puerperio.</p> <p>Solicitud de exámenes de laboratorio: Biometría hemática completa. Grupo sanguíneo y factor Rh. Química sanguínea; Glucosa en ayuno. Examen general de orina; se recomienda realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e indicar urocultivo (en caso positivo se inicie tratamiento antibacteriano). Prueba de VDRL para detección de sífilis.⁹⁰ Ultrasonido del primer trimestre: Objetivos básicos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Localización de la gestación.
---	--

⁹⁰Ibid.

<p>Enfatizar con los ultrasonidos el bienestar fetal durante la gestación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la vitalidad del producto de la gestación (embrión o feto). • Valoración del número fetal. • Detectar malformaciones fetales. • Calculo de la edad gestacional: a través del diámetro medio del saco, o de la longitud cráneo-coccígea. • Localización de la placenta. • Estimación cualitativa del líquido amniótico. • Detección de alteraciones del útero presencia o ausencia de miomas, etc). <p>En el estudio nivel II dentro del primer trimestre, cuando el embarazo tiene una edad gestacional entre 11 y 13.6 semanas, también es factible evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anatomía fetal. • Medición de traslucidez nuchal. • Presencia o ausencia del hueso nasal. • Conducto venoso. • Reflujo tricuspídeo. <p>Segundo y tercer trimestres</p> <p>Se considera y registra lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número fetal y vitalidad respectiva. • Cantidad de placenta y sacos gestacionales. • Variedad de posición y situación fetal. • Valoración del peso del feto. • Medición del líquido amniótico.⁹¹
--	--

⁹¹ Ultrasonido en el primer trimestre del embarazo 10 consideraciones básicas[Consultado Octubre 2017]
 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im125i.pdf>

<p>La promoción de la salud permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla no exponiéndose al humo del cigarrillo en la gestación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la posición de la placenta respecto del cuello uterino. • Valoración de la anatomía fetal. <p>La exposición activa o pasiva de las mujeres al humo del tabaco durante la gestación afecta adversamente la reproducción. Se ha demostrado que reduce el peso del bebé en el nacimiento en cerca de 200 gramos en promedio, el grado de reducción se relaciona con la cantidad que se fuma.</p> <p>El tabaquismo aumenta también los índices de abortos espontáneos, placenta previa y mortalidad perinatal.⁹²</p> <p>Es importante conocer el contenido y riesgos que conllevan la exposición de productos químicos que contiene el humo del tabaco; nicotina, cadmio y monóxido de carbono, afectando el proceso reproductivo, así como descensos en el flujo de sangre uterina materna, reduciendo de esta forma, el flujo de oxígeno desde el útero ocasionando elevación de los niveles de carboxi-hemoglobina que se encuentran tanto en la sangre materna y fetal, llevando a hipoxia fetal crónica evidenciada por hematocrito aumentado en el recién nacido.</p> <p>Así mismo alteración de la función endocrina relacionada con la maduración del sistema respiratorio, demostrando maduración pulmonar</p>
---	---

⁹² Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo* Jonathan M. Samet, [Consultado Octubre 2017] PhD.(1) [En línea] Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pib/riesgos_tabaq.pdf

<p>Explicar la importancia de consumir las cantidades adecuadas de nutrimentos en la gestación para un buen desarrollo fetal.</p>	<p>acelerada, expresada por un mayor nivel de cortisol en el líquido amniótico, en fetos expuestos al humo del cigarrillo.</p> <p>Durante el embarazo las necesidades nutricionales serán ligeramente mayores, pero esto no significa que tenga que comer por dos.</p> <p>La alimentación debe ser completa y variada.</p> <p>Debe aumentar en su dieta: Los alimentos ricos en hierro (hígado, carnes rojas, frutos secos, huevos, lentejas, espinacas), en ácido fólico (espárragos, espinacas, aguacates, tomates, fresas, plátanos), yodo (pescados) y ricos en calcio (lácteos), todos necesarios para el buen desarrollo del feto⁹³.</p>
<p>Fomentar la ingesta de ácido fólico, hierro y calcio para tener un buen desarrollo fetal y prevenir complicaciones en la gestación.</p>	<p>Ácido fólico: es una vitamina del grupo B desempeña una función esencial en la síntesis de los ácidos nucleicos y se requiere para el incremento de la masa eritrocítica circulante, así como en el crecimiento y desarrollo del útero, placenta y feto.</p> <p>Las principales fuentes de folatos son los vegetales de hojas verdes (ácido fólico en latín significa hojas) el hígado, frutas y jugos cítricos, pan de trigo integral y levadura de cerveza⁹⁴.</p> <p>Hierro es necesario para los elementos sanguíneos, tanto de la madre como del feto.</p>

⁹³Op. Cit. Guía de cuidados en el embarazo, p 45 Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es> .

⁹⁴El Ácido Fólico y la prevención de defectos al nacimiento [En línea] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ACIDOFOLICO.pdf>

<p>Explicar los beneficios al consumir calcio en la gestación ayudando al buen desarrollo fetal.</p>	<p>La principal fuente de hierro se encuentra en: hígado de res, carnes rojas, frutas secas, frijoles, pasas y nueces, se recomienda tomar suplemento de 30 mg de hierro al día durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo.</p> <p>Calcio: Los efectos beneficiosos del calcio no se restringen al mantenimiento de la resistencia de los huesos y de los dientes, sino a que este elemento es necesario para la contracción muscular, la transmisión de los impulsos nerviosos, la coagulación sanguínea y la secreción endocrina. Las glándulas tiroides y paratiroides regulan las concentraciones de este mineral, la absorción en el tubo digestivo depende de la vitamina K.</p> <p>La principal fuente de calcio son los productos lácteos, aunque también abunda en las verduras de hojas verdes, las frutas y las legumbres.⁹⁵</p>
<p>Fomentar la importancia del consumo del agua para estar bien hidratada y ayudar al transporte de nutrientes a las células.</p>	<p>El agua es necesaria para el transporte de los nutrientes en el torrente circulatorio, la transferencia de nutrientes desde el medio intersticial hasta las células y, la eliminación de los residuos metabólicos. Interviene en la mayor parte de las reacciones metabólicas, actúa como lubricante y regula la temperatura corporal.</p> <p>Dos hormonas regulan el volumen de agua en el organismo, la hormona antidiurética secretada por la</p>

⁹⁵ Op. Cit. Recomendaciones de la OMS Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250802/1/WHO-RHR-16.12-spa.pdf>

	hipófisis y la hormona aldosterona producida por las glándulas adrenales. Los minerales sodio, potasio y cloro se encuentran disueltos en el agua por lo que los desequilibrios hídricos también repercuten en estos minerales. ⁹⁶
--	---

EVALUACIÓN: Viridiana se ve complacida con la consejería en el control prenatal para llevar a cabo los procesos naturales de una gestación evitando riesgos en su embarazo, a través del control prenatal.

