



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**APLICADO A UNA MUJER ADULTO JOVEN CON 30 SEMANAS
DE GESTACION BAJO EL ENFOQUE DE VALORACION
DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

BEATRIZ LILIANA DIAZ AMARO

CON NÚMERO DE CUENTA
9654561-8

ASESORA ACADÉMICA

MTRA. SANDRA SOTOMAYOR SANCHEZ



MEXICO, D.F. 2005

0349670



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A dios por permitirme vivir cada uno de los momentos en los que he vivido y he aprendido de la vida.

A mis padres por haberme permitido el existir en esta vida y dejarme ser lo que soy ahora, agradecimiento y cariño por su constante dedicación en mi formación profesional y personal, porque sin escatimar esfuerzo han sacrificado parte de su vida, en cada uno de sus hijos y que hasta ahora estan viendo los frutos que cosecharon sin tan siquiera esperarlos, gracias papas.

A mis hermanos por su apoyo y ternura.

A mi esposo, quien me brindo su amor y comprensión a lo largo de estos años y quién ha sido mi mayor motivación para mi crecimiento profesional y personal .

A mi hija mi pequeño gran tesoro quien con sus ojitos decía no te vayas y que sin pedir nada a cambio siempre me recibía con abrazos y besos cada vez que la dejaba, a ti mi pequeña motivación de la cual me tuve que privar para el logro de un sueño que esta concluyendo en estos momentos.

A la UNAM-ENEO y a los docentes por haberme facilitado los medios para la culminación de mis estudios profesionales.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo reesposional.
NOMBRE: Beatriz Liliana Díaz
Amalia
FECHA: 10-XI-05
FIRMA: [Firma]

INDICE

INDICE

PAG.

INTRODUCCION

CAPITULO I. ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA.

| | | |
|------|---|---|
| 1.1. | Concepto de Enfermería como Disciplina | 1 |
| 1.2. | Antecedentes Históricos de Enfermería. | 1 |
| 1.3. | Construcción Disciplinar en Enfermería. | 7 |

CAPITULO II. EL PROCESO DE ENFERMERÍA (MÉTODO DEL CUIDADO)

| | | |
|--------|---|----|
| 2.1. | Concepto del Proceso de Enfermería | 12 |
| 2.2. | Antecedentes Históricos del Proceso de Enfermería | 13 |
| 2.3. | Importancia del Proceso de Enfermería | 14 |
| 2.4. | Objetivos del Proceso de Enfermería | 17 |
| 2.5. | Características del Proceso de Enfermería | 17 |
| 2.6. | Etapas | 18 |
| 2.6.1. | Valoración | 19 |
| 2.6.2. | Diagnóstico | 19 |
| 2.6.3. | Planificación | 20 |
| 2.6.4. | Ejecución. | 21 |
| 2.6.5. | Evaluación | 21 |
| 2.7. | Modelo de Valoración de Virginia Henderson. | 22 |
| 2.7.1. | Referencias y Antecedentes Personales | 23 |
| 2.7.2. | Fuentes Teóricas | 25 |
| 2.7.3. | Aplicación de Datos Empíricos | 27 |
| 2.7.4. | Método Lógico | 28 |
| 2.7.5. | Supuestos Principales | 28 |

| | | |
|--------|--|----|
| 2.7.6. | Afirmaciones Teóricas | 31 |
| 2.7.7. | Aceptación por la Comunidad de la enfermería | 34 |

CAPITULO III. EMBARAZO

| | | |
|---------|--|----|
| 3.1. | Anatomía y Fisiología | 41 |
| 3.1.1. | Signos y síntomas de presunción | 41 |
| 3.1.2. | Signos y síntomas probables | 42 |
| 3.1.3. | Signos y síntomas positivos | 43 |
| 3.1.4. | Fisiología materna durante el embarazo | 43 |
| 3.1.5. | Cambios en el aparato reproductor | 44 |
| 3.1.6. | Cambios en la pared abdominal | 46 |
| 3.1.7. | Cambios en las mamas | 46 |
| 3.1.8. | Cambios metabólicos | 47 |
| 3.1.9. | Metabolismo del agua | 47 |
| 3.1.10. | Metabolismo proteínico | 48 |
| 3.1.11. | Metabolismo de carbohidratos | 48 |
| 3.1.12. | Metabolismo de las grasas | 49 |
| 3.1.13. | Alteraciones en el sistema cardiovascular | 49 |
| 3.1.14. | Alteraciones hematológicas | 50 |
| 3.1.15. | Alteraciones en las vías respiratorias | 51 |
| 3.1.16. | Alteraciones en vías urinarias | 52 |
| 3.1.17. | Alteraciones en vías digestivas | 52 |
| 3.1.18. | Alteraciones en el sistema endocrino | 52 |
| 3.1.19. | Alteraciones en los tegumentos | 53 |
| 3.1.20. | Alteraciones en sistema musculoesquelético | 54 |
| 3.1.21. | Pelvis | 54 |
| 3.2. | Valoración. | 56 |
| 3.3. | Exploración física | 59 |
| 3.4. | Valoraciones prenatales subsecuentes | 60 |
| 3.5. | Cambios psicológicos durante el embarazo. | 62 |
| 3.5.1. | Las fantasías | 63 |
| 3.5.2. | El trabajo psicológico | 64 |

| | | |
|---------|--|----|
| 3.5.3. | Cuando el embarazo se siente como una enfermedad | 64 |
| 3.5.4. | ¿Tres en dos? | 65 |
| 3.5.5. | El cuerpo y el sexo durante el embarazo | 67 |
| 3.5.6. | El sexo durante el embarazo | |
| 3.5.7. | La sexualidad y el parto | 68 |
| 3.5.8. | Los esposos y el sexo | 68 |
| 3.5.9. | Buscando nuevas posiciones | 69 |
| 3.5.10. | La necesidad de ser abrazada | 70 |
| 3.5.11. | Los padres durante el embarazo y el parto | 70 |
| 3.5.12. | Proporcionando apoyo | 71 |
| 3.5.13. | Los padres y el nacimiento | 71 |
| 3.5.14. | Acompañando al bebé | 72 |
| 3.5.15. | Lo que los padres pueden hacer | 72 |
| 3.5.16. | Las actitudes ambientales | 72 |

CAPITULO IV. ADULTO JÓVEN.

| | | |
|------|-------------------------------|----|
| 4.1 | Desarrollo intelectual. | 74 |
| 4.2 | Desarrollo moral | 76 |
| 4.3 | Desarrollo de la personalidad | 76 |
| 4.4 | Desarrollo físico | 78 |
| 4.5 | Desarrollo social, Amor. | 79 |
| 4.6 | Matrimonio | 80 |
| 4.7 | Sexualidad | 80 |
| 4.8 | Paternidad | 82 |
| 4.9 | Amistad | 83 |
| 4.10 | Trabajo: | 83 |

CAPITULO V. ACUERDO POR EL QUE SE CREA EL COMITÉ NACIONAL DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA.

84

**CAPITULO VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE
ENFERMERIA.**

| | |
|--|----|
| 6.1 Valoración de Enfermería | 91 |
| 6.2 Diagnóstico de Enfermería | 94 |
| 6.3 Plan de Atención de Enfermería | 94 |
| 6.4 Evaluación del Plan Atención de Enfermería | 94 |

VII. CONCLUSIONES.

VIII. SUGERENCIAS.

IX. BIBLIOGRAFIA.

X. ANEXOS

INTRODUCCION

La enfermería se ha constituido en una ciencia en las fases iniciales del desarrollo científico. Así enfermería se encamina a constituirse como disciplina científica y con identidad propia a partir de reconocer que el enfoque o el dominio de la disciplina de enfermería es el estudio del cuidado en la experiencia humana de la salud. Por tanto la enfermería es una disciplina científica, que está regida por criterios objetivos y medibles, que utiliza los métodos de la ciencia para asegurar una práctica rigurosa. En base a ello han sido elaborados diversos modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación.

Las atenciones proporcionadas a las familias en las que nace un niño, tienen como objetivo que cada embarazo de lugar a una madre, un niño; y por lo tanto, una familia saludable. Por lo que la ciencia ha avanzado para cubrir cada una de las necesidades de aquella madre o de aquel hijo que en su momento lo requiera. De tal modo la Profesión de enfermería ha sufrido cambios importantes en su disciplina, para llevar a cabo el cumplimiento de cada uno de los objetivos en el cuidado del paciente, basándose en un nuevo enfoque: "holístico"; haciéndolos cada vez más científicos. Por lo tanto, los cuidados enfermeros han tenido de igual manera que evolucionar para enfrentarse a las nuevas exigencias del mundo hospitalario actual, así como las implicaciones que tiene la ética profesional han hecho que la planificación de los cuidados sean de calidad. De tal manera que los cuidados se basan en un método científico que es el Proceso de Enfermería que es: un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del usuario (individuo, familia, o comunidad) o procesos vitales y alteraciones de la salud reales y potenciales. Por lo antes mencionado me he basado en este método científico enfermero para la aplicación de los cuidados a la señora con 30 semanas de embarazo con iniciales RBV, en el cual podremos valorar las 14 necesidades según el modelo de la enfermera Virginia

CAPITULO I. ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA

1.1 Concepto de Enfermería como Disciplina.

Es el arte y ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual, la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud (Doris Grisnpin; 1994)

Virginia Henderson fue una de las primera enfermeras en definir la enfermería. Cien años después de Nighttingale, Henderson escribió " la única función de la enfermera es asistir al individuo enfermo o sano, en la realización, de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o ayudar los a bien morir " que esté realizaría sin ayuda si tuviese lla fortaleza, voluntad o conocimiento para hacerlo, y lo hace de manera que lo ayude a recuperar su independendencia lo antes posible (Kozier;1994)

Enfermería, en general, se trata de la asistencia y cuidados de otro individuo. De modo más específico, la enfermería se refieres a los cuidados del enfermo y al trabajo relacionado con la prevención y la salud pública. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería, por lo general en la ayuda a los médicos, dentistas y otros profesionales sanitarios. En la mayoría del os países se considera la enfermería como profesión cualificada para la que se precisa un programa de formación previo al reconocimiento académico.

1.2 Antecedentes Históricos de Enfermería.

Para comprender la situación actual y el futuro del profesión enfermera, analizaremos, los orígenes de la actividad de cuidar. El origen de la actividad de cuidar, se vincula a la mujer desde el momento en que la vida aparece. La perpetuación de la especie a través de los cuidados a los niños, enfermos, ancianos, ha estado generalmente, en manos de la madre. La mujer descubre la práctica del cuidado para asegurar la satisfacción de las necesidades indispensables para el

mantenimiento de la vida: alimentación, higiene, reposo, consuelo, apoyo y educación. En cualquier texto relativo a la génesis de enfermería, se relaciona su historia con la historia de la mujer. Los cuidados aportados por el hombre con algunas excepciones, han sido dirigidos a la lucha contra la enfermedad: la medicina. Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir. (Catalina García; 2001)

Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre la necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo permitir que la vida continúe y se desarrolle y de este modo luchar contra la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie (Conesa 1995). Es decir que, durante millones de años los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran actos de cualquier persona que ayudara a otro a asegurarse todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo. La historia de los cuidados se perfila alrededor de los dos grandes ejes que originan las orientaciones, de las que una garantizará su predominio hasta el punto de absorber a otra, de suprimirla, intentando incluso desaparecerla. La primera orientación en la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos desde el principio de la historia de la humanidad: asegurar la continuidad de la vida del grupo y de especie, teniendo en cuenta los que es indispensable para suministrar las funciones vitales recursos energéticos, de ahí la necesidad de alimento, protección contra las inclemencias del frío o del calor por medio de ropa o de refugio, que dará lugar poco a poco al alojamiento (Figueroa; 1992).

Cuidar es por tanto mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo. Cuidar y vigilar

representa un conjunto de actos de vida, que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida en grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados todo esto ha proporcionado prácticas alimentarias, de vestimenta, prácticas de habitat, prácticas sexuales, que a su vez forjan formas de ser. Comprende mejor el pasado, permite entender el significado original y primordial de los cuidados: mantener, promover, y desarrollar todo lo que existe o queda de potencial de vida dentro de los seres vivos. Por tanto " cuidar de la vida " sigue siendo tan vital para los hombres de hoy día como para los de ayer ¿Quién asumirá esta función irremplazable de la que el mundo no podría prescindir? Esta vía esta abierta a la enfermería, que después de un siglo de profesionalización sigue buscando su identidad: la identidad de los cuidados de enfermería. La identidad de los cuidados de enfermería no puede seguir asimilada al rol de enfermería, o del enfermero, aunque surja a partir de una teoría. Solo se puede encontrar si centramos el acto de cuidar, que proponemos los usuarios, como algo diferente y complementario a los cuidados del médico. Los cuidados, de enfermería tienen y tendrán que seguir buscándose, igual que la vida de la que parten. Unos cuidados que sean convenientes para la vida, unos cuidados que desalientes vuelvan a dar sentido a la vida, tanto de los que reciben, como la de los que los administran. Unos cuidados que devuelvan al hombre su vida y su muerte desde el nacimiento sin violencia hasta la muerte elegida, permitiendo tanto a las personas cuidadas como a los cuidadores no callar su propia identidad, detrás de un rol, si no poder hacer que se reconozca y se afirme (Colliere;1999)

Para comprender la historia de la práctica de enfermería parece indispensable estudiarla y analizarla relacionándola con la historia de la mujer sanadora y de su evolución. La historia de las prácticas de los cuidados vividos y transmitidas por mujeres, más tarde condenadas y desaprobadas por la iglesia, explica desde su origen hasta nuestros días el proceso de identificación de su práctica curativa y ejercida por las mujeres en el sentido hospitalario no psiquiátrico y en dispensarios del pueblo y barrios, pasando hoy a denominarse " cuidados de enfermería ". Las

etapas de estas distintas formas de identificación de las prácticas de los cuidados aparecen en el modo siguiente:

- 1) Identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta el fin de la edad media, en la sociedad occidental.
- 2) Identificación de los cuidados de la (mujer)- consagrada, desde la edad media hasta finales del siglos XIX.
- 3) Identificación de los cuidados de la (mujer) – enfermera auxiliar del médico, desde el principio del siglo XX hasta finales de los años sesenta. A través de estas distintas formas de identificar los cuidados y anticipándose a los que después serán los cuidados de enfermería, podrá comprobar que hasta principios del siglo XX, el concepto que rige el papel de los que cuidan se basa en la primera de las dos orientaciones. Asegurar todo aquello que contribuye a mantener y a conservar la vida. Sin embargo, esta concepción inicial basada en todo lo que rodea a la fecundidad se modifica profundamente cuando sólo se dirige hacia la vida de los seres que sufren, los necesitados y los desheredados, sea cual sea su transformación, la concepción de los cuidados se encarna en las que proporciona hasta el punto de llegar a confundirse en ellos y convertirse en unos de los papeles establecidos. A principios el siglo XX hubo una verdadera bifurcación del concepto del cuidado dirigida a una corriente médica que vino a impregnar el concepto transmitido por las mujeres consagradas y a remodelar su función. Junto al modelo religioso se asocia el papel auxiliar médico, creándose así el papel de la mujer enfermera auxiliar del médico. (Figueroa;1992)

Al mismo tiempo es importante señalar el distinto papel jugado por las diversas concepciones acerca de la enfermedad y del enfermar, así como el valor otorgado en cada caso a los "elementos del cuidado" desde una perspectiva socioeconómica y religiosa en relación a los determinantes espacio – temporales del momento

histórico. Por su parte, los "elementos el cuidado " son capaces de establecer lazos con una totalidad histórica, en base a un sistema de referencia con la que se relacionan y articulan. En este sentido los cuidados e enfermería constituyen un hecho histórico, ya que en definitiva, los cuidados enfermeros son una constante histórica que desde el principio de la humanidad, surge un carácter propio e independiente. En este sentido, la significación histórica de los cuidados es tan obvia como la propia existencia del hombre, con tiempos de larga duración y estructuras profundas y estables sin relegar adaptaciones coyunturales oportunas.

Ahora bien, este planteamiento , aún siendo necesario no es suficiente, ya que por sí mismo no supondría conocimiento histórico enfermero alguno proporcionándonos tan solo una cierta seguridad casi intuitiva sobre nuestro pasado (Colliere,199). En este momento forma parte de nuestro "quehacer " como enfermeras el, intentar iluminar, a la luz de la historia, el "contenido propio" de nuestra disciplina tratando de extraer el significado que han tenido los cuidados, quien los ha proporcionado, como, donde, porque y paraque (Domínguez Alcón 1986). En conclusión: aprender nuestra existencia como pensadores y hacedores del cuidado de enfermería, en relación a un todo y a sus múltiples e interesantes interrelaciones (Conesa 1995).

Las investigaciones de enfermería se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir el cliente y su entorno. La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona. Durante este periodo, las enfermeras también han elaborado modelos conceptuales para precisar la practica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera (Kérovac1997). B legado que recogen las enfermeras del siglo XXI es decisivo para el futuro de enfermería .Trabajar en la definición de los tres interrogantes, que en la actualidad plantea el desarrollo de la disciplina:

1. Profundizar en el marco conceptual: La filosofía Enfermera.
2. Aplicar el método científico en la actividad diaria: B proceso de enfermería.
3. Desarrollar un lenguaje propio que permita la comunicación profesional: Los diagnósticos enfermeros. La única forma de conquistar la parcela independiente

de enfermería es recuperar la actividad profundamente gratificante que constituye el centro de la disciplina: Los cuidados (Almanza 1999). Siguiendo la evolución de disciplinas a fines e inspirándose en los modelos conceptuales propios de la disciplina, la enfermera modifica su lenguaje y su actitud: el paciente se vuelve cliente de quien se espera una colaboración en el tratamiento. Además el hecho de adoptar un proceso sistemático (recogida de datos clínicos, análisis e interpretación de datos, intervenciones de enfermería y evaluación) basado en un modelo conceptual. Transforma la actividad de la enfermera, que, desde entonces centra su interés hacia el ser humano considerado como un todo integrado en su contexto (Kérovac 1996). Por esta razón, sobre todo la enfermería busca identificarse como disciplina. Para que la ordenación sistemática y coordinada de sus conocimientos proyecte una explicación más completa y autónoma de la función y actividad enfermera y comprometa a los enfermeros / as en una práctica implicada en las prescripciones de un objeto específico de estudio. Así pues las concepciones teóricas enfermeras del siglo XX surge la necesidad histórica de proporcionar a la enfermera un estatuto disciplinar, desde las prescripciones de la filosofía de la ciencia.

Estas concepciones han sido elaboradas, desde los años 50, por mujeres pertenecientes al contexto universitario americano. Por lo que surge la necesidad de establecer un marco conceptual para los cuidados de enfermería a través de: a) Aislamiento de los factores, b) Las teorías de relación, c) Las teorías descriptivas.

Partiendo de una variedad de teorías que facilitan la explicación de los fenómenos en relación a los cuidados de enfermería, el siguiente paso es el proceso de construcción disciplinar, es el de su "correcta utilización" estipulando las relaciones cognoscitivas son aquellas que se derivan del conocimiento, en este caso el conocimiento enfermero, y las hipótesis son los postulados derivados de dicho conocimiento, que se convertirán en teorías o sistema de leyes con el fin de construir el conocimiento enfermero. De este modo, podremos organizar los conocimientos, desarrollar métodos propios y/o adoptar otras preexistentes, para desarrollar unas

técnicas apropiadas a la naturaleza de la enfermería que nos permita realizar una construcción disciplinar propia. Las teorías son conjeturas, hipótesis generales que permiten explicar fenómenos que a menudo sean sugeridos por hechos de la experiencia o por ciertos aspectos de otras teorías. Las teorías de enfermería se han intentado construir con el fin de apresar la naturaleza de los cuidados de enfermería, pero así mismo racionalizando, explicarlos, y dominarlos (Conesa 1995).

1.3 Construcción Disciplinar en Enfermería

La teoría aristotélica - escolástica del objeto formal y material sostiene que toda disciplina para ser considerada como ciencia debe poseer un objeto material de conocimiento, así como, un cuerpo propio de saberes referentes al objeto de estudio, que se denomina objeto formal. Las ciencias humanas tienen su objeto material en el hombre, es decir, todas tienen al hombre como objeto de estudio. La diferencia (entre ellas) estriba en los diferentes enfoques, puntos de vista o perspectivas que cada una usa para estudiarlo, conocerlo y explicarlo. En función de esos enfoques y de los modos (métodos de investigación) de obtener conocimiento surge el objeto formal de conocimiento, que en cada una de ellas es diferente. La diferencia entre objeto formal y objeto material se funda, por tanto, en la diferencia entre lo conocido en cuanto conocido y el objeto de conocimiento. Así, aparece "la cultura" como el objeto formal de la antropología, "la enfermedad" el de la medicina, "el comportamiento" de la psicología, etc. Todo objeto formal (corpus de conocimiento) se constituye así en manifestación de la vida humana.

Cabría ahora preguntarse si la Enfermería puede ser considerada como una disciplina científica esto es, si posee un objeto material y formal de conocimiento. Es decir, ¿cuál es la base de conocimientos específica de la enfermería como disciplina y que la diferencia del resto de disciplinas relacionadas con la salud? ¿Posee la enfermería un objeto de conocimiento particular? ¿Cuál es el punto de vista distintivo desde el que la enfermería estudia al hombre? En síntesis nos preguntamos por la naturaleza, límites, y validez del saber sobre el cuidado.

Hoy es universalmente aceptado que el Cuidado es el objeto material de la disciplina enfermera.

Hoy día se constituye como el foco central de la Enfermería como disciplina (Rizzo Parse, 1980) y como práctica profesional (Koldjeski, 1990). Es un lugar común en el discurso enfermero que el cuidado es el objeto central y único que caracteriza a la Enfermería (Bauer, 1990; Benner y Wrubel, 1989; Tanner, 1990; Phillips, 1993; Paterson, 1994), incluso frecuentemente se usa como sinónimo de aquella. Es un constructo que engloba todas las actividades que las enfermeras llevan a cabo en su acción profesional (Watson, 1985) Se asocia de manera universal con la práctica de la Enfermería y designa la contribución específica y única que las enfermeras realizan en los sistemas de salud. (Gaut, 1983)

En Enfermería, históricamente hablando, han existido, en primer lugar, una serie de fenómenos humanos que adoptaron la forma de actividades orientadas al cuidado de los otros, procedimientos, métodos más o menos complejos y dependientes del contexto social, cultural e histórico en el que se inscribían, que trataban de desarrollar la tendencia instintiva de la especie humana hacia la protección y ayuda entre sus miembros y que hoy denominamos Cuidados profesionales enfermeros (objeto material de la Enfermería). En el momento histórico en el que aparece la conciencia de esos procesos, se inicia el desarrollo de una reflexión de carácter teórico acerca de los mismos. En esos momentos se están generando, con más o menos rigor, con mayor o menor nivel de formalización, enunciados normativos, reglas, normas y procedimientos, orientados a la prescripción de los actos de cuidado; normas que suponían el conocimiento del que hace. Se trataba de lo que hoy denominaríamos Teoría del Cuidado (objeto formal de la Enfermería). Por último, y coincidiendo con la toma de conciencia por parte de amplios sectores de la comunidad de investigadores que se dedican al estudio y desarrollo de la Teoría del cuidado, de que el entendimiento de cómo se desarrolla el conocimiento y de cómo es acumulado y aprobado por la Ciencia, es esencial para el desarrollo y progreso de

cualquier campo, se inician discursos y reflexiones de carácter metateórico; no se trata ya de pensar qué es y cómo se realiza el acto de cuidar, algo de lo que se ocupa la 'Teoría del Cuidado' sino, más bien, de iniciar una teorización acerca de la naturaleza, los límites y la validez del conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de los fenómenos -de enfermería-, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos, discursos y reflexiones que constituyen lo que actualmente denominamos. Epistemología de la Enfermería. Entre estos tres ámbitos, existe una relación de conocimiento: cada uno de ellos toma al anterior como objeto de conocimiento. Lo que creemos importante destacar es que es imprescindible fundamentar y justificar epistemológicamente una disciplina para que su objeto quede bien articulado y delimitado.

Esta estructura tripartita de la Enfermería es útil para tomar conciencia que la Disciplina de Enfermería está relacionada pero es diferente de la Práctica del Cuidado. Sin embargo, en la literatura y lenguaje enfermeros se usa la misma palabra (Enfermería) para designar la acción de cuidar y el conjunto de saberes o de investigaciones sistemáticas acerca de los significados y procesos de esa práctica.

Es por ello que, en ocasiones, cuando se utiliza el término Enfermería es difícil discernir si se está hablando de las Teorías que intentan articular y revelar el significado de la práctica o de la actividad de cuidar misma.

Desde esta perspectiva toda Teoría del Cuidado aspiraría a revelar la estructura de significados que subyace en las prácticas del cuidado. Del desarrollo de esa Teoría se ocuparía la disciplina Enfermera que estaría orientada a la comprensión, transformación y desarrollo de las prácticas de los cuidados.

Cabe puntualizar, a modo de síntesis, que cuando pensamos nuestra disciplina, la naturaleza de su conocimiento y sus métodos desde los planteamientos expresados más arriba, advertimos que la Enfermería no es una Ciencia en el sentido de

aquéllas que discuten Popper, Khun, Lakatos, sino más bien una combinación de saber teórico y conocimiento práctico, que al igual que el resto de Ciencias Sociales y/o de la Salud, reclama una perspectiva filosófica y epistemológica propia, más preocupada por el mejoramiento humano o utilidad práctica del conocimiento, que por el rigor en su producción. Se acepta hoy día que la Teoría del Cuidado debe utilizar métodos de indagación que tengan en cuenta la naturaleza práctica de la acción de cuidar y que serán, en cualquier caso, distintos a aquellos fundados en las asunciones de las Ciencias Naturales. Las Teorías de las Ciencias Naturales y de las Humanas son ontológica y epistemológicamente diferentes. Las primeras se dirigen al saber en tanto que conocimiento y las segundas a la articulación y desarrollo de la práctica. Si las ciencias naturales utilizan la teoría para conocer y explicar los objetos naturales, las ciencias humanas usan la teoría para articular las prácticas del mundo de la vida, el cual, posee finalidades extracientíficas.

Por otra parte, el rango o estatus epistémico no se obtendrá por la similitud del método de producción de conocimiento que emplee la Enfermería con el Método Científico de las Ciencias Naturales, ni por su ubicación en uno u otro grupo de Ciencias (de la Salud, Sociales, Humanas) sino más bien por la naturaleza de las verdades que establezca y el modo de obtenerlas.

En la actualidad la producción simbólica en el campo enfermero denota una gran vitalidad. En estos últimos años han emergido una gran variedad de discursos científicos sustentados en una pluralidad de posiciones epistemológicas y nuevas perspectivas de investigación. En el contexto disciplinar de la Enfermería y en las dos últimas décadas, hemos asistido al surgimiento de una diversidad de posiciones epistemológicas y racionalidades, aparecidas sobre todo, como oposición frontal a la epistemología positivista dominante en el ámbito de la salud, surgida tras la explosión tecnocrática y empirista de los años 60. Diferentes enfoques y tendencias han ido apareciendo y se han ido articulando en alguno de los tres "macro marcos teórico-ideológicos" que han venido a denominarse Paradigmas o estructuras de

racionalidad. Hoy día, el saber enfermero se caracteriza por una aceptación de la diversidad epistemológica y la pluralidad metodológica.

Un título universitario terminal y de primer ciclo o segundo ciclo no parece la estructura académica más adecuada para acceder a una razonable comprensión de ese campo conceptual, de su riqueza y complejidad teórica y de su densidad epistemológica. (Departamento de Enfermería,2002.)

Enfermería por fuerza intrínseca se ha constituido en una ciencia en las fases iniciales del desarrollo científico. Así enfermería se encamina a constituirse como disciplina científica y con identidad propia a partir de reconocer que "el enfoque o el dominio de la disciplina de enfermería es el estudio del cuidado en la experiencia humana de la salud" (Esteban 1999). El núcleo de la disciplina enfermera, su objetivo es el cuidado de la persona que vive experiencias de salud, en continua interacción con su entorno. Una disciplina científica regida por criterios objetivos y medibles que utiliza los métodos de la ciencia para asegurar una práctica rigurosa. Su objetivo es desarrollar los conocimientos teóricos y metodológicos que servirán para definir y guiar la práctica. Actualmente existe un consenso general en considerar que los conceptos centrales que marcan la perspectiva única de nuestra disciplina, el metaparadigma de la enfermería son: la salud el entorno, la persona, el cuidado. La definición de estos elementos y sus interrelaciones, configuran el modelo, la filosofía que orienta la enfermería, están sujetos a las aportaciones que desde otros campos del saber, van transformando formas de pensamiento. Además es casi difícil, casi imposible, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución. En esta óptica parece oportuno situar las grandes corrientes de pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina enfermera. Kérovac y colaboradores en el "pensamiento enfermero" plantean las grandes corrientes de pensamiento, o maneras de comprender el mundo llamados "paradigmas" por Kuhn y Copra. Estos pensadores han precisado tres paradigmas dominantes del mundo occidental que han influido en todas las disciplinas enfermería. Se trata de orientaciones hacia la salud pública, la

enfermedad, la persona y la apertura hacia el mundo. Las orientaciones hacia la persona se caracterizan por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta a la disciplina médica. (Departamento de Enfermería,2002)

CAPITULO II. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 Concepto.

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del cliente o los problemas reales o potenciales de la salud (Iyer 1997). El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería. El proceso de enfermería es cíclico: es decir sus elementos integrales siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos (Kozier;1999). El método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del usuario (individuo, familia.o comunidad) o procesos vitales y alteraciones de la salud reales y potenciales.

Sistemático y organizado: sigue un orden lógico y sus etapas están interrelacionados.

Cuidados individualizados: partiendo de la concepción de unicidad de la persona, de los múltiples factores individuales que hacen único e irrepetible a cada ser humano.

Procesos vitales/ alteraciones de la salud reales y potenciales: respuestas individuales al embarazo, nacimiento.envejecimiento muerte, o problemas que se pueden resolver o prevenir (Almanzan;1999)

enfermedad, la persona y la apertura hacia el mundo. Las orientaciones hacia la persona se caracterizan por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta a la disciplina médica. (Departamento de Enfermería,2002)

CAPITULO II. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 Concepto.

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del cliente o los problemas reales o potenciales de la salud (Iyer 1997). El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería. El proceso de enfermería es cíclico: es decir sus elementos integrales siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos (Kozier;1999). El método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del usuario (individuo, familia.o comunidad) o procesos vitales y alteraciones de la salud reales y potenciales.

Sistemático y organizado: sigue un orden lógico y sus etapas están interrelacionados.

Cuidados individualizados: partiendo de la concepción de unicidad de la persona, de los múltiples factores individuales que hacen único e irrepetible a cada ser humano.

Procesos vitales/ alteraciones de la salud reales y potenciales: respuestas individuales al embarazo, nacimiento, envejecimiento, muerte, o problemas que se pueden resolver o prevenir (Almanzan;1999)

2.2 Antecedentes Históricos del Proceso de Enfermería.

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases. La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se desiacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso.

Aunque el Proceso de Enfermería está siendo utilizado por las enfermeras desde hace dos décadas, ha sido en los últimos 5-10 años que se ha experimentado un enorme desarrollo. Linda Carpenito, señala que la maestría y eficiencia de la actuación de enfermería dependen de la utilización exacta del Proceso de Enfermería, así mismo complementa que una enfermera experta en esta técnica de solución de problemas puede actuar con habilidad y éxito con sus clientes en cualquier escenario donde se desarrolle su práctica.

En la actualidad existen diversas publicaciones sobre el Proceso de Enfermería que muestran diferentes enfoques de su aplicación, pero son escasos los que profundizan en cada una de sus etapas.

Del PE se habla continuamente pero se utiliza poco. En nuestro medio por ejemplo, las facultades de enfermería del país lo enseñan teóricamente y lo aplican parcialmente en las prácticas a usuarios hospitalizados delimitándolos por grupos o

divisiones por ciclo vital humano. Dentro de estas rotaciones los estudiantes elaboran planes de atención con base en el proceso; sin embargo, el poco tiempo dedicado a las prácticas dificulta la ejecución de esas actividades creando en ocasiones sentimientos de frustración al no poder ejecutar su plan.

El Proceso de Enfermería ha sido legitimizado como el marco de la práctica de enfermería. La ANA lo utilizó como directriz para el desarrollo de la práctica de Enfermería.

En Estados Unidos el PE se ha incorporado en el marco conceptual de la "mayor" de planes de estudio de enfermería, también se ha incluido en la mayoría de las leyes de la práctica de enfermería. Recientemente los exámenes estatales de licenciatura fueron revisados para comprobar las capacidades de los aspirantes a licenciados en enfermería de utilizar los pasos del Proceso de Enfermería.

2.3 Importancia del Proceso de Enfermería

Enfermería como profesión prestadora de servicios de salud, es sensible a las demandas de calidad por parte del usuario, aún así el profesional de enfermería debe involucrarse en la parte de calidad en relación con la restricción de costos convirtiendo el Proceso de Enfermería en un instrumento para que la enfermera evalúe constantemente la calidad del cuidado que se presta. Esto significa que se necesita hacer un cálculo de los recursos necesarios sin dejar de lado el tiempo estipulado para la prestación del cuidado, es decir el empleo del Proceso de Enfermería evita duplicaciones u omisiones que representarían una mayor cantidad de gastos innecesarios por falta de planeación. ([File:///a:/pae.htm](#))

Es importante comprender que el uso de normas no obligan a que la utilización del proceso dé por resultado una forma específica del plan de atención, por el contrario éste depende del ambiente clínico en que se desempeñe el profesional.

El Proceso de Enfermería además de cumplir con las normas de la práctica de enfermería le proporciona al profesional otras ventajas como son :

Grado en una escuela acreditada: es necesario aprenderlo y aplicarlo en la forma correcta en el ejercicio profesional. Este punto se refiere a la responsabilidad que tiene cada enfermero de aplicar el proceso para obtener mayor acreditación y cuando ejerza su profesión.

Confiabilidad: con relación al cuidado del paciente permite saber cuáles son los problemas específicos, las metas, el cómo y cuándo pueden ser ejecutadas de la mejor manera posible.

Satisfacción en el trabajo: los planes de cuidado adecuados incrementan en gran medida las oportunidades de una resolución exitosa de los problemas de salud generando en el profesional un sentimiento de orgullo y satisfacción personal y laboral.

Crecimiento profesional: compartir el conocimiento y la experiencia con otros colegas permite un intercambio con aquellos que se encuentran en la fase de adquisición de experiencia mediante la retroalimentación de resultados y evaluación de los mismos.

Ayuda para la asignación de pacientes los planes de atención ayudan a la asignación de pacientes por parte de docentes, estudiantes y profesionales teniendo como base el grado de complejidad, aumentando así el nivel de experiencia.

Empleo en un hospital: si el hospital está ejecutando el proceso es él quien evaluará el conocimiento acerca de éste y determinará o no la contratación.

También proporciona ventajas para el paciente:

Continuidad en la atención: el enfermo no tiene que seguir repitiendo sus inquietudes a cada uno de los profesionales que lo asisten pues el plan de cuidado proporciona esta información.

Calidad de atención: la entrevista de ingreso realizada por el enfermero permite la elaboración de un plan de atención que servirá como guía para otros enfermeros y estudiantes. La evaluación y revisión continuas aseguran un nivel de atención de acuerdo con la situación de salud del individuo.

En los hospitales las enfermeras comparten el cuidado de un paciente las 24 horas. Cada enfermera proporciona un cuidado, pero es necesario tener un plan que permita coordinar el esfuerzo de todas, con más organización y continuidad en los cuidados.

Los nuevos profesionales son los encargados de promover, aplicar y evaluar los beneficios o dificultades que el proceso les ocasione y así decidir si se continúa por el mismo camino o si hay que cambiar de método. Teniendo en cuenta la demanda de calidad y de restricción de costos es necesario proporcionar nuevas estrategias para el cuidado de enfermería. Una de estas corresponde al manejo de caso. Este es un sistema en el cual el plan de cuidado de enfermería y el de cuidados médicos se combinan en un documento, proporcionando atención de calidad en términos de costo. Zander en 1988 denomina este planteamiento como "La segunda generación de planes de enfermería."

En este sistema médicos y enfermeras expertos colaboran para desarrollar un plan de manejo de caso. Este procedimiento se denomina Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR). Estos planes enumeran atenciones y objetivos para cada día de hospitalización. De este proceso pueden generarse diagnósticos generales de enfermería para la atención conjunta de aproximadamente el 75% de usuarios con un diagnóstico médico específico. El otro porcentaje se dirige hacia la individualidad del paciente sin dejar la identidad como enfermero y sin delegar la responsabilidad de la valoración del paciente puede entonces decirse que para varias situaciones problema existen diagnósticos de enfermería similares.

El Proceso de Enfermería fomenta la innovación y creatividad a la hora de solucionar los problemas de atención de enfermería. Esto evita el aburrimiento que podría deberse a un enfoque repetitivo orientado a una tarea.

2.4 Objetivos del Proceso

Su finalidad es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades reales y potenciales del mismo, organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas, y llevar acabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir estas necesidades.(Phaneuf, Margot;1999)

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se pueda cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad (Kozier; 1994)

2.5 Características del Proceso de Enfermería.

El proceso de enfermería" proporciona un método para que las enfermeras utilicen sus conocimientos teóricos y prácticos y para prestar sus servicios a los seres humanos," así como para ayudar a los clientes a satisfacer sus necesidades sanitarias (Wilkinson 1992). El proceso de enfermería se caracteriza por unas propiedades exclusivas que le permitan responder a los cambios que sufre el estado de salud del cliente. Así el proceso de enfermería es cíclico, dinámico más que estático (Kozier 1999).

Sistemático: Porque consiste en la utilización de un enfoque organizado por conseguir su propósito. Este método premeditado favorece la calidad de la enfermera y evita los problemas asociados de la intuición y prestación de la asistencia tradicional.

Dinámico: Se trata de un proceso continuo enfocado a las respuestas cambiantes del cliente que se identifican a través de la relación entre el profesional de enfermería y el cliente la familia y otros profesionales sanitarios. Este componente asegura la individualización de la atención del cliente.

Interactivo: La naturaleza interactiva del proceso de enfermería se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el cliente, la familia y otros profesionales sanitarios. Este componente asegura la individualización de la atención del cliente.

Flexibilidad: El proceso se puede demostrar en dos contextos: Se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.

El proceso de enfermería se utiliza con mayor frecuencia de forma consecutiva, sin embargo, el profesional de enfermería puede utilizar más de una etapa a la vez. Por ejemplo, al mismo tiempo que ejecuta el plan de cuidados, el profesional de enfermería puede evaluar su eficacia. Finalmente, el proceso de enfermería tiene una base teórica. El proceso se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos incluyendo las ciencias y humanidades, se pueden aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería (W. Lyer; 1997).

2.6 Etapas del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación de los resultados. Estas etapas constituyen el planteamiento para resolver los problemas, agrupando las funciones intelectuales, en un intento de definir las actividades que desarrolla una enfermera (W. Lyer 1997).