⁹⁶ Figueroa D. Consumo de agua en el embarazo y la lactancia. Consultado Octubre 2017[En Línea]
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2013/apm132k.pdf>

Requisito alterado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

Diagnóstico de enfermería: Desempeño ineficaz del rol materno en la gestación relacionado con déficit de responsabilidad y afrontamiento manifestado por embarazo no planeado expresado por Viridiana.

Agente de Autocuidado: En vías de desarrollo.

Sistema de enfermería: De apoyo / educación.

Objetivo de Viridiana: Afrontar el rol materno responsabilizándose de su auto cuidado.

Objetivo del agente de cuidado terapéutico: Responsabilizarse en el rol materno a través de los conocimientos adquiridos

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN
Identificar factores de riesgo en Viridiana ante un embarazo no planeado realizando vigilancia obstétrica. Identificar factores físicos, psicológicos y económicos que pongan en riesgo a la gestante.	En todo el mundo, el 38 % de los embarazos son no deseados, el 21 % de ellos se da en adolescentes (de los cuales entre el 30 y el 60 % terminan en un aborto). Ante tales circunstancias el embarazo puede convertirse en una frustración dirigida directamente al feto en manifestaciones de rechazo o indiferencia por parte de la gestante. Las consecuencias de los embarazos no deseados, además de físicas, psicológicas y económicas son las siguientes: Aborto inducido (aborto con medicamento o quirúrgico), mortalidad materna. Físicas: Riesgo de anemia, preeclampsia y complicaciones en el tercer periodo de trabajo de parto, así como un alto riesgo de mortalidad por los altos índices de aborto. Los neonatos tienen riesgo de muerte, así

<p>Enfatizar la promoción para la salud sobre la importancia del vínculo materno fetal.</p> <p>Recomendar el vínculo materno-fetal proporcionando estabilidad emocional.</p>	<p>como malformaciones congénitas y un deficiente desarrollo mental y físico.</p> <p>Psicológicos: La frustración y depresión son problemas psicológicos que se desencadenan ante un embarazo no planeado. La autoestima se afecta por el sentimiento de culpa.</p> <p>Económica: Al no contar con una base económica establece dificultades para sostenerse en necesidades básicas.</p> <p>La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud y/o de otras personas que dependen de ella misma, en el vínculo materno - fetal el feto sufre si está en el vientre y es sometido a la indiferencia o aislamiento; pues existen confirmaciones científicas que prueban la sensibilidad y capacidad de comunicación que todo feto posee. Por esto, es importante que tanto madres como padres fortalezcan su auto estima, ansiedades y temores relacionados con el embarazo para construir una relación emocional y positiva con el ser que está por nacer.⁹⁷</p> <p>El feto tiene un acceso constante y permanente al estado físico y emocional de su madre: a través de sus movimientos, sus sonidos internos y externos como la respiración, latidos del corazón o la voz y por los cambios bioquímicos que ésta experimenta en función de su</p>
--	---

⁹⁷ El embarazo es un acto de responsabilidad[Consultado Octubre 2017] Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-606688>

<p>Destacar los beneficios de la musicoterapia para disminuir el estrés y cansancio brindando bienestar fetal.</p>	<p>estado anímico a través de sus niveles hormonales en la sangre.</p> <p>Debemos recordar, sin embargo, que al margen del sistema auditivo disponemos de otro «sentido» el tacto que nos permite percibir una vibración sonora a través de la piel. Es el primer sentido que se desarrolla, a partir de la octava semana, cuando el embrión apenas mide 3 cm. Podemos decir, pues, que los primeros estímulos sonoros que recibe son a través de vibraciones transmitidas por el líquido amniótico. El embrión aún no puede escucharlas pero sí percibir las a través de la piel.</p> <p>Alguna obra de Mozart de Beethoven, además de otros muchos autores que podríamos compases musicales que nos sosiegan en términos estadísticos suelen ser armónicos, no estridentes, están interpretados con determinados instrumentos musicales (piano, flauta, arpa) a un volumen medio o bajo y a un tempo que suele ser inferior al de los latidos del corazón.⁹⁸</p>
<p>Integrar a la familia de Viridiana en el proceso del embarazo.</p>	<p>Diversos estudios han mostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida; así mismo el impacto del estrés es mucho menor que en las personas que no tienen este tipo de apoyo.</p> <p>Las redes de apoyo social son grupos que se constituyen a partir de los lazos que se establecen entre los parientes,</p>

⁹⁸ Percepción musical durante la etapa prenatal [Consultado Octubre 2017] Disponible en: <file:///C:/Users/EQUIPO-/Downloads/Percepci%C3%B3n-musical-durante-la-etapa-prenatal-Revista-Natural.pdf>

<p>Permitir a gestante sueño y descanso cuando ella crea necesarios.</p>	<p>vecinos/as o amigos/as, brindando a las mujeres apoyo emocional y material durante el embarazo, el parto y el puerperio.</p> <p>El descanso y el sueño son fundamentales durante la gestación. Debe dormir al menos 8 horas diarias, además es conveniente que realice pequeños descansos durante el día a ser posible en un sillón con respaldo y las piernas en alto.</p> <p>Es recomendable que duerma de lado con las rodillas dobladas y una almohada entre las piernas, preferiblemente sobre el lado izquierdo. Evite la posición boca arriba cuando el útero esté muy crecido, ya que puede provocarle mareos incluso disminuir la oxigenación del feto debido a la compresión que ejerce su útero sobre los grandes vasos como la vena cava.</p> <p>Conforme avanza el embarazo resulta difícil encontrar una postura cómoda, utilice cojines sentirse más cómoda.</p>
<p>Brindar información sobre las redes de apoyo necesarias para un buen control prenatal.</p>	<p>Al ser el embarazo un suceso que afecta directamente a la gestante, pareja y familia de ambos, es de gran importancia conocer y entender la forma en la cual la psique de los involucrados responde a la dinámica gestacional, misma que alterará no sólo de forma vivencial, sino en ocasiones física, la llegada del recién nacido</p> <p>Ansiedades, fantasías, manías y regresiones son denominadores comunes en la familia que, de pasarse</p>

<p>Proporcionar herramientas necesarias para mantenerse en una terapia ocupacional.</p>	<p>por alto, traerán consecuencias graves en plazos no bien determinados.⁹⁹</p> <p>La Organización Mundial de la Salud define Terapia Ocupacional como el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene la enfermedad y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, cumple las deficiencias incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.</p>
---	--

EVALUACIÓN: Viridiana se siente comprometida con la consejería, ya que manifiesta la importancia del vínculo con el feto así como se concientizo sobre los beneficios de ambos.

⁹⁹ Abordaje psicoanalítico del primer embarazo[En línea] [Consultado Octubre 2017] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2013/am132k.pdf>

Requisito alterado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano

Diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado relacionado con impericia ante los cuidados en la gestación manifestado por desconocimiento sobre hábitos higiénicos durante el embarazo.

Agente de Autocuidado: En vías de desarrollo

Sistema de enfermería: De apoyo / educación.

Objetivo de Viridiana: conocerá las medidas para llevar a cabo su autocuidado.

Objetivo de agente de cuidado terapéutico: Viridiana se beneficiará con los conocimientos adquiridos favoreciendo la higiene en la gestación.

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN
Orientar sobre la importancia de la higiene personal.	Durante el embarazo aumenta la sudoración y el flujo vaginal, por ello debe cuidar su higiene personal, es recomendable el baño diario con jabones suaves y neutros. Las duchas vaginales no son recomendables ya que pueden alterar el pH y favorecer las infecciones. Uso de crema hidratante para el cuerpo sobre todo en las zonas que van a sufrir mayor estiramiento (abdomen, pecho y muslos).
Fomentar el cuidado de las pernas en la gestación.	En las piernas para prevenir las varices al momento del baño alternar agua fría con caliente, termine siempre con agua fría.

<p>Fomentar la adecuada vestimenta y calzado para brindar confort.</p>	<p>Evite la depilación con cera caliente que favorece la aparición de varices, utilice cera fría, pinzas o aparatos eléctricos.</p> <p>Ropa y calzado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilice ropa interior de algodón. • Utilice vestidos cómodos y holgados de tejidos naturales. • Evite tropa ajustada que le oprima la cintura y las piernas (ligas, cinturones) que pueden favorecer la aparición de varices. • Puede usar un sujetador apropiado para proteger las mamas y que proporcione una buena sujeción, con tirantes anchos y refuerzo en la parte inferior. • Se sentirá más cómoda y evitará la aparición de estrías. • Está demostrado que el mejor zapato debe tener un tacón de 3 cm máximo cuadrado y ancho, que ocupe la mayor parte del talón.
<p>Explicar las posturas en la gestación para prevenir alteraciones en la marcha.</p>	<p>A medida que avanza el embarazo aumenta el peso de su abdomen, lo que hace que se desplace su centro de gravedad y provoque una alteración del equilibrio de su cuerpo. Para compensarla se suelen adoptar posturas incorrectas, como el arqueado excesivo de la zona lumbar que provoca dolor en la zona, cansancio y molestias. Es</p>

<p>Informar que puede realizar viajes durante el embarazo cargando su carnet perinatal.</p>	<p>importante una postura adecuada en todas las actividades diarias y entre otras cosas.¹⁰⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> • No permanezca de pie durante mucho tiempo. • Cuando camine y esté erguida mantenga recta la espalda. • Cuando se siente apóyese en el respaldo, utilice cojines si fuera necesario. • Al agacharse hágalo doblando las rodillas, nunca inclinando la espalda. <p>Salvo que exista contraindicación médica puede viajar realizando períodos de descanso.</p> <p>No es aconsejable viajar a lugares con escasos servicios sanitarios.</p> <p>Hacia el final del embarazo deben evitarse los viajes muy largos.</p> <p>Es conveniente que lleve consigo su cartilla maternal, donde se recogen los datos más significativos respecto a la evolución del embarazo y es de gran utilidad para el personal sanitario en caso de que surja cualquier problema.</p> <p>Si viaja en coche no olvide abrocharse el cinturón correctamente (a la altura de la cadera y nunca sobre el abdomen), debe colocarse bajo el abdomen y sobre la parte superior de los muslos. El cinturón debe ajustar en forma cómoda. La porción del hombro también debe estar</p>
---	---

¹⁰⁰ Embarazo. Parto y puerperio [En línea] [consultado Octubre 2017] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo.pdf

<p>Orientar en la colocación del cinturón de seguridad correctamente.</p>	<p>bien ajustada entre las mamas, parando para descansar cada dos horas para estimular la circulación sanguínea, dando pequeños paseos. (Ver anexos).</p> <p>En general, el viaje aéreo de una mujer sana no tiene efectos nocivos en el embarazo. Por eso, en ausencia de complicaciones obstétricas o médicas concluyeron que es seguro que las embarazadas vuelen hasta las 36 semanas. Se recomienda el movimiento periódico de las extremidades inferiores, ambulación al menos cada hora y uso de cinturón de seguridad mientras permanezca sentada.</p>
---	--

EVALUACION: Viridiana durante la orientación se mostró interesada en las medidas de higiene, se entrega tríptico demostrativo de las medidas de higiene, regresa la información con sus propias palabras.

Requisito alterado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado relacionado con carencia en las medidas de confort durante la gestación manifestado por impericia verbalizado por Viridiana.

Agente de Autocuidado: En vías de desarrollo.

Sistema de enfermería: De apoyo / educación.

Objetivo de Viridiana: Aumentará su autocuidado a través de medidas de confort.

Objetivo de agente de cuidado terapéutico: Viridiana se beneficiará con los conocimientos adquiridos para llevar a cabo el confort en la gestación.

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN
Fomentar en Viridiana Aromaterapia como medida de relajación y bienestar.	<p>Los aceites esenciales provienen de diferentes partes de las plantas y árboles (raíces, hojas, flores) y tienen unas propiedades muy potentes. Los principios activos que contienen los aceites esenciales, entran en el torrente sanguíneo a través de la piel y al olerlos, empiezan a trabajar con rapidez, es la razón por la que los aceites esenciales producen un alivio inmediato.</p> <p>Los aceites esenciales sirven para calmar las náuseas, combatir el insomnio, y hasta facilitar el parto. Algunos aceites esenciales como la bergamota, rosa, cardamomo, limón, enebro, o lavanda fina, no implican riesgo en la gestación.</p> <p>A lo largo de nuestra existencia incorporamos la capacidad de reconocer 10.000 aromas diferentes.</p> <p>Los aromas juegan un rol muy importante en nuestra vida aunque no seamos plenamente conscientes de ello. El</p>