2.6.1 Valoración

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, sus actividades se centran en la atención de información relacionada con el cliente/ familia o comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería (W.Iyer1997). La filosofía, la experiencia y la habilidad de la enfermera son determinantes en el tipo de información que debe ser completa sistemática pues de su exactitud depende la exactitud de las demás etapas del proceso (Phaneuf;1999).

2.6.2 Diagnóstico

El diagnóstico de enfermería es el juicio que define un problema identificado por la enfermera de forma independiente. Al diagnóstico llegamos tras analizar e interpretar los datos recogidos durante la valoración. En esta fase se identifican los problemas reales y potenciales del paciente y sus causas. En esta fase los datos recogidos en la valoración son analizados e interpretados minuciosamente. El diagnóstico es un proceso cuyo resultado es formular o hacer un diagnóstico de enfermería. En esta fase la enfermera ordena, reúne, y analiza los datos y pregunta: ¿Cuáles son los problemas de salud reales y potenciales del cliente que exigen la ayuda de la enfermera? Y ¿Qué factores contribuyen a este problema?. Al responder estas preguntas se obtienen los diagnósticos enfermeros (Kozier1999). Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería, que ejecuta y se evalúa. (W. Iyer 1997). La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo, de bienestar, las cuales se definen del siguiente modo:

- a. Diagnóstico real: Es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad. El diagnóstico enfermero presenta diferentes tipos de situaciones, están aquellas en las que el problema es actual y las manifestaciones son observables (W. Iyer 1997).
- b. Diagnóstico de alto riesgo: Es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación igual o similar. Los diagnósticos de alto riesgo incluyen factores de riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias) que guían las situaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema (W. Iyer 1997).
- c. Diagnóstico de bienestar: Es un juicio clínico sobre un individuo, una familia una comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar 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 contiene factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se pueda lograr un nivel funcional más elevado si se desea o es capaz (W. Iyer 1997).

2.6.3 Planificación

En la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas.

- 1) Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
- 2) Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar problemas.

- 3) Escribir las actuaciones de enfermería, que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
- 4) Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados (W. Iyer1997). La planificación comprende una serie de pasos con los que la enfermera y el cliente sientan prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados del cliente. El resultado final de las fases de planificación es la redacción de un plan de cuidados que se emplea para coordinar la asistencia prestada por todos los miembros del equipo (Kozier1999).

2.6.4 Ejecución

La ejecución consiste en la puesta en práctica del, plan de cuidados de enfermería. Durante la ejecución, la enfermera pone en marcha las medidas de enfermería prescritas o delega la atención a otra persona adecuada.

Esta fase termina cuando la enfermera registra los cuidados prestados y las respuestas del cliente (por ejemplo las observaciones de enfermería sobre la evolución del paciente (Kozier 1999). Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente o su familia. El profesional de enfermería continuará recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención del cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que pueda utilizarse como instrumento para evaluar la eficacia del plan (W. Iyer 1997).

2.6.5 Evaluación

La última fase del proceso de enfermería es la evaluación se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería. En este comentario se ha separado el proceso de enfermería en cinco fases diferentes. En la práctica real, es posible que no siempre se termine una fase antes de pasar a la siguiente, por ejemplo si los datos de valoración preliminares determinan que el cliente presenta dificultades para respirar, es muy posible que tenga que, suministrar oxígeno antes de completar el resto de la valoración. Sin embargo las fases del proceso están interrelacionadas y son interdependientes. Los datos de la evaluación ofrecen información para las fases de diagnóstico y de planificación (W.Iyer 1997). Con la evaluación se cierra el proceso, pero es una actividad que, como la valoración, esta presente en todas las intervenciones que realiza la enfermera. Su importancia reside en el hecho de que es fundamental para saber qué hacemos, que no hacemos, porqué, y como lo hacemos (Alfaro; 1995).

2.7 MODELO DE VALORACIÓN DE VIRGINIA HENDERSON

2.7.1 Virginia Henderson

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.(Fernández Ferrín;1998)

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el

conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible " .

2.5.1 Referencias y Antecedentes Personales

Virginia Henderson nació en 1897. siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri, pasó su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D.C. En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting

Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde en el Teachers College de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B.S. y M. A. En la rama de enfermería. En 1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester. Nueva York. Regresó al Teachers College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.

Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora. En los años en que fue profesora del Teachers College reescribió la cuarta edición de Textbook of the Principles and Practice of Nursing, de Bertha Harmer, publicado en 1939. La quinta edición de este texto apareció en 1955 y contenía la definición de enfermería de la propia Henderson. Esta autora tuvo relación con la Universidad de Yale ya en los primeros años de la década de 1950 y aportó una valiosa colaboración para la investigación en enfermería a través de esta asociación. De 1959 a 1971, Henderson dirigió el proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por Yale. El Nursing Studies Index se diseñó como

un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 a 1959. Al mismo tiempo, fue autora o coautora de otros destacados trabajos. En 1960, se publicó su folleto *Basic Principles of Nursing Care* para el *International Council of Nurses*, que fue traducido a más de 20 idiomas. Como fruto de la colaboración con Leo Simmons durante cinco años editó una encuesta nacional sobre la investigación en enfermería que se publicó en 1964. En su obra *The Nature of Nursing*, editada en 1966, se describe su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería. Este libro fue impreso en 1991 por la *National League for Nursing*. La sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing*, publicado en 1978, fue elaborada por Henderson y Gladys Nite y editada por la primera. Este texto ha constituido parte del programa de estudios de diversas escuelas de enfermería, habiéndose traducido sus textos clásicos a más de 25 idiomas. A lo largo de la década de 1980, Henderson permaneció en activo como asociada emérita de investigación en Yale. Sus conclusiones y su influencia en esta profesión la han hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales honoríficos y del primer premio *Christiane Reimann*. También recibió el premio *Mary Adelaide Nutting* de la *National League for Nursing* de los Estados Unidos y fue elegida miembro honorario de la *American Academy of Nursing*, de la *Association of Integrated and Degree Courses in Nursing*, Londres, y de la *Royal College of Nursing* de Inglaterra. En 1983, recibió el premio *Mary Tolle Wright Founders* de la *Sigma Theta Tau International* por su labor de liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad. En la convención de 1988 de la *American Nurses Association (ANA)*, recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida. (Tomey Marriner;2000)

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo. Henderson se convirtió en una leyenda viva, por lo que la biblioteca de enfermería internacional de *Sigma Theta Tau* fue bautizada con su nombre. En este sentido es comprensible que la noticia de su fallecimiento se conociera rápidamente en toda la comunidad de esta disciplina, transmitida por Internet. Halloran escribió sobre ella: «La

señorita Virginia Avenel Henderson significó para el siglo XX lo que Florence Nightingale para el XIX. Las dos escribieron una extensa obra de amplia resonancia mundial» (Internet, 21 de marzo de 1996)

2.7.2 Fuentes Teóricas

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de *The Principles and Practice of Nursing*, de Harmer y Henderson. Hubo tres factores decisivos que la llevaron a compilar su propia definición de enfermería. En primer lugar, en 1939 había revisado *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* e identificó este texto con su trabajo como una fuente que la permitió darse cuenta de «la necesidad de aclarar la función de las enfermeras. (Tomey Marriner, 2000)

Un segundo factor determinante fue su participación como miembro del comité de la conferencia regional del National Nursing Council en 1946. Su trabajo dentro del comité fue incluido en el informe de 1948 de Esther Lucille Brown, *Nursing for the Future*. Henderson señaló que aquel informe reflejaba «su punto de vista modificado por las opiniones de otros miembros del grupo». Finalmente, Henderson se interesó por los resultados de cinco años de investigación de la asociación ANA sobre la función de la enfermera y no se mostró completamente satisfecha con la definición que adoptó al respecto dicha asociación en 1955.

Henderson calificaba a su trabajo más de definición que de teoría, ya que las teorías no estaban en boga en aquellos tiempos. Describió su interpretación de la enfermería como una «síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas»

En *The Nature of Nursing*, indica las siguientes fuentes de influencia en sus primeros trabajos dentro de la enfermería.

a) Annie W. Goodrich

Goodrich fue decana de la Escuela de Enfermería del Ejército en la que Henderson

recibió su formación básica como enfermera, y constituyó una fuente de inspiración para ella. Henderson recordaba que «siempre que visitaba nuestra clase, exaltaba nuestras reflexiones por encima de la técnica y el trabajo rutinario». Asimismo atribuía a Goodrich «mi primera discrepancia con el cuidado de pacientes reglamentario en el que participé y con la idea de enfermería como un mero complemento de la medicina». (Tomey Marriner, 2000)

b) Caroline Stackpole

Stackpole era profesora de filosofía en el Teachers College, de la Universidad de Columbia, cuando Henderson era estudiante universitaria. Fue ella quien imprimió en Henderson la idea de la importancia de mantener el equilibrio fisiológico

c) Jean Broadhurst

Broadhurst era profesora de microbiología en el Teachers College. Henderson aprendió de ella la importancia de la higiene y la asepsia. (Tomey Marriner, 2000)

d) Dr. Edward Thorndike

Thorndike trabajaba como psicólogo en el Teachers College e investigaba sobre las necesidades básicas de los seres humanos. Henderson se dio cuenta de que la enfermedad es «algo más que un estado patológico» y que las necesidades básicas no se satisfacen, en su mayoría, en los hospitales. (Tomey Marriner, 2000)

e) Dr. George Deaver

Deaver era médico en el Institute for the Crippled and Disabled y, más tarde, en el Bellevue Hospital. Henderson observó que el objetivo del esfuerzo de rehabilitación en el instituto era recuperar la independencia del paciente. (Tomey Marriner, 2000)

f) Bertha Harmer

Harmer, una enfermera de origen canadiense, fue la autora original del *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, que Henderson revisó. Aunque no llegaron a conocerse personalmente, las coincidencias entre sus visiones de la enfermería eran evidentes. La definición que propuso Harmer en 1922 comienza diciendo que «la enfermería se arraiza en las necesidades de la humanidad»(Tomey Marriner,2000)

g) Ida Orlando

Henderson señaló que Orlando había influido mucho en su idea sobre la relación existente entre la enfermera y el paciente. Según sus propias palabras, «Ida Orlando (Pelletier) me ha hecho darme cuenta de lo fácil que es para una enfermera equivocarse al valorar las necesidades del paciente cuando no contrasta con él su interpretación de dichas necesidades» (Tomey Marriner,2000)

2.7.3 Aplicación de Datos Empíricos.

Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería. Su formación en estas áreas data de su relación con Stackpole y Thorndike durante sus estudios universitarios en el Teachers College.

En su curso de psicología, Stackpole tomó como base la declaración de Claude Bernard en que afirmaba que para conservar la salud hay que mantener constante la linfa que rodea a la célula. A partir de esta idea, Henderson supuso que «una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico». A partir de la teoría de Bernard, Henderson también adquirió un conocimiento sobre la medicina psico-somática y su relación con la enfermería. Describió su punto de vista con las siguientes palabras: «Era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares»

Henderson no identificó las teorías exactas que apoyaba Thorndike, sino que sólo indicó que se referían a las necesidades básicas de los seres humanos. En los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por Abraham Maslow. Sin citar a Maslow como influencia directa, Henderson describió su teoría de la motivación humana en la sexta edición de *Principles and Practice of Nursing Care*, de 1978. (Tomey Marriner,2000)

2.7.4 Metodo Lógico

Henderson aplica aparentemente una forma deductiva de razonamiento lógico en el desarrollo de su definición de enfermería. Dedujo esta definición y las 14 necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos. Los supuestos de la definición de Henderson deben estudiarse con el fin de valorar su concordancia lógica. Muchos de los supuestos tienen validez por su gran coincidencia con las publicaciones y las conclusiones de investigación de científicos de otras disciplinas. Por ejemplo, las 14 necesidades básicas que señala se corresponden íntimamente con la clasificación de las necesidades humanas ampliamente aceptada, aunque Henderson confeccionó su relación antes de leer el trabajo de Maslow.

En su obra *To Be a Nurse*, Evelyn Adam analiza la obra de Henderson valiéndose de un esquema diseñado por Dorothy Johnson. Adam resume en su trabajo los supuestos de Henderson, sus valores, el objetivo de la enfermería, el paciente, la función de la enfermera, el grado de dificultad, la intervención y las consecuencias deseadas. (Tomey Marriner,2000)

2.7.5. Supuestos Principales

Virginia Henderson no citó directamente cuáles eran los supuestos más señalados que incluía en su teoría. De sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos:

a) Enfermería

Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.

Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.

Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado. [Henderson subrayó que la enfermera, por ejemplo una comadrona, puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así si es la persona sanitaria mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere. Henderson resalta especialmente este punto en la sexta edición de Principles and Practice of Nursing.]

Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.

Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería (Marriner, Tomey;2000)

b) Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

(Marriner, Tomey;2000).

C) Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados. (MARRINER, Tomey;2000).

d) Salud:

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

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

Causas de la dificultad: Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, se agrupan en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza: Se interpreta por fuerza no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual estará determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc
2. Falta de conocimiento: Relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad: la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles. (Fernández Ferrín;1998)

3. Falta de Voluntad: Entendida como incapacidad o limitación de la persona, para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.
4. La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas como pueden dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deberían ser valores para la planificación de las intervenciones correspondientes. (Fernández Ferrín;1998).

2.7.6. Afirmaciones Teóricas.

La relación enfermera-paciente

Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independiente: 1) la enfermera como una sustitua del paciente, 2) la enfermera como una auxiliar del paciente y 3) la enfermera como una compañera del paciente. En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un «sustituto de las carencias del paciente para ser 'completo', 'íntegro' o 'independiente' debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento». Henderson reflejó este punto de vista al declarar que la enfermera «es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiado débiles o privados del habla, etc.». (Marriner, Tomey;2000)

Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que «Independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma».

Como compañeros, la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico, la posición social o cultural y la capacidad física e intelectual. (Marriner, Tomey;2000)

La enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirmaba que la enfermera «debe meterse en la piel de cada paciente para conocer cuáles son sus necesidades». Luego, debe contrastarlas con él. (MARRINER, Tomey;2000)

La enfermera puede modificar el entorno siempre que lo considere indispensable. Henderson opinaba que «en cada situación, las enfermeras que conocen las reacciones psicológicas y fisiológicas a la temperatura y la humedad, la luz y el color, la presión, los olores, el ruido, las impurezas químicas y los microorganismos, pueden organizar y aprovechar al máximo las instalaciones disponibles».

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente «lo más normal posible». Otro de los fines importantes para una enfermera es favorecer la salud. Henderson señalaba que «se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender cómo mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que la ayuden en los momentos de crisis».(MARRINER, Tomey;2000)

A. La relación enfermera-médico.

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencia! formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson re-

marcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, ya que «cuestionaba la filosofía de que los médicos dan órdenes a los pacientes y a los empleados sanitarios». Yendo más allá, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos. Asimismo, indicaba que muchas de las funciones de la enfermera y el médico se solapan.

B. La enfermera como miembro del equipo sanitario.

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas. Henderson recordaba que «ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de su función especializada».

Henderson comparaba a todo el equipo médico, incluyendo al paciente y a su familia, con las porciones de una tarta. El tamaño de cada parte destinada a un miembro del equipo depende de las necesidades reales del paciente y, por tanto, cambia a medida que el paciente progresa en su camino hacia la independencia. En algunas situaciones, algunos miembros del equipo no participan en ningún modo en el reparto. La meta final es que el paciente tenga la mayor ración o la tarta entera.

A medida que cambian las necesidades del paciente, también puede hacerlo la definición de enfermería. Henderson admitía que «esto no quiere decir que la definición sea definitiva. Creo que la enfermería cambiará según la época en la que se practique y que depende en gran medida de lo que haga el resto del personal sanitario».

Con motivo de la publicación de la sexta edición de *Principles and Practice of Nursing*, en colaboración con Gladys Nite, Henderson amplió su definición a los profesionales de la enfermería. Según sus palabras, «la enfermería no existe en un vacío. Debe

desarrollarse y progresar para satisfacer los nuevos requisitos sanitarios del público según se vayan presentando» (Marriner, Tomey;2000)

2.7.7 Aceptación por la Comunidad de la Enfermería.

A. Ejercicio profesional.

La definición de enfermería de Henderson en lo que se refiere al ejercicio profesional señala que si una enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la dependencia a la independencia. La enfermera deberá esforzarse en comprender al paciente cuando éste no posee la voluntad, conciencia o fortaleza necesaria. Tal como Henderson afirmaba, la enfermera debe «ponerse en su lugar». Puede ayudar al paciente a avanzar hacia un estado de independencia por medio de la valoración, el plan y la evaluación de cada uno de los 14 componentes básicos de la asistencia en enfermería. (Marriner, Tomey;2000)

El método de Henderson para cuidar al paciente era deliberado y obligaba a tomar decisiones. Aunque no mencionó específicamente las etapas del proceso de enfermería, cabe observar que los conceptos están interrelacionados. Henderson pensaba que el día a día consistía en ir resolviendo los problemas, algo no limitado sólo al ámbito de la enfermería.

En la fase de valoración, la enfermera deberá repasar en el paciente los 14 componentes de la atención básica en enfermería, de uno en uno, hasta haberlos contemplado todos. Para recoger los datos las enfermeras observan, huelen, sienten y escuchan. La fase de valoración se completa mediante el análisis de los datos compilados, para lo que es necesario conocer lo que es normal en la enfermedad y en la salud. (Marriner, Tomey;2000)

Henderson afirmaba que «dado que la enfermería es el único servicio disponible las 24 horas del día y los siete días de la semana, no se puede discutir la capacidad de las

enfermeras para diferenciar lo normal de lo anormal en la salud del paciente la función de valoración de las enfermeras».

Según Henderson, la fase de planificación supone trazar un plan que se ajuste a las necesidades del paciente, la actualización del plan según se requiera en función de los cambios, el uso del plan como registro y la confianza de que se adapta a la planificación prescrita por el médico. Un buen plan, opina, integra el trabajo de todas las personas que integran el equipo.

Al aplicar el plan, la enfermera ayuda al paciente a realizar su actividad para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir de forma tranquila. Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional y la capacidad física y mental del paciente. Henderson evaluaba al paciente con arreglo a su grado de independencia. Sin embargo, un niño no puede ser independiente, como tampoco una persona inconsciente. En algunos estadios de la enfermedad hay que asumir el deseo del paciente de depender de otros.

B. Formación.

Henderson declaró que «para que una enfermera ejerza su profesión de forma experta y aproveche los métodos científicos para mejorar sus técnicas, necesita contar con un tipo de formación que sólo se imparte en las escuelas superiores y universidades». La formación de una enfermera requiere una comprensión global de todos los seres humanos. Esta afirmación apoya la postura que tomó la ANA en 1965.

Por otra parte, Henderson creía que «el valor de la educación derivaba no sólo de la suma de conocimientos adquiridos sino también de la confianza personal desarrollada en el instituto de educación superior del entorno». Afirmaba que «la enfermería constituye una ocupación universal y una educación superior permite ejercerla mejor.

En su obra *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education*, Henderson contempla tres fases en el plan de estudios

dentro del aprendizaje de todo estudiante. Todas ellas giran en torno a un mismo eje: asistir al paciente cuando necesita fortaleza, voluntad o conciencia para llevar a cabo sus actividades cotidianas o cumplir una terapia hacia la meta final de la independencia.