<p>Fomentar musicoterapia durante la gestación para beneficio materno-fetal.</p>	<p>olfato está conectado con los centros de memoria y las emociones del cerebro.¹⁰¹</p> <p>Se evidenciaron numerosos efectos al escuchar música, tales como el alivio del dolor durante las contracciones, la reducción de la tensión, la disminución de la ansiedad y del miedo. La musicoterapia provocó en las mujeres sensaciones de seguridad, tranquilidad, relajación y calma. Los recién nacidos que fueron expuestos a la música evidenciaron reacciones positivas cuando reconocieron las canciones escuchadas previamente¹⁰². El efecto de la música clásica en el feto es extraordinario estando en el útero de la madre antes de nacer.</p> <p>La estimulación musical causa efecto desde la semana 20 de gestación, por lo que es muy recomendable para las mujeres embarazadas.</p> <p>Escuchar a Mozart durante unos minutos provoca un aumento del rendimiento intelectual, o al menos así lo constataron los investigadores del Centro Neurobiológico del Aprendizaje y la Memoria de la Universidad de California.</p>
<p>Fomentar en Viridiana la importancia de la psicoprofilaxis durante la gestación</p>	<p>El objetivo de Lamaze es explorar todas las maneras en que las mujeres pueden encontrar fuerza y apoyo durante el trabajo de parto y el parto. Las clases se centran en las técnicas de relajación, pero también alientan a las</p>

¹⁰¹ Sierra Alcázar H. B. Manual de Aromaterapia[En línea].[Consultado Octubre 2017] Disponible en : <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Manual-de-Aromaterapia.pdf>

¹⁰² Efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto. [En línea] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5196572>

<p>aumentando los beneficios materno-fetales.</p>	<p>madres a condicionar su respuesta al dolor a través del entrenamiento y preparación.</p> <p>Se recomienda la psicoprofilaxis a partir del cuarto mes de gestación ya que de esta manera, ambos tendrán tiempo suficiente para aprender y practicar las distintas técnicas de relajación que se imparten forma que frente al primer estímulo, tengan una respuesta inmediata frente a las contracciones y al malestar o incomodidad que causan las mismas.¹⁰³</p>
<p>Orientar sobre las ventajas perinatales en la psicoprofilaxis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menor grado de ansiedad, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva. • Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás. • Mayor posibilidad de ingresar al centro de atención, en trabajo de parto, con una dilatación más avanzada. • Evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto. • Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal. • Menor duración de la fase expulsiva y trabajo de parto. • Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención al objetivo y significado de su labor.

¹⁰³ Psicoprofilaxis Perinatal Lamaze enero 2012[En línea] Lamaze Internacional [Consultado Octubre2017]
 Disponible en: <http://www.lamaze.org/>

<p>Explicar los beneficios en el embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas. • Menor malestar y / o dolor durante el trabajo de parto, bajo el fundamento de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración en miras de controlar la situación. • Tendrá amplias posibilidades de éxito en la evaluación final del mismo. • Aprenderá a disfrutar mejor de su embarazo y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso. • Ampliará las posibilidades de gozar de la participación de su pareja, incluso durante todo el trabajo de parto, lo cual tiene una importante contribución en su actitud emocional. • Menor incidencia de partos por cesárea y partos instrumentados. • Menor incidencia de partos instrumentados. • Recuperación más rápida y cómoda. • Aptitud total para una lactancia materna eficaz. • Mejor estimulación intrauterina, sobre lo cual hay muchas investigaciones científicas a través de la Biopsicología prenatal.¹⁰⁴ • Una curva de crecimiento intrauterino en promedio ideal, menor presentación de sufrimiento fetal agudo o crónico.
--	--

¹⁰⁴ Ibid.

<p>Explicar los beneficios después del parto llevando acabo la psicoprofilaxis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una fase expulsiva más rápida y menos traumática. • Menor nacimiento bajo instrumentación. • Disminuye el sufrimiento fetal agudo o crónico. • Mejor puntaje Apgar al minuto y a los cinco minutos. • Disminución de complicaciones neonatales (Apnea, disnea, displasia de cadera). • Mejor lactancia materna eficaz. • Estimulación temprana eficaz.
<p>Establecer una relación estrecha y calidad con la gestante y su familia haciendo ver que el embarazo es un proceso que involucra a ambos.</p>	<p>Hay diferentes formas en que los padres pueden participar en el proceso del embarazo y, de ese modo, “conectar” también con su hijo en ese estadio tan temprano el acariciar y hablarle a través del vientre. Junto con la evidente necesidad de colaborar con la madre en todo lo posible, tanto de un modo práctico (compartiendo tareas domésticas), como proporcionando apoyo y comprensión emocional, el padre también puede contribuir al establecimiento del adecuado vínculo con su hijo desde el embarazo.</p> <p>Los recientes descubrimientos realizados en el campo de la conciencia fetal parecen corroborar que, durante el sexto mes de embarazo si no antes, el feto es capaz de escuchar los sonidos externos y se halla más capacitado para percibir el tono grave de la voz del padre que es más agudo que el de la voz materna, desarrollando la</p>

<p>Recomendar actividad física durante la gestación orientando los tipos de ejercicio que puede practicar.</p>	<p>capacidad auditiva, el feto ya siente la atención, la presencia y la voz del padre.¹⁰⁵</p> <p>Ejercitarse durante el embarazo también puede ayudar a controlar el peso del bebé en desarrollo, además del de la madre.</p> <p>Del estado físico de cada mujer, dependerá el tipo de ejercicio o deporte que te convenga. Los más indicados son: Caminata al aire libre, natación, pilates, bicicleta estática, y baile.¹⁰⁶</p>
<p>Fomentar el masaje de acupresión liberando tensión y activar la circulación sanguínea.</p>	<p>Es una técnica de medicina tradicional china basada en las mismas ideas que la acupuntura; Implica colocar la presión física a mano, codo o con la ayuda de varios dispositivos, en diferentes puntos de la superficie del cuerpo. Cuando estos puntos de acupresión se presionan, liberan la tensión muscular y promueven la circulación de la sangre. Esto también debe activar la energía de la fuerza vital del cuerpo para ayudar a la curación.</p>

Evaluación: Al término de la orientación Viridiana se muestra interesada e inquieta en realizar dichas medidas de confort con apoyo de su familia.