En primer lugar, se hace particular hincapié en las necesidades fundamentales del paciente, la planificación de los cuidados de enfermería y la función especializada de la enfermera para auxiliar al paciente en la realización de las tareas rutinarias cotidianas. En esta etapa del programa de estudios no se remarca el estado patológico o la enfermedad en concreto, pero se tiene en cuenta el estado que, siempre presente, afecta a las necesidades básicas del paciente. En la segunda fase, se pone el acento en la ayuda a los pacientes para satisfacer sus necesidades en casos de grandes trastornos corporales o estados patológicos que requieren la modificación del plan de cuidados de la enfermera. El paciente plantea al estudiante problemas de mayor envergadura. Obliga a un mayor conocimiento de la ciencia médica y a que el estudiante comience a comprender las razones del tratamiento de los síntomas. En la tercera fase, la formación se centra en el paciente y la familia. El estudiante se compromete con un estudio completo del paciente y de todas sus necesidades.

Henderson ha resaltado la importancia de crear en los estudiantes de enfermería el hábito de preguntar, participar en cursos de biología, física y sociología u otras humanidades, adentrarse en otros campos del saber, observar una atención eficaz y ofrecerla en diversas circunstancias. (Marriner, Tomey;2000)

El texto en el que se ofrece la definición de enfermería de Henderson, *The Principles and Practice of Nursing*, constituye una excelente fuente de consulta para los estudiantes de enfermería y los que están haciendo prácticas, ya que se distingue por una profundidad de la que carecen otros manuales de este tipo. Kelly afirma que «si solamente se pudiera salvar un libro sobre enfermería cuando cayera la bomba atómica, sería PPN. En él está recogido el espíritu y el trasfondo de la enfermería, dentro del marco de la experiencia acumulada de las

leyes, la medicina y la religión, documentado con las publicaciones a escala mundial; con notas a pie de página fascinantes y eminentemente práctico.

C. Investigación.

Henderson recomendaba la investigación en bibliotecas, actividad a la que ella era muy aficionada, consultando los fondos de las bibliotecas y las investigaciones sobre enfermería. También promocionaba a los estudiantes de enfermería de nivel superior y consideraba que era necesario investigar para evaluar y mejorar el ejercicio de la profesión.

"Las enfermeras deben adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que poder basar su experiencia», decía Henderson. Instaba a las enfermeras a acudir a los libros y a dirigir su propia investigación más para mejorar su actividad que por puro prestigio académico.

En un estudio y valoración sobre la investigación de enfermería presentado por Henderson y Leo W. Simmons en 1964, se resumen varias de las razones de la falta de investigación, en la enfermería clínica. entre las que se incluyen las siguientes:

1. Las principales energías dentro de la profesión se consumen en mejorar la preparación de las enfermeras.
2. Aprender a conseguir un número de enfermeras suficiente y mantenerlo para satisfacer la creciente demanda supone un gasto de energía considerable.
3. La necesidad de gestores y educadores ha agotado prácticamente la disponibilidad de enfermeras tituladas.
4. La falta de apoyo por parte de la administración, la gestión de enfermería y los médicos ha desanimado a los investigadores.

De cada uno de los 14 componentes de asistencia básica de enfermería surgen cuestiones relativas a la investigación, y la función de la enfermera deberá consistir en asumir la responsabilidad de identificar los problemas para validar de forma continua su función, mejorar los métodos que emplea y asegurar la eficacia de sus cuidados.

Henderson concluyó que «ningún oficio, ocupación o profesión en esta época se puede valorar o mejorar adecuadamente en la práctica sin investigación». La investigación es el tipo de análisis más fiable.

Pensaba también que hasta que no aprendiera a utilizar las fuentes bibliográficas, como son los índices de la National Library of Medicine, «una enfermera no había dado el paso elemental para ejercer una profesión basada en la investigación, una reclamación que gustan de hacer las enfermeras en la actualidad. (Marriner Ann Tomey)

Los elementos más importantes de su teoría son :

- a) La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- b) Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- c) Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- d) Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson , son :

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.

6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

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

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- Variables: estados patológicos
- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio.
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

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

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Capítulo III. EMBARAZO

3.1 Anatomía y Fisiología

3.1.1 Signos y síntomas de presunción.

1. Amenorrea: se sospecha embarazo cuando han pasado más de 10 días desde el día inicial de la menstruación esperada. Orientador de embarazo en una mujer con menstruaciones espontáneas, cíclicas y predecibles.
2. Cambios mamarios.
 - a. Las mamas se agrandan y están hipersensibles. Las venas se vuelven cada vez más visibles.
 - b. Los pezones se oscurecen y aumentan de tamaño.
 - c. Para la segunda mitad del embarazo es posible obtener calostro, un líquido lechoso, por expresión.
 - d. Pueden aparecer tubérculos de Montgomery, que son pequeñas elevaciones en la areola.
3. La vagina cambia de coloración (signo de Chadwick), hacia la tonalidad azulosa y la pared vaginal está congestionada.
4. A veces aparecen estrías abdominales (striae gravidarum) en mamas, abdomen y muslos debido estiramiento, rotura y atrofia del tejido conectivo profundo de la piel.
5. Hay náuseas y vómitos casi siempre en la mañana, pero pueden

presentarse en cualquier momento del día con duración de pocas horas. Suelen desaparecer de manera espontánea cerca del final del primer trimestre.

6. Avivamiento (sensaciones de movimiento en el abdomen): ocurre entre las 16 y 20 semanas después de la última menstruación.

7. Palaquiuria

a. Por presión del útero en expansión sobre la vejiga.

b. Desaparece cuando el útero sale de la pelvis.

c. Reaparece cuando la cabeza fetal se encaja en la pelvis al final del embarazo.

8. Fatiga, característica del principio del embarazo.

3.1.2 Signos y síntomas probables.

1. Agrandamiento del abdomen: cerca del final del tercer mes, puede sentirse el útero debajo de la pared abdominal, encima de la sínfisis pubiana.

2. Cambios en forma, tamaño y consistencia del útero

- El útero aumenta de tamaño, se alarga y disminuye su grosor conforme avanza el embarazo
- Signo de Hegar: el segmento inferior uterino se reblandece seis a ocho semanas después del primer día de la última menstruación.

3. Cambios en el cuello uterino:

- A las seis a ocho semanas de gestación, el cuello uterino está considerablemente blando
- Signo de Goodell: se identifica por la blandura del cuello uterino.
- Si hay inflamación o neoplasia del cuello uterino durante el embarazo, es posible que no pierda su consistencia.

4. Contracciones intermitentes del útero (signo de Braxton Hicks): contracciones palpables, indoloras, que ocurren a intervalos irregulares.

5. Peloteo: hundimiento y rebote del feto en el líquido amniótico circundante en reacción a un golpe repentino en el útero (ocurre al cuarto o quinto mes del embarazo).

6. Delincación del feto a través del abdomen: palpación abdominal en la segunda mitad del embarazo.

7. Pruebas hormonales positivas para el embarazo (reacciones producidas por gonadotropinas en el plasma materno y la orina).

3.1.3 Signos y síntomas positivos

1. Latido cardiaco fetal (separado y diferente del de la madre): suele escucharse entre las 16 y 20 semanas de la gestación.

2. Es posible sentir los movimientos fetales (después de cerca de 20 semanas de gestación).

3. Visualización radiográfica del feto (después de 16 semanas de gestación).

4. Datos sonográficos (después de ocho semanas de gestación).

3.1.4 Fisiología materna durante el embarazo

Duración del embarazo

1. Promedia 280 días o 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación normal.
2. La duración también puede dividirse en tres partes iguales o trimestres, de poco más de 13 semanas o tres meses calendáricos cada uno.
3. Fecha probable del parto (FPP): se calcula sumando siete días a la fecha del primer día de la última menstruación y restando tres meses (*regla de Nagele*).

a. Por ejemplo, si la última menstruación de una mujer empezó el 9/10/86, su FPP sería el 9/10/86 más siete días = 9/17/86, menos tres meses = 6/17/87.

3.1.5 Cambios en el aparato reproductor

A. Útero.

1. El aumento de volumen durante el embarazo comprende estiramiento y notable hipertrofia de las células musculares existentes.
2. Además del aumento en el tamaño de las células musculares uterinas, hay incremento del tejido fibroso, elástico, vasos sanguíneos y linfáticos. El agrandamiento y engrosamiento de la pared uterina son más acentuados en el fondo.
4. Para el final del tercer mes, el útero está demasiado grande para limitarse a la cavidad pélvica y es posible palparlo por encima del pubis.
5. Conforme el útero sale de la pelvis presencia del rectosigmoide en el lado izquierdo de la pelvis.

6. Para las 20 semanas de la gestación, el fondo ha llegado al nivel del ombligo.

7. A las 36 semanas, el fondo está a nivel del apéndice xifoides.

8. Durante las últimas tres semanas, el útero desciende ligeramente: el feto se encaja en la pelvis. La pared del útero se adelgaza.

9. Hay cambios en la contractilidad: a partir del primer trimestre hay contracciones indoloras irregulares (contracciones de Braxton Hicks). En las últimas semanas del embarazo, estas contracciones se vuelven más intensas y regulares.

10. Hay aumento progresivo en el aporte sanguíneo utero-placentario durante el embarazo.

B. Cuello uterino.

1. Prescrita reblandecimiento acentuado y cianosis por la mayor vascularidad, edema, hipertrofia e hiperplasia de las glándulas cervicales.

2. Hay un tapón de moco muy espeso que obstruye el conducto cervical.

3. Las erosiones del cuello uterino, que son frecuentes durante el embarazo, representan una extensión de las glándulas endocervicales en proliferación y del epitelio cilíndrico endocervical.

C. Ovarios.

1. La ovulación cesa durante el embarazo, se suspende la maduración de folículos nuevos.

2. Un cuerpo lúteo funciona durante las primeras fases del embarazo (primeras ocho semanas) y producen principalmente progesterona.

D. Vagina y parte exterior.

1. Aumento de vascularidad, hiperemia y reblandecimiento del tejido conectivo en piel y músculos de perineo y vulva.
2. Se observa el signo de Chadwick: color violeta característico por aumento de la vascularidad e hiperemia.
3. Las paredes vaginales se preparan para el trabajo de parto; la mucosa aumenta de grosor, el tejido conectivo se hace laxo y se hipertrofian células musculares pequeñas.
4. Las secreciones vaginales aumentan; el pH es de 3.5 a 6 por mayor producción de ácido láctico a partir del glucógeno del epitelio vaginal por *Lactobacillus aci-dophilus*. (El pH ácido tal vez ayude a conservar la vagina relativamente libre de bacterias patógenas.)

3.1.6 Cambios en la pared abdominal

1. Suelen desarrollarse las estrías del embarazo: estrías rojizas, ligeramente deprimidas en la piel del abdomen, las mamas y los muslos. (Se transforman en líneas plateadas brillantes después del embarazo.)
2. Línea negra: puede formarse una línea de pigmentación oscura que va desde el ombligo hasta el sínfisis del pubis siguiendo la línea media.
3. Puede ocurrir diastasis de los rectos. Si es grave, una parte de la pared uterina anterior queda cubierta solamente por una capa de piel, y aponeurosis del peritoneo

3.1.7 Cambios en las mamas

1. Son sensibles y con hormigueo en las primeras semanas del embarazo.

2. Aumentan de tamaño hacia el segundo mes; hay hipertrofia de los alveolos mamarios.
3. Los pezones crecen, se pigmentan intensamente y son más eréctiles al inicio del embarazo.
4. Puede expresarse calostro hacia el segundo trimestre.
5. Las aréolas se ensanchan y pigmentan intensamente. El grado de pigmentación varía con la complexión individual.
6. En la aréola se encuentran diseminadas varias elevaciones pequeñas (glándulas de Montgomery), que son glándulas sebáceas hipertróficas.

3.1.8 Cambios metabólicos

Son numerosos e intensos, en reacción al crecimiento rápido del feto y la placenta.

A. El aumento de peso es en promedio de 10.896 kg.

1. Feto: 3.4 kg.

2. Placenta: 0.681 kg.

3. Líquido amniótico: 0.91 kg.

4. Hipertrofia del útero: 1.137 kg

5. Mamas: 0.454 kg.

6. Aumento del volumen sanguíneo: 1.60 kg.

7. Retención de agua; depósito de grasas y proteínas: 2.724 kg.

3.1.9 Metabolismo del agua.

1. La mujer promedio retiene 6.5 litros de agua extra durante el embarazo.
2. El feto, placenta y líquido amniótico representan 3.5 litros.
3. El útero, volumen sanguíneo materno y tejido mamario completan 3 litros.
4. Muchas embarazadas padecen edema de piernas y tobillos hacia el final del día.

3.1.10 Metabolismo proteínico.

1. Feto, útero y sangre materna son ricos en proteínas, más que en grasa o carbohidratos.
2. A término, el feto y la placenta contienen 500 g de proteína o cerca de 50% del aumento total de proteínas del embarazo.
3. Alrededor de 500 g más de proteína se suman al útero, mamas y sangre materna en forma de emoglobina y proteínas plasmáticas.

3.1.11 Metabolismo de carbohidratos.

1. El embarazo, potencialmente, puede desencadenar diabetes.
2. La diabetes sacarina puede agravarse durante el embarazo.
3. En ciertas mujeres aparece diabetes clínica sólo cuando están embarazadas.
4. En la preñez hay un "ahorro" de glucosa utilizada por tejidos maternos y una derivación de glucosa hacia la placenta para beneficio del feto.

5. Lactógeno placentario humano (hormona placentaria): favorece la lipólisis, aumenta los ácidos grasos libres plasmáticos y por tanto, proporciona otras fuentes de energía para la madre.

6. Lactógeno placentario humano, estrógeno, progesterona y una insulina que produce la placenta, son antagonistas de la acción de la insulina durante el embarazo.

3.1.12 Metabolismo de las grasas.

Los lípidos plasmáticos aumentan durante la segunda mitad de la preñez.

F. Metabolismo del hierro.

1. Los requerimientos de hierro son mayores y suelen sobrepasar la cantidad disponible.
2. El volumen total de hematíes circulantes se eleva a cerca de 450 ml; suben también los requerimientos de hierro.
3. Los complementos de hierro tienen utilidad en la última mitad del embarazo y después de éste.

3.1.13 Alteraciones en el sistema cardiovascular

A. Corazón.

1. El diafragma es progresivamente rechazado hacia arriba, el corazón hacia la izquierda y arriba, y la punta desplazada a un lado.
2. Ruidos cardiacos: se escucha un desdoblamiento acentuado del primer ruido y un tercer ruido fuerte de fácil auscultación.

3. Soplos cardiacos: son frecuentes los soplos sistólicos y suelen desaparecer después del parto.

B. Circulación.

1. El volumen cardiaco aumenta en un 10% desde el principio hasta el final del embarazo, lo cual ocasiona una ligera hipertrofia del miocardio y mayor gasto cardiaco.

2. En posición supina el útero agrandado comprime el retorno venoso proveniente de la mitad inferior del cuerpo hacia el corazón. Esto puede originar hipotensión arterial conocida como *síndrome de hipotensión supina*. El gasto cardiaco aumenta cuando la mujer cambia de posición, de decúbito supino a lateral.

3. Sube la presión venosa femoral debido a una demora en la circulación proveniente de extremidades inferiores por la presión que ejerce el útero ocupado sobre las venas pélvicas y la vena cava inferior.

4. El pulso se acelera por lo general 10 a 15 latidos.

5. El metabolismo acelerado durante esta etapa produce un exceso de calor que se disipa mediante un aumento en la circulación cutánea.

3.1.14 Alteraciones hematológicas.

1. El volumen total de hematíes circulantes se eleva; la concentración de hemoglobina promedia 12 g/dl hacia el término del embarazo.

2. El número de leucocitos llega a 2 5 000 o más durante el parto; no se sabe la causa pero probablemente representa la reaparición de leucocitos que estaban excluidos de la circulación.

3. Coagulación de la sangre: las concentraciones de fibrinógeno suben en un 50%. Entre otros factores de la coagulación que se incrementan están: el factor VII

(proconvertina), el VIII (globulina antihemofílica), IX (componente tromboplástico del plasma) y X (factor de Stuart). El factor II (protrombina) se eleva sólo un poco, en tanto que los factores XI (precursor de la trombo-plastina plasmática) y el XIII (factor estabilizante de la fibrina) disminuyen. No hay alteración notable en número, aspecto o función de las plaquetas.

3.1.15 Alteraciones en las vías respiratorias

1. Hay hiperventilación. Aumenta la frecuencia, volumen de ventilación pulmonar (45%) y volumen por minuto (40%).
2. Al elevarse el volumen total disminuye la PCO₂ y se ocasiona alcalosis respiratoria leve que se compensa al bajar la concentración de bicarbonato.
3. La respiración acelerada y la reducción en PCO₂ probablemente son inducidas por progesterona y estrógeno sobre el centro respiratorio en un menor grado.
4. El diafragma queda rechazado hacia arriba por el útero voluminoso.
5. La jaula torácica se expande ya que la movilidad de las costillas es mayor y éstas pueden elevarse.

3.1.16 Alteraciones en vías urinarias

1. Los uréteres se dilatan y alargan por presión mecánica y quizá por efecto de la progesterona. Al sobrepasar el útero la cavidad pélvica descansa sobre los uréteres y los comprime sobre el borde de la pelvis. La dilatación es mayor en el lado derecho dado que el izquierdo está protegido por el colon sigmoide.

2. En los primeros meses del embarazo aumenta la filtración glomerular (FG) y así persiste casi hasta el final. El flujo plasmático renal (FPR) se eleva al principio pero se normaliza en el tercer trimestre. Estos cambios quizá se deban al lactógeno placentario.

3. Puede haber glucosuria manifiesta porque aumenta la filtración glomerular sin que se incremente la capacidad de resorción tubular para la glucosa filtrada.

4. La proteinuria no es normal salvo pequeñas cantidades durante el parto inmediatamente después de éste.

5. Hacia los últimos días, la presión del producto impide el drenaje de sangre y linfa de la base de la vejiga, que está edematosa, se traumatiza con facilidad, y es susceptible a infecciones.

3.1.17 Alteraciones en vías digestivas

1. Las encías pueden estar hiperémicas y reblandecidas y sangran con facilidad.

2. Puede aparecer una tumefacción vascular localizada de las encías que se llama *épuilis* del embarazo.

3. El estómago e intestinos son rechazados hacia arriba y a i lado por el útero grávido. Es frecuente la pirosis por reflujo de secreciones acidas hacia la parte inferior del esofago.

4. Disminuye el tono y la motilidad de las vías gastrointetinales, el vaciamiento gástrico se prolonga por la abundante progesterona que produce la placenta, (frecuente que aparezcan hemorroides pues se eleva la sión venosa por debajo del nivel del útero aumenta de volumen y además hay estreñimiento.

5. Se espesa la bilis; las embarazadas tienen predisposición a formar cálculos biliares, (pruebas de funcionamiento hepático dan resultados ficativamente diferentes durante el embarazo.

3.1.18 Alteraciones en el sistema endocrino

1. La hipófisis aumenta un poco de tamaño
2. El tiroides está agrandado de forma moderada por la hiperplasia del tejido glandular y la hipervascularidad.

a) La tasa metabólica basal sufre aumento progresivo hasta 25%) por la actividad metabólica del feto.

b) La tiroxina y el yodo unido a proteínas sube en forma brusca y así permanece hasta después del parto; debido a aumentos de los estrógenos circulantes. a la secreción de las suprarrenales: la aldosteronava semana.

3.1.19 Alteraciones en los tegumentos

1. Hay cambios en la pigmentación porque la hormona estimulante de los melanocitos se eleva a partir del segundo mes hasta el final.

2. Aparecen estrías gravídicas en los últimos meses como surcos rojizos, un poco socavados en la piel del abdomen, y aveces en mamas y muslos.