¹⁰⁵ García C. Guía educativa embarazo y emociones [En línea] [Consultado Octubre 2017]. Disponible en: <https://www.bienvenidamatrona.com/ebooks/guia-educativa-embarazo-y-emociones.pdf>

¹⁰⁶ Alcolea F.S, Mahomed M.D. Cuidados en el embarazo, Consejos de una matrona.p.54[En línea] [Consultado Octubre 2017] Disponible en: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>

X. PLAN DE ALTA

- Educación para la salud (Higiene, nutrición, actividad física y descanso).
- Orientar sobre consumo de nutrientes durante el embarazo, ricos en fibra, hierro y calcio.
- Ácido fólico 400 mcg. VO cada 24 horas.
- Hierro 200 mg VO cada 24 horas (a partir de la semana 13 de la gestación hasta el puerperio)
- Multivitamínico 1 tableta VO cada 24 horas.
- Calcio 1 gr VO cada 24 Horas.
- Orientar sobre datos de alarma durante el embarazo.
- Hipertensión arterial >120/80
- Dolor abdominal intenso y constante.
- Dolor en epigastrio (en barra).
- Cefalea, náusea o vómito.
- Ausencia de movimientos fetales > a 3 horas.
- Acufenos, fosfenos o visión borrosa.
- Fiebre > 38°C.
- Sangrado transvaginal.
- Salida de líquido transvaginal.
- Edema generalizado (cara, manos o pies).
- Orina escasa o molestias al orinar que no cede a tratamiento establecido
- Cita abierta a urgencias en caso de presentar algún dato de alarma
- Redes de Apoyo (nutrición, psicología, dental)

XI. CONCLUSIONES

La identificación de los factores de riesgo desde el inicio de la gestación puede llevar a diagnósticos tempranos así como tratamientos oportunos, en la medida que la atención prenatal se realice tempranamente se podrá ampliar la capacidad para prevenir, corregir, compensar y tratar las complicaciones. La detección de complicaciones durante la gestación, se maximiza por la asistencia tardía de la gestante al control prenatal y por la baja calidad en la atención, con deficiencias en tecnología y sistemas de atención.

En nuestro país falta implementar estrategias para la atención a la gestante en cuanto a la prevención para llevar a cabo un buen control prenatal sobre todo en las mujeres de bajos recursos.

Enfermería perinatal es una pieza importante en la comunicación efectiva con la gestante para generar cambios en la calidad de los procesos de atención, con un enfoque integral caracterizado por la capacidad de reflexión, calidad en la prestación de servicios, habilidad y destreza clínica, racionalidad científica, responsabilidad ética y social, contribuyendo a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal.

Enfermería perinatal tiene que lidiar con el fenómeno más importante del ciclo reproductivo humano, su objeto de trabajo no se puede limitar solamente a un momento específico si no que tiene en cuenta todo el proceso desde el comienzo del funcionamiento del ciclo reproductivo, así como embarazo, parto, puerperio y persona recién nacida, siguiendo en el refuerzo y cuidado de la salud familiar una vez que el grupo madre-padre-hijo se ha constituido.

Es por ello que es de suma importancia orientar a la gestante sobre el control prenatal, datos de alarma, así como las medidas de confort para minimizar riesgo materno perinatal.

Para brindar una mejor atención durante la gestación la secretaria de salud creó el modelo de atención obstétrica la cual se conformó un grupo de trabajo integrado por profesionales del área asistencial con experiencia en atención perinatal y docentes que participan en la formación de los licenciados en enfermería y obstetricia y especialistas en enfermería perinatal.

Participaron también representantes de los organismos gremiales de enfermería obstétrica y de las áreas normativas de enfermería de la propia Secretaría de Salud quienes se dieron a la tarea de hacer una revisión bibliográfica de la literatura relacionadas con el tema y la consulta de los documentos publicados por los organismos internacionales que determinan las políticas en la materia de la salud materno infantil, que sirvieron de marco teórico conceptual.

XII. BIBLIOGRAFIA

1.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación [en línea] 07 de Abril 2016. [consultado octubre 2016].

Disponible en:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

2.- Maldonado SE: Efecto de una intervención educativa participativa para fortalecer el conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos a mujeres embarazadas de bajo riesgo. Universidad Autónoma de Aguascalientes TESIS [En línea] 2016 (consultado junio 2016) Disponible

en:<http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/480/408651.pdf?sequence=>

3.- Miranda Guerra AJ, Hernández Vergel L, Romero Rodríguez C: Infección vaginal en gestantes y su incidencia en indicadores seleccionados del Programa Materno Infantil. *Rev. Cubana Med. Gen* [En línea]. 2010; [consultado junio 2016] vol.26 (2) 1561-3038

Disponible

en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200009&lng=es&nrm=iso

4.- Alonso Uría RM, Rodríguez Alonso B, Necesidades de conocimientos de profesionales de la salud sobre la atención a la gestante y madre adolescente. *Rev. Cubana Med Gen Integr* [En línea]. 2014; [consultado junio 2016] vol.30, n(2) 0864-2125.

Disponible

en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200004&lng=es&nrm=iso

5.- Cáceres Manrique, FM. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [En línea] v. 60, n (2) 165-170 [Consulta junio 2016]. ISSN 2463-0225. Disponible en:

<<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/342>>

6.- Hernández AM. Reflexiones sobre la calidad del cuidado de enfermería en el control prenatal. Revista cultural del cuidado [En línea] 2012 [consultado julio 2016] v.9, n (1) 55-61 Disponible en: [file:///C:/Users/EQUIPO-/Downloads/Dialnet-ReflexionesSobreLaCalidadDelCuidadoDeEnfermeriaEnE-4394564%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/EQUIPO-/Downloads/Dialnet-ReflexionesSobreLaCalidadDelCuidadoDeEnfermeriaEnE-4394564%20(1).pdf)

8.- Duran de Villalobos. M.M Enfermería. Desarrollo Teórico Investigativo. Colombia: Innovar; 2001.

Enfermería desarrollo teórico e investigativo Disponible en:

<http://www.uneditorial.net/uflip/Enfermeria-Desarrollo-Teorico-e-Investigativo/pubData/source/Enfermeria-desarrollo-teorico-e-investigativo.pdf>

10.- Luiris Sanabria T, Otero Ceballos M, Urbina Laza O Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Escuela Nacional de Salud Pública Rev. Cubana Educ. Med. Súper [En línea] 2002;16(4) Disponible en : http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm

14.- Berdayes Martínez D. Desarrollo teórico de enfermería. Conferencia impartida en la Facultad de Enfermería Lidia Doce. Jornada por el Día de la Enfermería. La Habana: Facultad de Enfermería Lidia Doce;[En línea] 2012. Disponible en: <http://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/>

17.- Navarro Peña Y,CSM. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Scielo. 2010 Junio;(19).Consultado 2julio2017 Disponible en:

<https://www.google.com.mx/search?q=Navarro+Peña+Y%2CCSM.+Modelo+de+Dorothea+Orem>

23.-Vega O. GD. Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Dialnet2005 Agosto; 4(4).[En línea] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>

24.- Susana Rosales Barrera y Eva Reyes Gómez Fundamentos de Enfermería 3ra. Edición. Bertha A. Rodríguez S. Proceso Enfermero, Aplicación Actual Disponible en:
ww.academia.edu/.../Concepto_de_PAE_Proceso_de_atención_de_enfermería

40.- Fundación Medicina Fetal Barcelona.[En línea]2012[02 agosto 2116] disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/semana-a-semana.html>

41.- Williams Obstetricia 23° edición, MaGrawHill Texas 2010 P.c. 79-80

50.- Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo Organización Mundial de la Salud 2016 Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250802/1/WHO-RHR-16.12-spa.pdf>

53.- Samet Jonathan M. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. Salud pública Méx. [revista en la Internet]. 2002 Ene [citado 2018 Mar 16]: 44(Suppl 1): s144-s160. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700020&lng=es.