3. La Línea media en el abdomen se oscurece y se le conoce como línea negra.

4. Es posible que se formen manchas pardas en la cara que llaman cloasma o "máscara del embarazo".

5. Pueden formarse angiomas (aranas vasculares) que son diminutas elevaciones rojas por lo general en la cara, cuello, parte superior del tórax y brazos.
6. También puede haber enrojecimiento de las palmas (*eritema palmar*).

3.1. 20 Alteraciones en sistema musculoesquelético

1. Los cambios hormonales ocasionan aumento en la movilidad de las articulaciones sacroiliaca, sacrococcígea y pélvicas.
2. Esta movilidad contribuye a un trastorno en la postura de la madre y a dolor de espalda.
3. En las últimas fases puede haber adolorimiento, entumecimiento y debilidad de extremidades superiores debido a la lordosis que termina por producir tracción de los nervios mediano y cubital.
4. Los músculos rectos del abdomen se separan con la presión cada vez mayor sobre ellos hasta convertirse en diastasis de los rectos. Si es grave queda una parte de la pared uterina anterior cubierta sólo por piel, aponeuro-sis y peritoneo.

3.1.21 Pelvis

A. Huesos de la pelvis.

La pelvis se compone de cuatro huesos:

1. Dos huesos innominados (huesos de la cadera) que forman lados y frente.
2. Sacro y cóccix conforman su parte posterior.

Los huesos pélvicos están unidos por fibrocartilago de la sínfisis del pubis y varios ligamentos.

B. La pelvis se divide en dos partes: pelvis falsa y pelvis verdadera.

1. Pelvis falsa: está por encima de una línea imaginaria llamada línea terminal. La función de la pelvis falsa es brindar soporte al útero agrandado.

2. La pelvis verdadera está por debajo del borde de la pelvis o línea terminal. Es el conducto óseo por el cual debe pasar el producto. Se divide en tres partes: estrecho superior, parte media y estrecho inferior. Estrecho superior,

1. Límite superior de la pelvis verdadera, está limitado por el margen superior de la sínfisis del pubis por delante, línea terminal a los lados y promontorio sacro (la. vértebra sacra) por detrás.

2. El mayor diámetro del estrecho superior es el transversal

3. El diámetro menor es el anteroposterior (AP).

4. El diámetro AP es el más importante, la medición clínica se hace por el diagonal conjugado, distancia a partir del borde inferior de la sínfisis hasta el promontorio sacro (por lo general 12.5 cm)

5. El conjugado obstétrico es la distancia entre la superficie, interna de la sínfisis y el promontorio sacro que se mide restando 1.5 a 2 cm (espesor de la sínfisis) del diagonal conjugado. Suele medir 11 cm.

D. Porción media.

1. Limitada por el estrecho superior hacia arriba y por el inferior hacia abajo, es una verdadera cavidad ósea.

2. Sus diámetros no pueden medirse clínicamente.

3. La evaluación clínica de su competencia se hace observando las tuberosidades isquiáticas. Tuberosidades prominentes que hacen protrusión hacia la cavidad indican menor espacio.

E. Estrecho inferior.

1. Es el límite más inferior de la pelvis verdadera.
2. Está limitado por el borde inferior de la sínfisis por delante, tuberosidades isquiáticas a los lados, punta del sacro por detrás.
3. El diámetro más importante desde el punto de vista clínico es la distancia entre las tuberosidades (por lo general 9 cm).

F. Formas de pelvis.

Hay cuatro tipos principales de formas de pelvis:

1. Ginecoide (pelvis femenina normal).
2. Androide.
3. Antropoide.
4. Platipeloide.

3.2 Valoración

Antecedentes de salud

1. Edad: mayor riesgo de anemia, preeclampsia y prematurez en mujeres muy jóvenes; riesgo de hipertensión en las de más edad.
2. Antecedentes familiares: padecimientos congénitos, enfermedades hereditarias, embarazos múltiples, diabetes, cardiopatías, hipertensión, retraso mental.

3. Antecedentes patológicos de la mujer: enfermedades de la infancia, padecimientos principales, intervenciones quirúrgicas, transfusiones de sangre, hipersensibilidad a fármacos, infecciones urinarias, cardiopatías, diabetes, hipertensión, trastornos endocrinos, anemias, uso de anticonceptivos ingeribles o de otro tipo, antecedentes menstruales (menarquía, duración y regularidad de las menstruaciones), uso de medicamentos, otros fármacos, alcohol, tabaco.

4. Antecedentes obstétricos de la mujer: problemas de infertilidad, datos de embarazos y partos previos, fechas, peso de los productos, duración de los partos, tipos de parto, nacimientos múltiples, abortos, complicaciones maternas, fetales o neonatales. Cómo ha enfocado la mujer sus embarazos, partos anteriores en cuanto a sí misma y al impacto sobre la familia.

5. Antecedentes obstétricos actuales:

- Gravidéz, paridad. ,
- Jecha de la última menstruación (FUM).
- Fecha probable del parto: se calcula restando tres meses calendáricos del primer día de la última menstruación y sumando a éste siete días.
- Signos y síntomas de embarazo: amenorrea, cambios mamarios, náusea y vómitos, movimientos fetales, fatiga, polaquiuria, cambios pigmentarios en la piel. En el capítulo 24 se tratan los posibles signos presuntivos y positivos del embarazo. Interrogar cuáles son sus expectativas con respecto al actual embarazo, trabajo de parto y parto.
- Investigar duración, calidad y regularidad de los patrones de sueño y reposo.
- Actividad y trabajo remunerado: ejercicio, tipo y horas de trabajo remunerado, planes de seguir trabajando.
- Actividad sexual: satisfacción sexual, frecuencia y posiciones durante el coito, prácticas alternativas para lograr satisfacción sexual.
- Antecedentes con respecto a la dieta: aumento de peso, patrones de ingestión de alimentos (horas, frecuencia), hábitos sociales o culturales, número de

raciones de cada grupo de alimentos (alorías, proteínas, vitaminas y minerales que consume diariamente).

Status psicosocial: cambios emocionales ; experimentando: las reacciones de la mujer ; familia al embarazo actual, sistema de apoyo: disponibilidad de la familia y amigos para ayudar, eficacia de la mujer para sobreponerse a los cambios en su estilo de vida que impone el embarazo.

Datos de laboratorio

1. Examen general de orina.

- a. Se busca glucosa y proteína en orina,
- b. Puede haber glucosa puesto que la tasa de filtración glomerular está aumentada sin que lo esté igualmente la resorción tubular renal,
- c. Debe notificarse al médico si hay proteína en orina
- d. ya que puede ser signo de algún padecimiento hipertensivo del embarazo o renal.
- f. Si la orina está turbia y contiene bacterias o leucocitos debe hacerse un urocultivo.

2. Sangre: determinación de hematócrito y hemoglobina, descripción de la morfología de los hematíes tratando de encontrar signos de anemia del tipo de la talasemia o de la mediterránea. Las concentraciones de hemoglobina promedian 12 g/dl.

3. Valoraciones bioquímicas: suelen efectuarse sólo para glucosa y nitrógeno ureico; sin embargo, las mujeres con padecimientos renales quizá necesitan un cálculo de las proteínas totales mediante la proporción albúmina y globulina.

4. Pruebas serológicas:

- a. Pruebas para sífilis (STS o VDRL) suelen hacerse dos veces durante el embarazo, en la consulta inicial y al principio del tercer trimestre.

b. Titulación para rubéola: puede medirse la inmunidad mediante una prueba de inhibición de la he-maglutinación positiva.

c. Tipo de sangre y factor Rh: si se descubre que la * mujer de Rh negativa debe investigarse el tipo del f padre; en caso de ser Rh positivo está indicada una ; titulación de anticuerpos en la sangre de la madre.

3.3 Exploración física

1. Pedir a la mujer que vacíe su vejiga antes de la exploración de modo que al hacer el tacto vaginal puedan palpase con facilidad útero y órganos pélvicos.

2. Valorar el aumento de peso y presión arterial.

3. Exploración de ojos, oídos y nariz: puede haber congestión nasal por vasodilatación periférica.

4. Exploración de boca, dientes, faringe y tiroides; las encías pueden estar hiperémicas y reblandecidas por efectos de la progesterona.

5. Inspección de mamas y pezones: las mamas pueden estar aumentadas de volumen e hipersensibles; es posible que el pezón y la areola tengan pigmentación oscura.

6. Auscultación del corazón.

7. Auscultación y percusión de pulmones.

8. Exploración de abdomen. Investigar si hay cicatrices o estrías, diastasis (separación de los rectos) o hernia

b. Palpación del abdomen para determinar la altura del fondo (palpable después de 13 semanas de embarazo), esta medición se registra y sirve de parametro para los cálculos posteriores .

c. Palpación de abdomen para determinar la posición fetal, se efectúa al tercer trimestre.

d. Se revisa el tono del corazón fetal (se escucha con el fetoscopio a las 20 a 24 semanas de gestación o antes si se emplea un Doptone).

e. Se registran posición, presentación y frecuencia cardíaca fetales.

9. Exploración pélvica.

a. La mujer debe estar en posición de litotomía.

b. Inspeccionar genitales externos.

c. Tacto vaginal para excluir la posibilidad de anomalías en el conducto del parto y para hacer un frotis vaginal (Papanicolaou, y si es necesario, frotis investigar gonorrea, tricomoniasis o candidiasis).

d. Exploración del cuello uterino para estimar posición, tamaño, movilidad y consistencia. El cuello está reblandecido y azuloso (hipervascularidad). Identificación de ovarios (tamaño, forma y posición).

f. Exploración rectovaginal para buscar hemorroides, fisuras, herniaciones o masas. Evaluación del estrecho superior de la pelvis, o sea, del diámetro anteroposterior mediante la medición del diagonal conjugado.

g. Evaluación de la cavidad pélvica: prominencia de las espinas isquiáticas.

Evaluación del estrecho inferior: distancia entre las tuberosidades isquiáticas y la movilidad del cóccix.

3.4 Valoraciones prenatales subsecuentes

Se dan consultas mensuales durante los primeros siete meses, luego cada dos semanas y cada semana durante el último mes, siempre y cuando se trate de un embarazo normal.

1. Crecimiento del útero y estimación del crecimiento fetal

- a. Fondo en la sínfisis del pubis: 12 semanas de gestación.
- b. Fondo en el ombligo: 20 semanas de gestación.
- c. Fondo a 28 cm de la parte superior de la sínfisis del
- d. Pubis: 28 semanas de gestación. d. Fondo en el borde inferior de la caja costal: 36 semanas de gestación.
- e. El útero se torna globuloso y cae: 40 semanas de gestación.

2. Una altura mayor del fondo sugiere:

- a. Embarazo múltiple
- b. Error en el cálculo de la fecha.
- c. Polihidramnios (exceso de líquido amniótico)
- d. Mola hidatidiforme (degeneración de las vellosidades en racimos como de uvas, no suele desarrollarse feto).

3. Si el fondo del útero no está al nivel esperado, debe pensarse:

- a. En un retraso del crecimiento fetal.
- b. En un error al calcular la gestación.
- c. Anormalidades en el feto o en líquido amniótico.
- d. Muerte fetal intrauterina.

4. Latidos fetales: palpar el abdomen para estimar la posición fetal. a. Lo normal es 120 a 160 latidos /minuto.kj

5. Peso: en la segunda mitad del embarazo ocurre un aumento considerable de peso por lo general entre 0.22kg/ semana y 0.44 kg/semana. Si el incremento es mayor, quizá indique retención de líquidos y padecimiento hipertensivo..
6. Presión arterial: debe permanecer cerca de la línea basal normal para la paciente.
7. Hemoglobina: debe revisarse al principio del tercer trimestre. (Brunner,1991)

3.5 Cambios psicológicos durante el embarazo.

Las emociones durante el embarazo Secretamente adoramos el embarazo y el parto porque cada uno de nosotros representa el producto de ese proceso y porque representa el futuro de nuestra raza. Pero, como sucede con todos los ideales religiosos, existe otro lado de la moneda.

El Secreto que rodea el hecho de tener un hijo refleja, en parte, nuestra falta de comprensión y nuestro consecuente temor al poder femenino capaz de producir una nueva vida, algo que los hombres jamás pueden igualar y que, en una sociedad patriarcal, se mantiene a distancia.

El embarazo, para la mayoría de las mujeres, constituye un periodo de duda, de ansiedad, de emociones cambiantes y de un arduo trabajo psicológico. ¿Las hormonas lo son todo?. Comúnmente se cree que los cambios de humor durante el embarazo se deben a cambios hormonales. En muchos de los libros sobre embarazo se considera que las hormonas son las culpables de la inestabilidad emocional. May dos hormonas principales las cuales desempeñan papeles fundamentales durante el embarazo (la progesterona y el estrógeno) y a las cuales se ha atribuido la responsabilidad de tales cambios de humor, también existe la posibilidad de que, en algunas mujeres, ambas hormonas se "desequilibren". Una tercera hormona, la gonadotropina coriónica humana, producida ñor el embrión en las etapas iniciales, ha despertado un especial interés porque llega a su punto máximo alrededor de la décima semana de embarazo y luego vuelve a descender,

pues su presencia se relaciona muy estrechamente con la duración de los malestares de los tres primeros meses.

Las impartidas por las instituciones médicas tienden a concentrarse, por razón natural, en los aspectos biomédicos del parto y comprenden, por lo regular, sencillas sesiones de enseñanza directa. Dado que el dolor en el parto se asocia con altos niveles de ansiedad, y que las buenas clases lo reducen, éstas parecen ser benéficas para ayudar a las mujeres a enfrentarse a la distensión o a la ansiedad que acompaña al parto.

La ansiedad de los primeros meses se puede atribuir a la necesidad de adaptación al embarazo, tarea que termina cómodamente, para la mayoría, al finalizar el tercer mes. La ansiedad vuelve aumentar a medida que el parto se aproxima, reflejando los grandes cambios que ocurren en el cuerpo de la mujer, al acercarse el parto y la llegada del nuevo bebé.

3.5.1 Las fantasías

Durante los últimos tres meses, muchas mujeres experimentan temores y fantasías de naturaleza muy dramática y con frecuencia horripilante, las cuales invaden sus sueños y pensamientos. Muchas sueñan con accidentes donde son mutiladas. Un sueño común o fantástico es aquél en el cual ven que su niño nace muerto o deforme.

Esta clase de sueños y fantasías son comunes cuando estamos sometidos a una tensión y cumplen la función de ensayar mentalmente los posibles resultados que, por ser demasiado remotos y horribles, no lo aceptamos, en nuestros pensamientos normales

En tales términos, entonces, si una mujer se halla feliz por su embarazo y espera con interés la llegada de su bebé, la tensión que experimenta será la eutensión. Si por el contrario, se siente infeliz con su embarazo o carece de un sólido marco de ideas y comportamientos en el cual pueda encajar su embarazo si ella no puede dar, por entero, la bienvenida al bebé que espera entonces experimentará la distensión.

Las impartidas por las instituciones médicas tienden a concentrarse, por razón natural, en los aspectos biomédicos del parto y comprenden, por lo regular, sencillas sesiones de enseñanza directa. Dado que el dolor en el parto se asocia con altos niveles de ansiedad, y que las buenas clases lo reducen, éstas parecen ser benéficas para ayudar a las mujeres a enfrentarse a la distensión o a la ansiedad que acompaña al parto.

La ansiedad de los primeros meses se puede atribuir a la necesidad de adaptación al embarazo, tarea que termina cómodamente, para la mayoría, al finalizar el tercer mes. La ansiedad vuelve aumentar a medida que el parto se aproxima, reflejando los grandes cambios que ocurren en el cuerpo de la mujer, al acercarse el parto y la llegada del nuevo bebé.

3.5.2 El trabajo psicológico

Las mujeres que nunca experimentan ansiedad durante el embarazo tienden a sentirse tan mal durante el parto, y después del mismo, como aquéllas que experimentan niveles moderados de ansiedad son quienes tienden a sentirse mal durante y después que muchas mujeres están llevando a cabo lo que Irving Janis denomina "trabajo psicológico". Se les presenta un problema, una crisis próxima y un encuentro con lo desconocido, y trabajan en ello.

3.5.3 Cuando el embarazo se siente como una enfermedad

Ciertas mujeres tratan a su embarazo como una enfermedad. No lo consideran un acontecimiento normal que entraña cambios físicos normales y requiere de cambios psicológicos apropiados en sí mismo. Tales mujeres pueden desanimarse al ver al médico no opinar de la misma forma. Dichas mujeres también suelen tener partos difíciles.

Una mujer preñada que considera su embarazo como una enfermedad, en vez de una función fisiológica normal, tiende a considerarse a sí misma exenta de las responsabilidades normales, esto es, se comporta como si estuviera enferma y desamparada. Se ve a sí misma como un ser que se encuentra en cierto "estado" y que tiende a sentirse ansiosa por sus cambios corporales y funcionales, como si estos fueran la prueba de algún desorden.

La tensión causada por los cambios sociales también conduce a la sensación de estar enferma más que a la de encontrarse saludablemente embarazada. No importa que los cambios se den hacia arriba o hacia abajo.

No es probable que si permanece en un constante cambio social, en cualquier dirección, el resultado, para su experiencia con el embarazo, sea bueno.

Dana Breen descubrió que las mujeres con dificultades para adaptarse al embarazo y al parto tienden a poseer una visión altamente idealizada de lo que debe ser una madre, y, probablemente en comparación con las mujeres que se adaptan bien a su embarazo, tienden a ver a sus madres como "buenas madres".

3.5.4 ¿Tres en dos?

"Dos es compañía, pero tres ya no". Todo bebé altera el patrón de las relaciones que existían en la familia hasta antes de su llegada. Sin embargo, el impacto del primero es mayor, pues irrumpe en la pareja, la cual representa el más sólido de los

modelos, para una "tercia", la cual potencialmente constituye uno de los modelos más débiles. Probablemente por esta razón se sienten los efectos de este desafío sobre la pareja mucho antes del arribo del bebé.

La pareja se pregunta si los dividirá o los unirá. Tanto el esposo como la esposa aceptan más fácilmente el embarazo si no ven al niño como algo que va a construir un estorbo entre ellos. Si dependen mucho uno del otro, tienden aún más a ver al niño como un intruso.

Por otro lado el matrimonio donde hay un alto grado de independencia entre los cónyuges es aquél en el cual la llegada del primer bebé puede traer consigo una mayor felicidad y satisfacción. En algunos casos, esto se debe a que la relación entre ambos cónyuges, no se perturba por el bebé en otros, porque el niño cimienta una relación que nunca antes había estado adecuadamente unida.

3.5.5 El cuerpo y el sexo durante el embarazo

Los cambios de las hormonas provocan en el volumen sanguíneo, en la cantidad de trabajo que el corazón debe realizar, en el peso del alimento que ha de consumir y metabolizar, en el cada vez mayor desplazamiento de sus entrañas, y en los últimos tres meses, la presión sobre su corazón, pulmones, hígado, riñones y otros órganos internos. Unos hacen patente su presencia en forma más o menos sutiles. Si todo esto no fuera un acontecimiento biológico femenino normal, sería intolerable.

Pero, aunque los cambios son biológicamente normales, no lo son en el sentido de ser parte de la experiencia cotidiana de una mujer. Así que ella debe realizar un gran esfuerzo de adaptación psicológica durante el proceso. Una mujer que de antemano se considera más obesa de lo normal quizá también resiente un aumento adicional en su peso.

La mayoría de las mujeres experimentan, con sentimientos diversos, los cambios ocurridos en su cuerpo durante el embarazo. Para la mayoría existe al menos cierta sensación de orgullo por la expansión de su vientre, como signo externo y visible de un cambio psicológico y biológico interior, y muchas más triunfan de todo corazón en su nuevo estado. Pero, para muchas otras, lo poco familiar de su estado, así como la ignorancia o incertidumbre sobre la duración de tales cambios, perjudican tristemente el placer que experimentan. Muchas que suponen (generalizado) que el peso y la curva del vientre de una mujer embarazada tiene una belleza y una distinción muy propias, encuentran, sin embargo, que es difícil aceptar esto por completo cuando el vientre en cuestión es el propio.