54.- Berlanga L, Montes S, Tabaco y embarazo, Hospital Universitario San Agustín.[En línea] [Consultado 27 de Febrero 2018] Disponible en:

https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Tabaco/

55.- Aristóteles. Ética Nicomachea. México, DF: Editorial Porrúa, [En línea] 1992. [consultado 06 agosto 2016] Disponible en:

<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/filosofia/tesis50.pdf>

56.- Consejo Internacional de Enfermeras. Código para Enfermeras. Ginebra, [En línea] 1975. Disponible en:

<https://www.google.com.mx/search?q=Consejo+Internacional+de+Enfermeras.+Código+para+Enfermeras.+Ginebra%2C+1975.&rlz>

57.- Ruiz de Chávez Manuel H. Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética. Observaciones al Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro. Junio 2015.

58.- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Caracas: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.668; [En línea] 2007 abril 23. Disponible en: www.refworld.org/pdfid/3dbeb57d7.pdf

59.- OMS Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf

60.- Soto Toussaint L. Violencia obstétrica. Aspectos médico-legales en la práctica de la anestesia Vol. 39 Supl. 1 Abril-Junio 2016 [En línea] Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf>

67.- Balart Gritti MJ. La empatía: La clave para conectar con los demás [consultado noviembre 2017] Disponible en:

http://www.gref.org/nuevo/articulos/art_250513.pdf

68.- Educación para la salud control prenatal. [Consultado noviembre 2017] Disponible en:

<http://www.edusalud.org.mx/descargas/unidad03/tema03/prenatal/control%20prenatal2.pdf>

70.- Exámenes de laboratorio en el primer trimestre[En línea] Disponible en:

<http://infogen.org.mx/examenes-de-laboratorio-en-el-primer-trimestre/>

71.- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, Parto y Puerperio. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Sevilla. Disponible en:

<https://www.google.com.mx/search?q=Consejería+de+Salud+de+la+Junta+de+Andalucía>.

72.- Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica vacunación en la embarazada: IMSS-580-12 Disponible en:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/580GER.pdf>

73.- Gregorio Varela Moreira Catedrático de Nutrición y Bromatología Vicepresidente de la Sociedad Española de Nutrición (SEN) Presidente del Comité Científico de la Fundación Española de la Nutrición Disponible en

www.asdm.es/gregorio-varela-moreira-p239.aspx:

75.- Guía de cuidado en el embarazo, consejos de matrona [Consultado Nov 2016]. P.p.52-53 Disponible en:

<http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/>

78.- Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres IMSS [En línea] Disponible en:

www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/081GRR.pdf

79.- Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, Trichomonas y Cándida [En línea] Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im/ims031g.pdf>

82.- Hipertensión en el embarazo – causas, síntomas y tratamiento [consultado setiembre 2017] Disponible en:

<https://www.mdsau.de.com/es/2017/05/hipertension-embarazo.html>

83.- Rodríguez HE, López M. El embarazo su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol [serie en internet]. 2003 [citado: 15 sep 2005]; [Consultado Sep 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034

84.-Alvarado, Rosado, A. et al.Enfermedades periodontales durante el embarazo y su asociación con parto prematuro y bajo peso al nacimiento: Evidencias y controversias. *Avances en Periodoncia* [online]. 2010, vol.22, n.2, pp.85-89. ISSN

87.- Signos y síntomas de alarma durante el embarazo.[Consultado Octubre 2017

Disponible en: www.ss.pue.gob.mx/index.../218-signos-y-sintomas-de-alarma-durante-el-embarazo

90.- Ultrasonido en el primer trimestre del embarazo 10 consideraciones básicas

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im125i.pdf>

91.- Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo* Jonathan M. Samet, [Consultado Octubre 2017] PhD.(1) [En línea] Disponible en:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pib/riesgos_tabaq.pdf

93.- El Ácido Fólico y la prevención de defectos al nacimiento [En línea] Disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ACIDOFOLICO.pdf>

95.- Figueroa D. Consumo de agua en el embarazo y la lactancia. Consultado Octubre 2017[En Línea] Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2013/apm132k.pdf>

96.- El embarazo es un acto de responsabilidad [Consultado Octubre 2017]

Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-606688>

97.- Percepción musical durante la etapa prenatal [Consultado Octubre 2017]

Disponible en: <file:///C:/Users/EQUIPO-/Downloads/Percepci%C3%B3n-musical-durante-la-etapa-prenatal-Revista-Natural.pdf>

98.- Abordaje psicoanalítico del primer embarazo [En línea] [Consultado Octubre 2017] Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2013/am132k.pdf>

99.- Embarazo. Parto y puerperio [En línea] [consultado Octubre 2017] Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/ksalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo.pdf

100.- Sierra Alcázar H. B. Manual de Aromaterapia [En línea].[Consultado Octubre 2017] Disponible en :

<http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Manual-de-Aromaterapia.pdf>

101.- Efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto. [En línea]

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5196572>

102.- Psicoprofilaxis Perinatal Lamaze enero 2012[En línea] Lamaze Internacional
[Consultado Octubre2017] Disponible en:

<https://www.google.com.mx/search?q=Psicoprofilaxis+Perinatal+Lamaze+enero+2012>

104.- García C. Embarazo Guía educativa embarazo y emociones [En línea]

[Consultado Octubre 2017]. Disponible en:

<https://www.bienvenidamatrona.com/ebooks/guia-educativa-embarazo-y-emociones.pdf>

105.- Alcolea F.S, Mahomed M.D. Cuidados en el embarazo, Consejos de una matrona.p.54[En línea] [Consultado Octubre 2017] Disponible en:

<http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>

XII. ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA PERINATAL**

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

Fecha: _____ Servicio: _____ Enfermera (o) perinatal: _____

1- DATOS GENERALES.