Las mujeres que asumen una actitud positiva en relación con su cuerpo, antes del embarazo, son quienes mejor pueden sentirse durante los nueve meses.

3.5.6 El sexo durante el embarazo

Varios estudios recientes han demostrado que muchas mujeres no advierten conscientemente los cambios que ocurren en su cuerpo. Indagar si las mujeres responden, con la misma intensidad que los hombres, al material erótico. Descubrió que en general lo hacen, aun cuando muchas no se dan cuenta de ello. Hay poca confusión relativa de los signos externos y visibles de la excitación sexual masculina, pero la autopercepción es una tarea muy difícil para las mujeres. El aumento del pulso, la erección de los pezones y de los labios vulvares, así como el flujo creciente de la vagina sencillamente no son registrados en forma consciente por muchas mujeres.

Las mujeres neuróticas son quienes dan una respuesta más débil, en tanto que las que se percatan más de su propio deseo sexual son quienes más se excitan, quienes más responden psicológicamente al material erótico y quienes hacen el amor con más frecuencia.

Con pocas excepciones, no hay razón alguna por la cual una pareja que desee tener relaciones sexuales durante el embarazo no deba hacerlo. Ciertamente, las relaciones sexuales pueden causar contracciones en la matriz, pero éstas pueden constituir una exageración temporal de las pequeñas y periódicas contracciones normales que una matriz experimenta toda la vida, o bien, pueden deberse a las Hormonas contenidas en el semen. En todo caso, son insignificantes comparadas con las contracciones del parto.

Hay una amplia variación en la cantidad de interés que las mujeres embarazadas sienten por el sexo y en los cambios durante el curso del embarazo. Algunas mujeres, tal vez una cuarta parte, sienten un interés cada vez mayor, el cual perdura hasta el séptimo mes. En un trece por ciento de ellas, el creciente interés se alarga hasta el último mes. Estas mujeres descubren que hacer el amor con más frecuencia y tienen orgasmos más intensos. Tienden a dar a luz más fácilmente que las mujeres que renuncian a las relaciones sexuales durante el embarazo.

3.5.7 La sexualidad y el parto.

Las respuestas físicas del cuerpo femenino, durante la labor de parto y del nacimiento, son muy similares a las del orgasmo sexual. En realidad, algunas mujeres experimentan algo parecido al orgasmo en el momento de dar a luz y podría ser que los sintieran más si estuvieran conscientes de dicha posibilidad y mostraran abiertamente se deseo de responder a lo que estuviera teniendo lugar en su interior. El parecido entre el parto y el orgasmo es notable cuando se considera en su totalidad.

De este modo, no resulta muy sorprendente el hecho de que cuando mejor adaptada sexualmente esté una mujer, tanto mejor será su experiencia del embarazo y del nacimiento. El factor más importante parece ser la actitud de la mujer hacia su propio cuerpo y su propia sexualidad más que hacia la relación sexual con su esposo u otros hombres.

3.5.8 Los esposos y el sexo

La mayoría de las mujeres conservan cierto interés y placer por el sexo al estar embarazadas, aún cuando no sienten la necesidad de alcanzar el orgasmo. Corresponde al marido lograr nuevas formas de hacer el amor con su esposa. El reto del embarazo para un hombre en lo sexual, al igual que en muchos otros aspectos de su vida matrimonial es aceptar que su esposa está cambiando, saber qué cambios se están llevando a cabo y adaptarse a ellos.

Muchos hombres se sienten agradablemente sorprendidos ante la capacidad de respuesta de sus esposas o sus necesidades sin tan sólo pudieran hallar la manera correcta de expresarse a sí mismos y de buscar ayuda.

En el transcurso del embarazo, un candidato a padre debe adaptarse al futuro bebé y a los cambios que su llegada conlleva para él mismo y para su esposa.

Muchos hombres descubren que son alejados de las relaciones sexuales por la presencia del futuro niño. Algunas veces, los hombres tienen fantasías o la idea de que pueden dañar al niño, ya sea por acostarse sobre él, o porque ambos lo aprietan. Algunos hombres sienten ser observados por su hijo. Todas estas sensaciones son objetivamente un disparate, pero son fantasías perfectamente razonables que forman parte del proceso de adaptación al cambio que se efectúa en la esposa, así como el que se presenta en la relación entre dos personas y entre tres

3.5.9 Buscando nuevas posiciones.

El desconcierto en el hombre y la incomodidad en la mujer hacen que la mayoría de las parejas cambien espontáneamente. La alternativa más favorable es de lado. Esta posición, es una de las menos satisfactorias para los hombres, se incrementa durante los últimos tres meses salvo por la variante de la "mujer arriba" y de espaldas/ las cuales para entonces, son las más usuales.

Algunos futuros padres encuentran menos atractivas a sus consortes tan pronto como empieza a crecerles el vientre, otros, en cambio, hasta que esté no se convierte sino en una, protuberancia grande e inevitable. Otros hombres, sin embargo, encuentran a sus compañeras de nueva figura más seductoras.

3.5.10 La necesidad de ser abrazada.

A la mayoría de nosotros nos gusta ser abrazados o acariciados, particularmente por alguien del otro sexo y sobre todo por nuestro consorte o compañero sexual. El deseo de ser abrazada se relaciona con la sexualidad. Las mujeres que disfrutan más del sexo tienden a sentir más la necesidad de ser abrazadas. Pero estos deseos no son una misma cosa. Se cree que muchas mujeres tienen relaciones sexuales no por el sexo en sí, sino por las caricias que éstas implican. El deseo de ser abrazadas se relaciona fuertemente con las necesidades de dependencia. Las mujeres se excitan más por la intimidad y el contacto corporal. Podría ser entonces, que la necesidad de ser abrazada no es sino una forma femenina de reconocer el impulso sexual.

3.5.11 Los padres durante el embarazo y el parto.

El padre ha sido sacudido del centro de la estructura familiar para ocupar una posición al margen, aportando sólo el dinero mediante el cual el resto de la familia sus "dependientes" vive. La psicoanalista Helene Deutsch ha sugerido que el papel del padre en el parto ha sido asumido por el obstetra.

Una explicación de esta falta de participación en el embarazo y el parto, por parte de los padres, es la teoría de que el papel innato de los hombres en la reproducción termina con la eyaculación. Una vez "sembrada su semilla", no tienen ningún interés

biológico posterior en sus hijos. No existen pruebas que respalden tal estereotipo. Por el contrario, las pruebas sugieren que el comportamiento protector es hasta cierto punto innato en los hombres, aunque en las mujeres tal vez no esté tan fuertemente marcado o conformado como en las mujeres.

3.5.12 Proporcionando apoyo

Varios investigadores han descubierto que la personalidad del esposo tiene por lo menos tanta importancia como la de la esposa en la determinación del resultado psicológico del embarazo. Cuanto mayor seguridad y apoyo proporcione el marido, tanto más completo y exitoso será el ajuste de la esposa a los cambios que se requieren de ella.

El grado de apoyo que el esposo ha de proporcionar depende naturalmente de la esposa. Algunas mujeres se hallan tan bien preparadas para el embarazo, que sus esposos necesitan brindarles muy poco apoyo.

También es más fácil, para una mujer, entablar una buena relación con su bebé nonato cuando su esposo muestra un claro interés por el curso de su embarazo y por el desarrollo del niño, brindándole apoyo emocional todo el tiempo.

3.5.13 Los padres y el nacimiento

Los hombres están descubriendo, junto con sus esposas, que presenciar el nacimiento de su propio hijo puede constituir la experiencia más gozosa y extática que la vida puede ofrecer. No obstante, la importancia de la presencia del padre gira en torno no únicamente del placer ni de las experiencias intensas. Un padre que asiste a sesiones prenatales con su esposa se prepara activamente para el

nacimiento, toma parte activa en la labor de traer el bebé al mundo y generalmente le resulta mucho más fácil adaptarse a la nueva condición de su esposa como madre, así como a la presencia de su hijo.

3.5.14 Acompañando al bebé

Las mayores causas de ansiedad, en los padres comunes, fueron ver sufrir a sus esposas durante la labor de parto, la aparición del bebé, el temor de que naciera antes de llegar al hospital, además de los temores sobre la salud de sus bebés. Los padres por parto natural (PX) se angustiaban si eran separados de sus esposas.

3.5.15 Lo que los padres pueden hacer

Un aspecto del papel que el esposo desempeña durante el parto y el nacimiento ha sido comparado al del director técnico de un equipo deportivo. El preparar a su esposa algo para beber, seca su sudor, le da masajes, verifica sus contracciones y lleva la cuenta de su respiración y relajación.

Pero, además de esta actividad protectora, la presencia misma del padre es profundamente tranquilizadora en el ambiente del hospital, el cual para las mujeres, resulta poco familiar y hostil. A muchas les parece más fácil responder a una voz que conocen y aman que a las instrucciones de un desconocido, particularmente cuando existe la posibilidad de un cambio de personal a mitad del parto.

3.5.16 Las actitudes ambientales

Tal como Chertok había predicho, la mayoría de las mujeres que vomitaban pertenecían al grupo ambivalente.

¿Quiere decir esto que toda mujer que vomita es ambivalente con respecto al futuro bebé? Debemos ser cuidadosos al sobre simplificar lo que este problema entraña. Siempre existe la posibilidad de que los cambios hormonales sean responsables, al menos en parte, de la náusea, aunque todavía no se ha demostrado confiablemente ninguna relación. Y para la mujer que sufre de vómito, a causa de su embarazo, sería muy comprensible experimentar sentimientos ambivalentes en relación con su estado. (Macv 1980)

Capítulo 4. ADULTO JOVEN

La adultez joven o temprana, que es la etapa que comienza alrededor de los 20 años y concluye cerca de los 40, cuya característica principal, es que el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir, hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia

La adultez comienza aproximadamente a los 20 años. Usualmente se divide en tres períodos:

- Adultez joven o juventud: 20 a 40-45 años.
- Adultez media: 45 a 65 años.
- Adultez mayor: 65 años en adelante.

La juventud comienza con el término de la adolescencia y su desarrollo depende del logro de las tareas de la adolescencia. Constituye el período de mayor fuerza, energía y resistencia física. Se producen menos enfermedades y se superan rápidamente, en caso que ésta se presenten (Papalia, 1997).

3.5.16 Las actitudes ambientales

Tal como Chertok había predicho, la mayoría de las mujeres que vomitaban pertenecían al grupo ambivalente.

¿Quiere decir esto que toda mujer que vomita es ambivalente con respecto al futuro bebé? Debemos ser cuidadosos al sobre simplificar lo que este problema entraña. Siempre existe la posibilidad de que los cambios hormonales sean responsables, al menos en parte, de la náusea, aunque todavía no se ha demostrado confiablemente ninguna relación. Y para la mujer que sufre de vómito, a causa de su embarazo, sería muy comprensible experimentar sentimientos ambivalentes en relación con su estado. (Macv 1980)

Capítulo 4. ADULTO JOVEN

La adultez joven o temprana, que es la etapa que comienza alrededor de los 20 años y concluye cerca de los 40, cuya característica principal, es que el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir, hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia

La adultez comienza aproximadamente a los 20 años. Usualmente se divide en tres períodos:

- Adultez joven o juventud: 20 a 40-45 años.
- Adultez media: 45 a 65 años.
- Adultez mayor: 65 años en adelante.

La juventud comienza con el término de la adolescencia y su desarrollo depende del logro de las tareas de la adolescencia. Constituye el período de mayor fuerza, energía y resistencia física. Se producen menos enfermedades y se superan rápidamente, en caso que ésta se presenten (Papalia, 1997).

Con relación al desarrollo intelectual, los adultos, son capaces de considerar varios puntos de vista simultáneamente, aceptando las contradicciones, lo que se conoce como pensamiento dialéctico. Shaie, aborda la cognición adulta en etapas (Rice, 1997). Otros teóricos se refieren al pensamiento dialéctico como un pensamiento posformal, mediante el cual los adultos sintetizan pensamientos contradictorios, emociones y experiencias (Hoffman, 1996).

En cuanto a la personalidad, el modelo de crisis normativas caracteriza el desarrollo como una serie de cambios sociales y emocionales. Por otro lado, el modelo de los momentos adecuados, lo visualiza como un período de cambios que dependen del contexto social, para determinar los sucesos importantes y su ocurrencia.

En esta etapa lo ideal es elegir una pareja, establecer una relación, plantearse la paternidad, lograr amistades duraderas y un trabajo estable (Papalia, 1997).

4.1 Desarrollo intelectual.

Una forma de pensamiento adulto es el que algunos teóricos han denominado pensamiento dialéctico en el cual, cada idea o tesis implica su idea opuesta o antítesis. El pensamiento dialéctico consiste en la capacidad de considerar puntos de vista opuestos en forma simultánea, aceptando la existencia de contradicciones. Este tipo de pensamiento permite la integración entre las creencias y experiencias con las inconsistencias y contradicciones descubiertas, favoreciendo así la evolución de nuevos puntos de vista, los cuales necesitan ser actualizados constantemente. El pensador dialéctico posee conocimientos y valores, y se compromete con ellos, pero reconoce que éstos cambiarán, ya que la premisa unificadora del pensamiento dialéctico es que la única verdad universal es el cambio mismo.

Los adultos que alcanzan el pensamiento dialéctico se caracterizan porque son más sensibles a las contradicciones, aprecian más las opiniones contrarias y que han aprendido a vivir con ellas. (F. Phillips Rice, 1997)

Otros teóricos se han referido a este mismo período, como el del pensamiento pos formal, una etapa que va más allá de las operaciones formales planteadas por Piaget. Este pensamiento posformal tiene tres elementos básicos: relativismo, contradicción y síntesis. El adulto que alcanza el pensamiento posformal es capaz de sintetizar pensamientos contradictorios, emociones y experiencias dentro de un contexto más amplio. No necesita elegir entre alternativas porque es capaz de integrarlas

Shaie plantea un modelo de desarrollo cognitivo donde identifica cinco etapas por las que pasa la gente para adquirir conocimiento, luego lo aplica a su vida. Este modelo incluye las siguientes etapas:

- Etapa de adquisición (de la infancia a la adolescencia), etapa de logro (desde el final de la adolescencia a los 30 años).
- Etapa de responsabilidad (final de los 30 hasta inicio de los 60).
- Etapa ejecutiva (también tiene lugar durante los 30 a 40 años).
- Etapa reintegrativa (vejez).

Según el modelo de Shaie el adulto joven se encuentra en las etapas de logro, de responsabilidad y ejecutiva.

- Etapa de logro: el individuo reconoce la necesidad de aplicar el conocimiento adquirido durante la etapa anterior para alcanzar metas a largo plazo.

- Etapa de responsabilidad: el individuo utiliza sus capacidades cognitivas en el cuidado de su familia, personas de su trabajo y comunidad.
- Etapa ejecutiva: desarrollan la habilidad de aplicar el conocimiento complejo en distintos niveles, por ejemplo: Instituciones Académicas, Iglesia, Gobierno, entre otras (F Phillips y Rice, 1997)

4.2 Desarrollo moral.

Para Piaget y Kohlberg, el desarrollo moral depende del desarrollo cognitivo, sería una especie de superación del pensamiento egocéntrico una capacidad creciente para pensar de manera abstracta.

Kohlberg en su teoría del desarrollo moral, plantea que en las etapas quinta y sexta el desarrollo moral es una esencia una función de la experiencia. Los individuos sólo podrían alcanzar estos niveles (si es que los alcanzan) pasados los 20 años, ya que para que las personas reevalúen y cambien sus criterios para juzgar lo que es correcto y justo requieren de experiencias, sobre todo aquellas que tienen fuertes contenidos emocionales que llevan al individuo a volver a pensar.

Según Kohlberg, existen dos experiencias que facilitan el desarrollo moral: confrontar valores en conflicto (como sucede en la universidad o el ejército) y responder por el bienestar de otra persona (cuando un individuo se convierte en padre).

4.3 Desarrollo de la personalidad:

20-40 AÑOS

Modelos de crisis normativas:

"Describen el desarrollo como una secuencia definida de cambios sociales y emocionales con la edad" (Papalia, 1997.)

Erik Erikson. Estadio 6: intimidad v/s aislamiento; Los jóvenes adultos deben lograr la intimidad y establecer compromisos con los demás, si no lo logran permanecerán aislados y solos. Para llegar a ella es necesario encontrar la identidad en la adolescencia (Papalia, 1997)

Georges Vaillant: Adaptación a la vida: _Logró identificar 4 formas básicas de adaptación: madura, inmadura, psicótica y neurótica. Vaillant distingue tres etapas dentro de la adultez joven:

- Edad de establecimiento (20-30 años): desplazamiento de la dominación paterna, búsqueda de esposo(a), crianza de los hijos y profundización de los amigos.
- Edad de consolidación (25-35 años): se hace lo que se debe, consolidación de una carrera, fortalecimiento del matrimonio y logro de metas no inquisitivas. Esta etapa constituye una adición a la teoría de Erikson.(Papalia, 1997)
- Edad de transición (alrededor de los 40 años): abandono de la obligación compulsiva del aprendizaje ocupacional para volcarse a su mundo interior (Papalia, 1997)

Levinson: Las eras. La estructura de la vida: El ciclo vital está formado por una serie de eras que duran aprox. 25 años cada una. Se distinguen subetapas, marcadas por una transición, en las cuales se alcanzan los objetivos más importantes de la vida, que comienza -en la juventud- por el abandono del hogar y el logro de la independencia, opción por un trabajo, la familia y las formas de vida adoptadas. Al culminar la fase de transición, el sujeto se siente seguro y competente. Otro concepto que agrega Levinson es

el de estructura de la vida que se refiere a un esquema de vida que subyace a una persona en un momento determinado.

Modelo de los momentos adecuados de la ocurrencia de los acontecimientos:

Concepción más estable del desarrollo plantea que cambios producidos dependen más de hechos sociales (reloj social) que sirven para establecer los eventos más importantes en el transcurso de la vida, los cuales marcan el desarrollo (Papalia; 1997).

Eventos normativos v/s eventos no normativos: Los eventos normativos están constituidos por el matrimonio, la paternidad, la viudez y la jubilación en la edad avanzada. Los eventos no normativos están conformados por accidentes que incapacitan al individuo, pérdida de trabajo, ganar un premio, entre otros. (Papalia; 1997).

Eventos individuales v/s eventos culturales: Los primeros suceden a una persona a o familia como el nacimiento de los hijos. Los segundos ocurren en el contexto social, en el cual se desarrolla los individuos, por ejemplo: un terremoto. Éstas afectan el desarrollo de los individuos. Además, el que un (Jodar, Pérez, Silvestre y Solé, 1 996) evento aparezca en un tiempo determinado o no dependen de la cultura en la cual el sujeto se desenvuelva (Papalia; 1997).

4.3 Desarrollo físico.

En la adultez joven la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su mejor momento. El máximo desarrollo muscular se alcanza alrededor de los 25 a 30 años, luego se produce una pérdida gradual. Los sentidos alcanzan su mayor desarrollo: la agudeza visual es máxima a los 20 años, decayendo alrededor de los 40 años por propensión a la presbicia; la pérdida gradual de la capacidad auditiva empieza antes de los 25 años;

el gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y al calor comienzan a disminuir cerca de los 45 años (Rice, 1997). En esta etapa también se produce el nacimiento de los hijos, ya que tanto hombres como mujeres se encuentran en su punto máximo de fertilidad (Papalia, 1997).