Nombre: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____
 Ocupación: _____ Peso: _____ T.A.: _____ Talla: _____ IMC: _____ Grupo Rh: _____
 Religión: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Origen y Residencia: _____
 Teléfono: _____
 Domicilio: _____
 Persona Responsable: _____ Parentesco: _____ Pareja: Edad _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Trabaja actualmente: _____
 Padecimiento: _____ Grupo y Rh: _____

2- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

Tipo de familia: Nuclear _____ Extensa _____ Integrada _____ Desintegrada _____
 Con quien vive: _____ Num. de integrantes: _____
 Comunicación con: La pareja * Hijos Otros familiares:
 Cuánto tiempo se reúne con su familia: _____ Actividades que realiza con la familia: _____
 Quien es el sustento de la familia: _____ Ingresos: _____
 *Bueno Regular Malo Nulo

3- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

Vivienda: casa departamento Propia Rentada Otra _____
 Tipo de Ventilación: _____ Tipo de Iluminación: _____
 Num. cuartos: _____ Cuantas ventanas: _____ Tipo de Construcción: precacero Durable Mixta Tipo de
 calefacción utiliza: Gas Petróleo Leña Otros: _____
 Servicios intradomiciliares: Agua Luz Drenaje Recolección de basura cuando
 tomar: _____ Parquímetros Vigilancia Teléfono público Medio de transporte Centros Educativos
 Escolar prim Sec Preg Univ Recreativos Comerciales Servicios Médicos Cercanos Tiempo de
 distancia aprox: _____ Zoonosis: _____ Tipo: _____ Fauna nociva: _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales Cada cuando: _____ Contiene con fumadores: Fuma Cuántos
 cigarrillos al día: _____ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación): _____
 Requiere de algún apoyo respiratorio: ¿Cual? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

FC: _____ FR: _____ T.A.: _____ TEMP: _____ FCF: _____
 Aparato respiratorio: Nariz (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra): _____
 Tórax y pulmones: (forma y simetría, auscultación, tos, sibilancias, estertores, u otros): _____
 Sistema cardiovascular: (inspección, soplos): _____
 Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pelvicas (temperatura, color, llenado capilar, varicosidades,
 uñas, edema periférico): _____

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Garratón: Potable: Otro: _____
 Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): _____
 Líquidos que le gustan y/o desagradan: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

Hidratación de Piel y Mucosas: _____

Líquidos Parenterales (Tipo) _____

3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

1. HABITOS DE SALUD:

Cuántas comidas realiza durante el día: _____ Días a la semana en que consume: _____

Leche	Carne	Huevo	Verduras	Frutas	Tortillas	Pan	Quesos	Embutidos	Sal	Azúcar
-------	-------	-------	----------	--------	-----------	-----	--------	-----------	-----	--------

Alimentos que le gustan / desagradan: _____

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____

Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____

Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____

Que sentido le da a la comida: Convivencia Recompensa Supervivencia Paliativo Aburrimiento

	Desayuno	Comida	Cena	Colación
¿Con quien come?				
¿Dónde?				
¿Cuanto tiempo dispone para c/comida?				
Horarios				
Alimentos				

2. REVISION POR SISTEMAS:

Boca: (dolores dentarios, sangrado en encía, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, pérdida del gusto, halitosis, dificultad para masticar, endodoncia, parcial o total): _____

Utiliza prótesis dental No tiene caries: dientes flojos: Garganta: Solo disfagia

Observaciones: _____

Aparato digestivo: náusea vómito anorexia hinchazón hinchazón eructos dolor abdominal

Observaciones: _____

4. PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS.

Intestinal: (describir características de la eliminación y frecuencia): _____

Ha presentado problemas en la eliminación intestinal: ¿Cuales?: _____

Ingiere algo para mejorar su eliminación: ¿qué? _____

Vesical: (describir características y frecuencia): _____

Ha presentado problemas en la eliminación vesical: ¿Cuales?: _____

¿Ingiere algo para mejorar su eliminación?: ¿qué? _____

Observaciones: _____

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

1. HABITOS DE SALUD

Tipo de actividad que realiza en: casa _____ trabajo _____

Realiza actividad física cual/frecuencia/tiempo: _____

Tiempo libre: _____ ¿Cuántas horas duerme? _____ Sensación al despertar _____

¿Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño? ¿cómo lo resuelve? _____

Duerme durante el día: Cuanto tiempo: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema músculo esquelético: _____ tono muscular: _____
 Gama de movimientos _____ Dolor Fatiga Rigidez Tumefacción o Deformaciones:
 Sistema neurológico: Estado de conciencia _____ Entumecimiento Hormigueos
 Sensibilidad al: Calor Frio Tacto Mouv. Anormales Parálisis
 Vértigo Cefalea Alteraciones de la memoria Reflejos
 Observaciones: _____

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL.

1. HABITOS DE SALUD

Comunicación verbal: Directa Abierta Clara Evasiva Barreras idiomáticas tartamudeos Comunicación no verbal Contacto visual Lenguaje corporal _____ Gestos tono de voz _____
 Mecanismos de defensa Negación Inhibición Agresividad Hostilidad _____
 Interacciones sociales: Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural.
 ¿Cuál? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Oído: Dolor Secreción Aumento o disminución de Audición Acúfenos
 Ojos: Dolor Lagrimeo Secreción características: _____
 Simetría _____ Pupilas _____ Edema
 Vista: alteraciones de la visión: _____ Lentes de corrección fosfenos
 Nictalopia Daltonismo

7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

- a) Prácticas de Seguridad Personal: ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? trabajo casa calle Observaciones: _____
 ¿Acostumbra realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas?
 Papanicolaou (tiempo y resultado) _____ Mamografía (tiempo y resultado) _____
 Dentista: _____ Oculista: _____ Médico: _____ ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? ¿Cuales? _____
 ¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida? Auto enfado Enfado con los demás Culpa a otros
 Habla con las personas Ansiedad Reza Lectura Escucha música Baja autoestima Sumisión
 Deportes Otro _____ ¿Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su auto imagen?
 ¿Cuál? _____ Consumé... Drogas Alcohol
 Tabaco Café Té Bebidas de cola Alimentos chatarra medicamentos
 ¿Cuales? _____
 b) Concepto de su imagen _____ Espiritualidad _____

8. PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.

1. HABITOS DE SALUD

¿Cada cuando se baña? _____ Cambio de ropa: _____ Aseo bucal: _____ Aseo perineal _____
 ¿Cuándo se lava las manos?: _____ ¿Qué significa para usted la limpieza? Buena imagen corporal Buen estado emocional Relación o comunicación con los demás _____ Productos usados para higiene personal _____

2. REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

Piel: Erupción heridas Turgente Protuberancias Masas Cambio de color
 Cambio de olor Pelo: Distribución _____ Cantidad _____ Parasitos _____ Uñas: Aspecto general _____
 Mamas: Simetría _____ Tipo de Pezón _____ Secreciones _____ Ganglios _____
 Masas _____ dolor _____ Genitales: Aspecto General _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	P	C	A	O	E

1. DESCRIPCIÓN GINECOLOGICA

IVSA	No. Partos Sexuales	Circuncisiones	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Papanicolaou (Último resultado)	Cirugías ginecológicas	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria	Tumores

Dispareunia	Satisfacción	Sangrado al coito	Último método anticonceptivo	Tiempo de uso	FUM	FPP

2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

Gesta	Período Inter-genésico	PCAOE	Sexo	Peso	Complicaciones	SDG	Lactancia/tiempo	Defectos al nacimiento	Vivo/Muerto Salud actual

3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha	SDG	Peso	T/A	FU	Situación	Presentación	Posición	PCF	VAREFE	Edema	Medicamentos	Tratamiento

Planea utilizar algún método de Planificación Familiar ¿Cual? _____
 Numero de consultas de control prenatal: _____

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

A. DESVIACIÓN ACTUAL

1. Percepción de la desviación de salud
 - a) Inicio de consulta _____ Motivo de consulta _____
 - b) Comprensión de la alteración actual _____
 - c) Sentimientos en relación con su estado actual _____
 - d) Preocupaciones específicas _____
2. Mecanismos de adaptación
 - a) Uso previo de mecanismos de adaptación _____
 - b) Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de los mismos _____
 - c) Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos) _____
3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida
 - a) Psicológicos _____
 - b) Fisiológicos _____
 - c) Económicos _____

B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Enfermedades en la edad adulta _____
 Enfermedades de la infancia _____
 Hospitalizaciones _____
 Medicamentos prescritos o por iniciativa _____
 Inmunizaciones previas: _____

C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES:



SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA



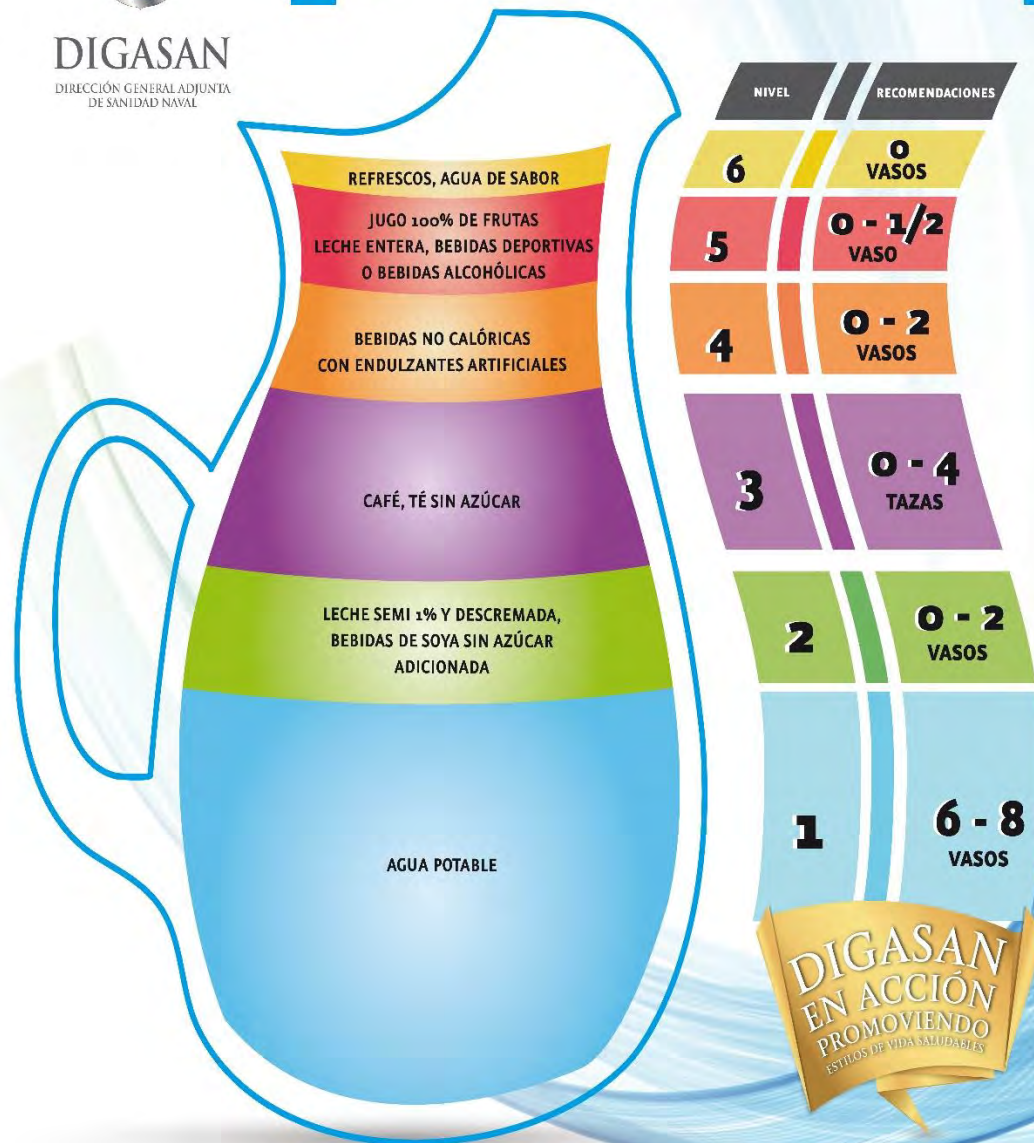
DIGASAN
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA
DE SANIDAD NAVAL

JARRA DEL BUEN BEBER

La Jarra del buen beber es una guía informativa que te muestra cuáles son las bebidas saludables y la cantidad de líquidos que se recomienda consumir al día, ésta te hará percatarte que algunas de las bebidas que ingieres durante el día son dañinas para tu organismo.

Muchas personas no están conscientes del daño que les causan algunas bebidas, las cuales deberían beberse con moderación y de preferencia evitarlas.

Se deben beber de 6 a 8 vasos de agua simple, y, por el contrario, nada de refrescos o bebidas gaseosas, ya que el organismo no los necesita.



DIGASAN
EN ACCIÓN
PROMOVIENDO
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

PLATO DEL BIEN COMER



Colocación del cinturón de seguridad en mujeres embarazada



SI



NO

CARNET PERINATAL

Historia Clínica Perinatal - Placenta - Puerperio

Antecedentes: Maternos, Perinatales, Actuales, Familiares, Sociales, Laborales, etc.

Examen físico: Estado general, Signos vitales, Tensión arterial, Frecuencia cardíaca, Frecuencia respiratoria, Temperatura, etc.

Exámenes de laboratorio: Hemograma, Perfil lipídico, Perfil tiroideo, Perfil de riesgo, etc.

Parto: Tipo de parto, Lugar de nacimiento, Condición al nacer, etc.

Neonato: Datos personales, Antecedentes, Examen físico, etc.

Puerperio: Evolución de la lactancia, Estado de ánimo, etc.

Anticoncepción: Métodos de planificación familiar.

Observaciones: Espacio para registrar otros datos relevantes.

HIGIENE CORPORAL EN LA GESTACIÓN



HIGIENE CORPORAL EN LA GESTACIÓN