Los adultos jóvenes se enferman con menos facilidad que los niños, y si sucede, lo superan rápidamente. Los motivos de hospitalización son los partos, los accidentes y enfermedades de los aparatos genitourinarios. En esta etapa la causa principal de muerte son los accidentes, luego el cáncer, enfermedades del corazón, el suicidio y el Sida.

Existen siete hábitos básicos importantes relacionados directamente con la salud: desayunar, comer a horas regulares, comer moderadamente, hacer ejercicio, dormir 7 a 8 horas en la noche, no fumar y beber moderadamente (Rice, 1997).

En esta etapa la dieta es muy importante, ya que "lo que las personas comen determina su apariencia física, como se sienten y, probablemente, que enfermedades pueden sufrir" (Rice, 1997). La pérdida de peso y el sobrepeso están relacionados con muertes por enfermedades coronarias, a su vez, el colesterol produce estrechamiento de vasos sanguíneos lo que puede producir un paro cardíaco.

La actividad física ayuda en el mantenimiento del peso, tonificación de los músculos, fortalecimiento del corazón y pulmones, protege contra ataques cardíacos, cáncer y osteoporosis, alivia ansiedad y depresión. El fumar y el beber en exceso están estrechamente relacionados con problemas de tipo cardíacos, gastrointestinales y cáncer. "El abuso de alcohol es la principal causa de los accidentes automovilísticos fatales (Rice, 1997)

La salud puede verse influenciada por diversos factores como son: los factores socioeconómicos, la educación y el género (Rice, 1997).

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

4.5 Desarrollo social, Amor:

Rice (1993), divide al amor en cinco elementos:

- Amor romántico.: temura o apasionamiento, sentimientos intensos.
- Amor erótico atracción sexual, sexo y amor son interdependientes; una relación sexual satisfactoria fortalece el amor de pareja.
- Amor independiente: mutua dependencia, que en casos extremos podría llegar a transformarse en obsesión o comportamiento neurótico.
- Amor filial: basado en compañía o interés común.
- Amor altruista: interés y preocupación genuinos, dar y recibir son mutuos. Sternberg (1986), propone tres elementos en el amor: intimidad, y compromiso; de cuya combinación resultan ocho tipos de relaciones: ausencia de amor; gusto por el otro; apasionamiento; amor vacío, romántico, de compañía, ilusorio y finalmente un equilibrio de los tres elementos.

4.6 Matrimonio:

La calidad de la vida matrimonial tiene fuerte incidencia en la felicidad y satisfacción de los individuos. El ciclo familiar se divide en etapas que reflejan los cambios ocurridos.

Entre las tareas de ajuste matrimonial se presentan los siguientes planos: satisfacción y apoyo emocional; ajustes sexuales; hábitos personales; roles sexuales; intereses materiales; trabajo, empleo y logros; vida social; familia; decisiones; conflictos y resolución de problemas; moral, valores e ideologías.

4.7 Sexualidad:

El adulto joven debe lograr :A)Independencia. B) Competencia. C) Responsabilidad e igualdad en relación con su sexualidad.

Determinar el estilo de vida que llevará, en esta tarea debe tomar decisiones relacionadas con:

- Tipo de relación sexual (informal, formal, recreativa).
- Forma de expresión de su sexualidad (heterosexual, homosexual, bisexual).
- Contraer o no matrimonio.
- Tener o no un hijo.
- Mantener relaciones extramatrimoniales, entre otras

En relación a la actividad sexual en solteros, podemos destacar:

- Cambio de actitud en torno al tema de las relaciones prematrimoniales; permisividad.
- No existe temor para hablar del tema.
- Las mujeres jóvenes que sostienen relaciones prematrimoniales, entablan relaciones afectivas y sin promiscuidad.

Con respecto de la actividad sexual en el matrimonio'.

- Existe poca información al respecto.
- Frecuencia de relaciones es mayor durante el primer año de casados.
- La actividad sexual de este primer período permite hacer una proyección hacia la actividad b futura

La mayor parte de hombres y mujeres, encuentran que hay placer en sus relaciones sexuales dentro del matrimonio, a diferencia del pasado. Esto es producto de la

disminución de la actitud que lo consideraba como algo maligno o tabú. Ahora, es concebida como normal, saludable y placentera.

Otro factor que ha contribuido a vivir la experiencia sexual satisfactoriamente dentro del matrimonio, es la mayor información de que se dispone, la seguridad de los métodos anticonceptivos y las disposiciones legales en torno al aborto. Todo esto libera a la pareja del temor al embarazo (no deseado).

4.8 Paternidad:

Otro de los hechos que se dan en la edad adulta temprana, es el nacimiento de los hijos.

Dicho acontecimiento marca un período de transición en la vida de la pareja, ya que la llegada de un nuevo miembro a la familia, altera o impacta en la dinámica de la pareja.

A pesar del impacto, esta experiencia permite el desarrollo de los padres como pareja e individualmente.

El deseo de tener hijos es casi universal, lo que se explica a partir de diferentes enfoques psicológicos:

- Freud: el deseo instintivo de las mujeres, por dar a luz y criar hijos.
- Eriksson: el generar es una necesidad básica del desarrollo. Deseo de establecer y guiar a la próxima generación.
- Funcionalismo: la reproducción sería el deseo de inmortalidad.
- Otros teóricos: paternidad es parte de un proceso natural y universal propio del mundo animal. Otros estudios, realizados en parejas con y sin hijos,

destaca como motivación principal el anhelo de establecer una relación estrecha con otro individuo.

- Con relación al momento para tener hijos, generalmente las parejas de hoy tienen menos hijos y en edades más avanzadas, que en el pasado. El predictor más importante de la edad en que llega el primer hijo, es el nivel educativo ya que generalmente, la mujer con cierto nivel de instrucción emplea su primer año de casada para terminar la educación o comenzar una carrera. Esto conlleva a tener hijos sobre los 25 años. Este hecho presenta ventajas y desventajas para la madre y el bebé. La principal desventaja está relacionada con los problemas de salud que se pueden presentar, para la madre, durante el parto.

4.9 Amistad:

Se da con mayor frecuencia que en otras etapas de la vida. Implica confianza, respeto, disfrutar de la compañía del otro, comprensión, entre otros.

Las buenas amistades son más estables que los vínculos con un cónyuge o amante, y son del mismo sexo. Reportan un importante beneficio para la salud, ya que el apoyo emocional de otra persona contribuye a minimizar los efectos del estrés, además fomentan el sentimiento de fijarse un propósito en la vida y mantener la coherencia.

Los lazos familiares y de amistad, establecidos durante la adultez joven, perduran a través de la vida.

4.10 Trabajo:

Con relación al trabajo, influye en muchos aspectos del desarrollo tanto físicos, intelectuales, emocionales y sociales. En general, los sujetos menores de cuarenta están pasando por un proceso de consolidación de su carrera, se sienten menos satisfechos con su trabajo que como lo estarán más adelante, se involucran menos con su trabajo y es más probable que cambien de empleo. Los trabajadores jóvenes se preocupan más por lo interesante que pueda ser su trabajo y por las posibilidades de desarrollo que pueda presentar.

Hoy en día la elección de profesión está muy poco limitada por el género y al igual que los hombres, las mujeres, trabajan para ganar dinero, lograr reconocimiento y para satisfacer sus necesidades personales. Aunque se han visto diferencias entre los sueldos que tienen los hombres con los de las mujeres (que son menores) cada día se hacen más equitativos. El trabajo puede ser fuente de stress y satisfacción. También influirá sobre las relaciones interpersonales y sobre el desarrollo de la personalidad.

V. ACUERDO POR EL QUE SE CREA EL COMITÉ NACIONAL DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-
Secretaría de Salud.

JULIO JOSE FRENK MORA, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracción IV, 61, 62 y demás relativos de la Ley General de Salud; 6 fracciones XIII y XVII, y 20 fracciones I, V, X y XI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

4.10 Trabajo:

Con relación al trabajo, influye en muchos aspectos del desarrollo tanto físicos, intelectuales, emocionales y sociales. En general, los sujetos menores de cuarenta están pasando por un proceso de consolidación de su carrera, se sienten menos satisfechos con su trabajo que como lo estarán más adelante, se involucran menos con su trabajo y es más probable que cambien de empleo. Los trabajadores jóvenes se preocupan más por lo interesante que pueda ser su trabajo y por las posibilidades de desarrollo que pueda presentar.

Hoy en día la elección de profesión está muy poco limitada por el género y al igual que los hombres, las mujeres, trabajan para ganar dinero, lograr reconocimiento y para satisfacer sus necesidades personales. Aunque se han visto diferencias entre los sueldos que tienen los hombres con los de las mujeres (que son menores) cada día se hacen más equitativos. El trabajo puede ser fuente de stress y satisfacción. También influirá sobre las relaciones interpersonales y sobre el desarrollo de la personalidad.

V. ACUERDO POR EL QUE SE CREA EL COMITÉ NACIONAL DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-
Secretaría de Salud.

JULIO JOSE FRENK MORA, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracción IV, 61, 62 y demás relativos de la Ley General de Salud; 6 fracciones XIII y XVII, y 20 fracciones I, V, X y XI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que la Ley General de Salud dispone que la atención materno-infantil es materia de salubridad general, tiene carácter prioritario y debe comprender, entre otros, la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 reconoce que una buena salud es una condición indispensable para tener una auténtica igualdad de oportunidades, por lo que plantea como uno de sus objetivos fundamentales el elevar, desde las primeras etapas de la vida, el nivel de salud de la población.

Que, en ese mismo sentido, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 considera que una mala atención prenatal, un parto no atendido adecuadamente o un déficit nutricional en los primeros años de vida predisponen a la pobreza, por lo cual establece, entre sus líneas de acción, el programa denominado "Arranque Parejo en la Vida", cuyos objetivos principales incluyen garantizar una atención prenatal adecuada, un nacimiento con un mínimo de riesgos y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas de México.

Que no obstante las acciones que en materia de atención al binomio madre-hijo se han desarrollado en los últimos años, se estima conveniente reforzarlas mediante una instancia que apoye los esfuerzos, tanto públicos como privados, en favor de la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil, que promueva la mejora de la calidad en la atención, así como que permita una efectiva instrumentación y un adecuado seguimiento a las actividades que se desarrollen en el marco del programa de acción mencionado en el considerado anterior, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE CREA EL COMITE NACIONAL DEL PROGRAMA DE ACCION "ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA"

PRIMERO. Se crea el Comité Nacional del Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida", con el objeto de contribuir a una cobertura universal y de calidad en la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a una

adecuada vigilancia de los niños y las niñas desde su gestación hasta los dos años de vida, mediante un estrecho seguimiento y evaluación de las acciones que se instrumenten en el marco del citado programa, incluidas la promoción del fortalecimiento de la infraestructura humana y física, así como del abasto de los insumos respectivos.

SEGUNDO. El Comité Nacional del Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida" se integrará por:

I. El Secretario de Salud, quien lo presidirá;

II. El Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud, quien será el Vicepresidente;

III. El Secretario del Consejo Nacional de Salud y los directores generales de Salud Reproductiva, Promoción de la Salud, Equidad y Desarrollo en Salud, de Calidad y Educación en Salud, de Desarrollo de la Infraestructura Física y de Información y Evaluación del Desempeño, así como por los titulares de los centros nacionales de Vigilancia Epidemiológica, para la Salud de la Infancia y Adolescencia, para la Prevención y Control del VIH/SIDA y de la Transfusión Sanguínea.

Además, se invitará a integrarse al Comité al Presidente del Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia; a los directores generales de los institutos Mexicano del Seguro Social, de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, nacionales de Pediatría, de Perinatología y de Salud Pública, así como del Hospital Infantil de México, Federico Gómez y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; al Coordinador del Programa IMSS-Solidaridad; y a los titulares de los Servicios de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional, de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina y de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos.

El Presidente del Comité invitará a formar parte de éste a representantes de instituciones y organizaciones nacionales e internacionales, así como de los sectores

público, social y privado cuyas actividades tengan relación con las funciones del mismo.

Asimismo, previa invitación del Presidente del Comité, se incorporarán al mismo siete secretarios de Salud de las entidades federativas, que deberán rotarse según lo determine la Comisión de Salud Pública del Consejo Nacional de Salud.

Para el ejercicio de sus funciones, el Comité contará con un Secretario Técnico que será el Director General de Salud Reproductiva que, a su vez, contará con el apoyo de un Secretario Auxiliar, quien será designado por el Presidente del Comité.

TERCERO. Al Comité Nacional del Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida" corresponderá:

I. Proponer políticas, lineamientos, normas, procedimientos, estrategias y acciones para la operación del Programa "Arranque Parejo en la Vida";

II. Vigilar y evaluar el cumplimiento de las normas, procedimientos y lineamientos generales, así como el desarrollo y resultados del Programa;

III. Proponer las medidas que considere necesarias para la mejor instrumentación del Programa "Arranque Parejo en la Vida", así como para corregir las deficiencias que, en su caso, se detecten en el desarrollo del mismo;

IV. Promover, vigilar y, en su caso, acreditar que las unidades de atención médica cuenten con la infraestructura, así como con los insumos necesarios para realizar las acciones previstas en el Programa;

V. Coadyuvar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en relación con la mortalidad materna, perinatal e infantil;

VI. Evaluar y, en su caso, proponer adecuaciones al sistema de registros de nacimiento y certificación de muerte, para lo cual deberá coordinarse, en lo que corresponda, con las demás dependencias y entidades competentes;

VII. Coordinar las acciones de las instituciones y organismos que integren el Comité, con el propósito de homogeneizar y racionalizar las acciones que éstos desarrollen y que se relacionen con el Programa;

VIII. Impulsar el desarrollo humano del personal que intervenga en la operación del Programa, para lo cual se considerará, entre otros, la capacitación técnica;

IX. Promover el desarrollo de campañas en apoyo a las actividades materia del Programa;

X. Vigilar que se establezcan los mecanismos necesarios para garantizar la calidad de la atención médica del binomio madre-hijo y, en general, de todas las acciones previstas en el Programa, así como evaluarlos;

XI. Fomentar la coordinación de las acciones entre las dependencias y entidades de la administración pública federal y entre las autoridades federales y los gobiernos de las entidades federativas, así como la concertación de acciones con los sectores social y privado para la instrumentación del Programa a que se refiere la fracción I;

XII. Promover la creación y organización de redes sociales para apoyar la instrumentación del Programa;

XIII. Gestionar ante las instancias públicas y privadas correspondientes el apoyo necesario para la adecuada operación del Programa;

XIV. Promover la realización de actividades educativas, de investigación y de promoción de la salud relacionadas con la materia del Programa;

XV. Recomendar proyectos de investigación en la materia de su competencia;

XVI. Difundir las actividades del Comité, así como los avances científicos y tecnológicos que se relacionen con las actividades del Programa;

XVII. Sugerir modificaciones a las disposiciones jurídicas vigentes que se relacionen con el Programa;

XVIII. Promover la creación de comités estatales y municipales del Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida", así como la celebración de convenios entre las autoridades estatales y municipales para la óptima instrumentación del Programa, y

XIX. Expedir su Reglamento Interno.

CUARTO. El Comité contará con un Subcomité Técnico de Seguimiento y Evaluación, que será presidido por el Vicepresidente y cuyos integrantes y funciones específicas se determinarán en el Reglamento Interno del Comité.

Asimismo, para el adecuado desarrollo de sus funciones, el Comité podrá determinar la creación de grupos de trabajo, tanto transitorios como permanentes.

Los presidentes de los grupos de trabajo serán designados por el Vicepresidente del Comité.

Los grupos de trabajo podrán integrarse por los representantes de las instituciones u organizaciones que para el efecto invite el Presidente del Comité.

QUINTO. Al Subcomité Técnico de Seguimiento y Evaluación corresponderá:

I. Recabar información y analizarla;

II. Diseñar estrategias para dar seguimiento a la operación del Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida";

III. Planear, evaluar y dar seguimiento a los indicadores de proceso y de impacto del Programa;

IV. Evaluar el impacto del programa, entre otros, en la disminución de las tasas de mortalidad respectivas;

- V. Promover y, en su caso, apoyar la elaboración y difusión de materiales didácticos que se relacionen con el Programa;
- VI. Proponer y, en su caso, desarrollar líneas de investigación para el estudio de problemas específicos relacionados con el Programa;
- VII. Promover la cooperación con organismos y agencias internacionales para el desarrollo de investigaciones en la materia objeto del Programa;
- VIII. Divulgar entre los integrantes del Sistema Nacional de Salud las disposiciones aplicables que incidan sobre las acciones del Programa, y
- IX. Las demás actividades que se determinen en el Reglamento Interno del Comité o les señale el Presidente del mismo.

SEXTO. El Comité celebrará sesiones ordinarias cada seis meses y extraordinarias cuando lo consideren necesario el Presidente o el Vicepresidente, o bien, cuando así lo solicite cualquiera de sus miembros y sea aprobado por los primeros.

El Subcomité Técnico de Seguimiento y Evaluación sesionará, a su vez, bimestralmente.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. El presente Acuerdo deja sin efectos a los diversos números 121 y 127, publicados en el Diario Oficial de la Federación los días 8 de mayo y 2 de agosto de 1995, respectivamente.

TERCERO. El Comité Nacional del Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida" deberá celebrar su primera sesión dentro de los noventa días siguientes a la fecha de entrada en vigor del presente Acuerdo.

CUARTO. El Comité expedirá su Reglamento Interno en un término no mayor de sesenta días, contados a partir de la fecha en que celebre su primera sesión.

México, Distrito Federal, a los siete días del mes de agosto de dos mil uno.- El Secretario de Salud, Julio José Frenk Mora.- Rúbrica.(salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/accnpavv.htm)

CAPITULO VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

6.1. VALORACION DE ENFERMERIA

La señora RVB de 25 años, talla de 1.64; peso antes del embarazo de 64 kg., y actualmente de 75 kg. Casada hace tres meses .De religión Católica no practicante. Originaria de la ciudad de Texcoco, en donde actualmente vive en departamento pequeño en el segundo nivel de un local comercial, construida con materiales no perecederos; cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. No tiene regadera de baño ni lavabo en cocina por lo que le resulta mucho trabajo acarrear el agua y trastes respectivamente. Trabaja como Promotora educativa en guardería del DIF.

Se realiza la entrevista en su cama en posición decúbito dorsal, conciente, orientada en tiempo y espacio. Se observa cansada, Sus signos se encuentran en parámetros normales según edad y estado: Frecuencia Cardíaca: 60 x ' , Frecuencia Respiratoria de 22x': Temperatura de 36.5 oC; Tensión Arteria de 100/60 mmHg. Hace referencia a sensación de ahogo por lo que realiza más respiraciones. Tiene buena coloración de tegumentos, ruidos cardíacos y respiratorios rítmicos

El patrón de alimentación es de tres comidas al día, ingiriendo diariamente carne, verduras, y frutas; al igual que la leche y sus derivados; toma alrededor de 2 lt, de agua al día. No refiere trastornos digestivos, alergias, problemas de masticación y deglución negadas. No realiza ningún tipo de ejercicio

CUARTO. El Comité expedirá su Reglamento Interno en un término no mayor de sesenta días, contados a partir de la fecha en que celebre su primera sesión.

México, Distrito Federal, a los siete días del mes de agosto de dos mil uno.- El Secretario de Salud, Julio José Frenk Mora.- Rúbrica.(salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/accnpavv.htm)

CAPITULO VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

6.1. VALORACION DE ENFERMERIA

La señora RVB de 25 años, talla de 1.64; peso antes del embarazo de 64 kg., y actualmente de 75 kg. Casada hace tres meses .De religión Católica no practicante. Originaria de la ciudad de Texcoco, en donde actualmente vive en departamento pequeño en el segundo nivel de un local comercial, construida con materiales no perecederos; cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. No tiene regadera de baño ni lavabo en cocina por lo que le resulta mucho trabajo acarrear el agua y trastes respectivamente. Trabaja como Promotora educativa en guardería del DIF.

Se realiza la entrevista en su cama en posición decúbito dorsal, conciente, orientada en tiempo y espacio. Se observa cansada, Sus signos se encuentran en parámetros normales según edad y estado: Frecuencia Cardiaca: 60 x ', Frecuencia Respiratoria de 22x': Temperatura de 36.5 oC; Tensión Arteria de 100/60 mmHg. Hace referencia a sensación de ahogo por lo que realiza más respiraciones. Tiene buena coloración de tegumentos, ruidos cardiacos y respiratorios rítmicos

El patrón de alimentación es de tres comidas al día, ingiriendo diariamente carne, verduras, y frutas; al igual que la leche y sus derivados; toma alrededor de 2 lt, de agua al día. No refiere trastornos digestivos, alergias, problemas de masticación y deglución negadas. No realiza ningún tipo de ejercicio

La piel y las mucosas la encontramos bien hidratadas, con buena coloración, Las uñas se observan cortas, limpias con coloración rosada. Cabello oscuro con decoloración en mechas, bien implantado, con buena elasticidad y brillo. Masa muscular simétrica; tono muscular y Fuerza, de acuerdo a edad, sexo y estado. Con presencia de reflejos. Miembros Pélvicos con edema y venas de varices poco voluminosas, refiere calambres nocturnos. Los dientes se encuentran limpios, y con caries en 2 caninos, 2 molares superiores, y dos incisivos inferiores, encías no hemorrágicas, sin edema.

Tiene un patrón de eliminación intestinal de una vez al día, con característica semidura. Su estado de ánimo no interfiere en su eliminación intestinal. Abdomen globoso a expensas de embarazo de 30 SDG, La piel de la zona abdominal se observa estrías recientes, producto unido vivo, presentación cefálica dorso derecho sin encajar, FCF de 145 x '. Fecha de ultima menstruación 28 de Octubre del 2004, con un período de 28X5.Gesta 1, aborto 0. Ultimo papanicolao en el 2004. Ruidos intestinales normales. Sin antecedentes hemorrágicos o renales, antecedente de salmonelosis hace un año. Vejiga palpable llena Mamas congestionadas, turgentes, con presencia de secreción láctea en fase de calostro, pezón no conformado en ambos senos; en seno izquierdo pezón invertido

Le gusta mucho la temperatura baja sin embargo se adapta a los diferentes climas; refiere sentir aumento de calor corporal incomodo ; ya que suda mucho. El departamento se encuentra en el segundo nivel por lo tanto en calor aumenta, tiene buena ventilación y se encuentra limpio.

Durante el día se encuentra muy activa debido al trabajo, la mayor parte del tiempo se encuentra de pie, teniendo pocos momentos para descansar, su horario de trabajo es de 7:30 am a 4:00 pm. Manifiesta dolor de espalda. Flexibilidad limitada. Su postura de pie es propia del embarazo. Refiere dolor en Miembro Pélvico izquierdo a nivel inguinal. Su estado de ánimo ha sido muy cambiante.

La señora RVB manifiesta bañarse por lo regular 4x 7, debido a que tiene que calentar agua y acarrearla al baño y por su estado prefiere bañarse en casa de su madre, gusta mucho bañarse por la mañana y por la tarde, sin embargo, lo hace por la tarde. Los dientes se los lava con una frecuencia de 2 x 3, las manos se las lava antes de comer y después de ir al baño.

Externa de manera verbal sentirse ansiosa y preocupada por la llegada del nuevo miembro de la familia. Manifiesta sentirse baja de autoestima por algunos momentos sobre todo cuando se ve al espejo se siente fea. Proyecta muchas dudas entorno a todos los cambios biopsicosociales que ocurren en el embarazo.

Utiliza lentes por problema de miopía. Manifiesta no tener relaciones sexuales desde el embarazo, diciendo que no es causa de problema para ella y para su esposo. Se muestra apenada por el cuestionamiento. Actúa según sus propias creencias y valores inculcados en el seno familiar.

Mujer satisfecha con los logros y avances profesionales, con proyectos a largo, mediano y corto plazo.

6.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA POTENCIALES

1. BEBER Y COMER.

Grado de dependencia: Parcialmente dependiente por voluntad

Diagnóstico de Enfermería

Posibilidad de pérdida de piezas dentarias R/C presencia de caries.

Objetivo:

- Planificar intervenciones de enfermería para evitar la pérdida de piezas dentarias.
- Aprenderá la manera correcta de limpieza bucal.

PLANEACION

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica. |
|--|---|
| 1. Planear interconsulta con su odontólogo para el tratamiento de la caries. | Una de las funciones de enfermería para la satisfacciones de las necesidades de nuestro paciente son el trabajo en equipo con otras disciplinas para el fomento de la salud |
| 2. Educar sobre la limpieza bucal adecuada. | Mantener una higiene bucal disminuye la proliferación de bacterias porque los microorganismos se proliferan en el espacio interungueal. |

EJECUCION

Se consulto con la dentista.

Se enseñaron técnicas de lavado de dientes así como limpiar con hilo dental.

EVALUACION

Rosy se mostró renuente al ir con la dentista, por lo que recurrí al esposo para hablar sobre el estado actual de sus dientes y el peligro que corría de perder piezas dentales, se logró realizar cita con su dentista, sin embargo; no asistió, diciendo que después lo haría, pero no lo hizo, manifestando " no querer ir porque le resultaría imposible aguantar estar sentada y abriendo la boca con el sonido peculiar del dentista "

Se modifíco la técnica de lavado dental en un plazo de una semana

| Intervenciones De Enfermería | Evaluación. |
|--|---|
| 3. Planear interconsulta con su odontólogo para el tratamiento de la caries. | Se realizó cita, sin embargo no acudió a las citas subsecuentes , ya que manifestó ir, después de que naciera su bebe |
| 4. Educar sobre la limpieza bucal adecuada. | Se logró modificar la técnica de lavado dental en un plazo de una semana, así como implementar el uso de hilo dental. |

5. ELIMINACIÓN

Grado de Dependencia: Dependiente por conocimiento.

Diagnóstico de enfermería.

Alteración de la eliminación R/C proceso infeccioso manifestado por secreciones espesas y color blanquizco.

Objetivos.

- Eliminar la infección de vías urinarias bajas antes del parto.
- Prevenir la aparición de posible infecciones en vías urinarias

PLANEACION

| Intervenciones De Enfermería | Fundamentación Científica. |
|---|---|
| 1. Se le estimulará a la cliente a miccionar siempre que sienta ganas o cada dos horas. | El vaciamiento frecuente de la vejiga aumenta la eliminación de bacterias disminuye y reduce la éstasis urinaria y evita la infección. La micción poco frecuente distiende en exceso la pared de la vejiga, lo cual conduce a hipoxia de la mucosa vesical, que entonces es susceptible a infección bacteriana. |
| 2. Se insistirá en la adecuada | El suficiente aporte de líquidos |

| | |
|---|---|
| <p>ingesta de líquidos de dos a tres litros diarios.</p> | <p>disminuye la concentración bacteriana en la orina, ya que la vejiga se limpia por arrastre de bacterias al ser expulsada la orina.</p> |
| <p>3. Enseñar y fomentar el uso del ejercicio de Kegel e instruir para que lo practique hasta 100 veces al día.</p> | <p>El ejercicio de Kegel fortalece la musculatura del suelo pélvico y ayuda mantener un buen tono muscular, ya que la evacuación de la vejiga, aunque de naturaleza refleja, se inicia por lo general en forma voluntaria</p> |
| <p>4. Se referirá a la paciente para realizarse un Examen General de Orina en el laboratorio de su elección para corroborar infección</p> | <p>La infección asintomático del tracto urinario es frecuente en las embarazadas, por tanto debe examinarse la orina para detectar indicios de infección y el examen general de orina nos detectará si existe algún cambio de la flora bacteriana normal.</p> |
| <p>5. Se instruirá sobre la aparición de signos de infección de vías urinarias bajas.</p> | <p>El conocimiento de la aparición de los signos de infección ayudarán a evitar complicaciones y a su pronta detección</p> |
| <p>6. Fomentar la utilización de ropa interior de algodón holgada</p> | <p>La ropa de algodón holgada absorbe la humedad y proporciona una buena circulación, ya que la humedad favorece la proliferación de organismos y la ropa holgada contribuye al manejo de la circulación adecuada.</p> |
| <p>7. Enfatizar sobre las medidas</p> | <p>El baño diario evita la proliferación</p> |

| | |
|--|---|
| higiénicas baño diario y la recomendación de la utilización de jabón de baño neutro | bacteriana El jabón neutro no produce irritación y es compatible con el ph corporal. |
| 8. Enseñar como realizar unaseo perineal eficiente. | La limpieza adecuada del periné (de la uretra hacia atrás en dirección del ano) Evita que las bacterias sean arrastradas hacia la uretra y encontrar un medio de entrada, así como su contaminación por medio de arrastre de zonas limpias a zonas sucias. |
| 9. Evitar el consumo de café, té, alcohol, bebidas de cola | El consumo de estas sustancias que causan irritación de la mucosa vesical cambiando el ph de la orina, y de esta manera favoreciendo el desarrollo de bacterias. |
| 10. Recomendar el orinar inmediatamente después del coito. | El masaje uretral relacionado con el coito facilita la entrada de microorganismos en la vejiga y al orinar se realiza un arrastre mecánico de bacterias. |
| 11. Empleo de solución de vinagre (dos o 4 cucharadas de vinagre en 1 lt. De agua. | El vinagre ayuda a cambiar el ph de la vagina y así evitar proporcionar un buen ambiente a las bacterias |
| Se enseñará la importancia de secar bien los órganos sexuales externos, después de ir al baño, y después de bañarse. | El secar correctamente los órganos sexuales evita proporcionar un ambiente húmedo a las bacterias y así su proliferación. |

| | |
|---|---|
| <p>12. Ministración de Ampicilina tabletas de 500mg cada 6 Hr., Vía Oral.</p> | <p>Pertenece al grupo de las aminopenicilinas y es el prototipo de éstas. Es estable en medio ácido por lo que se administra por vía oral. La presencia de alimentos en el estómago disminuye su absorción, debe recomendarse ingerirlas 30 minutos antes de las comidas. Es un medicamento de amplio espectro. Se distribuye por todos los tejidos del organismo encontrándose niveles elevados en placenta, leche, líquido ascítico, pleural, bilis y humor acuoso. Se excreta en alta proporción en heces. No se conocen efectos adversos, pueden no alcanzarse niveles terapéuticos en el útero. Dentro de la clasificación de efectos del fármaco en el feto se encuentra con categoría " B" (Existen pocos datos sobre los efectos de la mayoría de los fármacos sobre el feto humano).</p> |
|---|---|

EJECUCION

1. Se estimuló a la paciente a miccionar siempre que tuviera ganas.
2. Se insistió sobre la ingesta adecuad de líquidos.
3. Se enseñó y fomentó el uso del ejercicio de Keguel y se indico realizarlo por lo menos unas cien veces al días.

4. Se refirió a laboratorio de su elección para la realización de Examen General de Orina.
5. Se instruyó sobre la aparición de signos de infección en vías urinarias bajas.
6. Se fomentará la utilización de ropa interior de algodón holgada
7. Se Enfatizar sobre las medidas higiénicas baño diario y la recomendación de la utilización de jabón de baño neutro
8. Se Enseñó como realizar un aseo perineal eficiente.
9. Se e recomendó el evitar el consumo de café, té, alcohol, bebidas de cola.
10. Se recomendó el orinar inmediatamente después del coito.
11. Se Empleo de solución de vinagre (dos o 4 cucharadas de vinagre en 1 lt. De agua) por una semana.
12. Se enseñó la importancia de secar bien los órganos sexuales externos después de ir al baño y después de bañarse.
13. Se dio tratamiento farmacológico para la infección de vías urinarias bajas
Ministración de Ampicilina tabletas de 500mg cada 6 Hr., Vía Oral.
hrs.

EVALUACIÓN

| Intervenciones De Enfermería | Evaluación |
|---|---|
| 1. Se le estimulará a la cliente a miccionar siempre que sienta ganas o cada dos horas. | Miccionaba cada vez que sentía ganas, por lo que está medida contribuyó a la desaparición y a la prevención de infección de vías urinarias bajas. |
| 2. Se insistirá en la adecuada ingesta de líquidos de dos a tres litros diarios. | El consumo de agua fue de dos litros diarios regularmente; No disminuyó su ingesta. |

| | |
|---|--|
| <p>3. Enseñar y fomentar el uso del ejercicio de Kegel e instruir para que lo practique hasta 100 veces al día.</p> | <p>Aprendió a realizar el ejercicio de Kegel, y lo realizaba cada vez que recordaba y la mayoría de las veces lo realizaba en su trabajo.</p> |
| <p>4. Se referirá a la paciente para realizarse un Examen General de Orina en el laboratorio de su elección para corroborar infección</p> | <p>El examen General de Orina tuvo como resultado: Aspecto turbio, sedimento nebuloso; en donde se observaron moderadas células epiteliales de 6-8 leucocitos, abundantes bacterias por campo. Lo que nos corroboró la sospecha de infección de vías urinarias bajas.</p> |
| <p>5. Se instruirá sobre la aparición de signos de infección de vías urinarias bajas.</p> | <p>Sabe los signos que debe de observar para sospechar de una infección de vías urinarias bajas, ya que al preguntar responde correctamente.</p> |
| <p>6. Fomentar la utilización de ropa interior de algodón holgada</p> | <p>Fijo su atención en la adquisición de ropa interior de algodón y no tan ajustada, ayudándonos al logro de nuestro objetivo.</p> |
| <p>7. Enfatizar sobre las medidas higiénicas baño diario y la recomendación de la utilización de jabón de baño neutro</p> | <p>El baño diario no fue posible lograrlo al 100 %, ya que su casa no contaba con baño de regadera y lo tenía que hacer calentando agua y acarreándola hacia el baño, por lo que le resultaba difícil,, pero lo hacía terciario y en casa de su madre, sin embargo, se cambiaba su ropa interior diariamente. Modificó el uso de jabones de baño</p> |

| | |
|---|--|
| | con perfume por jabones neutros. |
| 8. Enseñar como realizar un aseo perineal eficiente. | El aseo perineal no lo desconocía; sin embargo, acepto no realizarlo adecuadamente por lo que ahora lo realizaba siempre que lo requería |
| 9. Evitar el consumo de café, té, alcohol, bebidas de cola | Evito ingerir estas sustancias en especial a los refrescos de cola, ya que estaban incluidos En su dieta diaria. |
| 10. Recomendar el orinar inmediatamente después del coito. | Comprendió el porque era importante orinar después del coito, |
| 11. Empleo de solución de vinagre (dos o 4 cucharadas de vinagre en 1 lt. De agua.) dos o tres veces al día, por una semana | Lo realizó dos veces al día antes de irse al trabajo y antes de irse a dormir, durante una semana, lo que también contribuyó a la desaparición de la infección de vías urinarias. |
| 12. Se enseñará la importancia de secar bien los órganos sexuales externos, después de ir al baño, y después de bañarse. | Adquirió el hábito de secar correctamente sus órganos sexuales después de ir al baño y de bañarse, de tal manera con estas nuevas intervenciones prevenimos la aparición de infecciones de vías urinarias bajas. |
| 13. Ministración de Ampicilina tabletas de 500mg cada 6 Hr., Vía Oral., por siete días. | Se llevo acabo correctamente el tratamiento farmacológico, lo que nos ayudó a erradicar por completa la infección de vías urinarias bajas. |

8. ESTAR LIMPIO Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS

Grado de Dependencia: Dependiente por Conocimiento.

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de alteración de la Lactancia materna R/C pezón no conformado en ambos senos y ligeramente invertido del lado izquierdo.

Objetivos.

- Implementar estrategias que contribuyan a una buena Lactancia Materna.
- Adquirirá conocimientos sobre la preparación de los pezones para la Lactancia.

PLANEACION

| Intervenciones De Enfermería | Fundamentación Científica. |
|---|---|
| 1. Psicoprofilaxis. | La psicoprofilaxis es una técnica para educar a la mujer embarazada y a su pareja física, biológico y mentalmente durante el embarazo, parto y puerperio. Para el mejor recibimiento del nuevo miembro de la familia. Y uno de los contenidos de la Psicoprofilaxis es Lactancia Materna. |
| 2. Educación sobre las medidas para la formación adecuada del pezón y la forma mecánica | La mayoría de las mujeres no son concientes de la necesidad de preparar sus pezones para la succión durante las |

| | |
|--|---|
| para sacar el pezón. | tetadas en la Lactancia Materna |
| 3. Valoración de los conocimientos de la cliente sobre la preparación de las mamas para la lactancia. | La valoración de los conocimientos sobre la Lactancia nos permitirá hacer un juicio sobre la eficiencia de la madre para realizar la lactancia materna. |
| 4. Examinar el tipo de sujetador y se sugerirá la utilización de uno adecuado. | Durante el embarazo se aconseja utilizar un sujetador de soporte porque ayuda a mantener la forma del pecho después del parto. |
| 5. Educación sobre el cuidado a pezones pre y pos amamantamiento | Desde el cuarto mes de embarazo la glándula mamaria segrega calostro y éste sale por los orificios ductuales, lo que constituye un medio favorable al desarrollo de bacterias. La limpieza previene infecciones. |
| 6. Educación para la formación adecuada del pezón y técnicas de masajes de las mamas | La Educación sobre la técnica de formación del pezón y dar masaje a las mamas ayudan a fortalecer los pezones y los hacen menos propensos a ulcerarse durante la lactancia. |
| 7. Se le proporcionará material escrito con ilustraciones sobre la técnica de amamantamiento e información complementaria. | El material escrito le permitirá recurrir a él cuantas veces sean necesarias. |

EJECUCION

1. En la Intervención de Psicoprofilaxis se dio Lactancia Materna.
2. Se Educó sobre las medidas para la formación adecuada del pezón y la forma mecánica para sacar el pezón.
3. Se valoraron los conocimientos de la cliente sobre la preparación de las mamas para la lactancia.
4. Se sugirió la utilización de otro tipo de sujetador adecuado, se examinó el tipo de sujetador
5. Se educó sobre el cuidado a pezones pre y pos amamantamiento
6. Educación para la formación adecuada del pezón y técnicas de masajes de las mamas
7. Se le proporcionó material escrito con ilustraciones sobre la técnica de amamantamiento e información complementaria.

EVALUACION

| Intervenciones De Enfermería | Evaluación |
|--|---|
| 1. Psicoprofilaxis. | Se dio psicoprofilaxis abarcando el tema de la Lactancia Materna, en donde se enseñaron técnicas de amamantamiento y sus ventajas |
| 2. Educación sobre las medidas para la formación adecuada del pezón y la forma mecánica para sacar el pezón. | Se enseñó como formar el pezón, al término de l embarazo los pezones se encontraban formados y el pezón izquierdo evertido. |
| 3. Valoración de los conociemien- | Se valoró y encontramos que era |

| | |
|--|--|
| tos de la cliente sobre la lactancia. | poco lo que sabía sobre lactancia materna. |
| 5. Examinar el tipo de sujetador y se sugerirá la utilización de uno adecuado. | Su sujetador no era el adecuado por lo que compró un sujetador apto para la lactancia materna. |
| 6. Educación sobre el cuidado a pezones pre y pos amamantamiento | Aprendió a cuidar sus pezones antes del amamantamiento evitando infecciones |
| 7. Se le proporcionará material escrito con ilustraciones sobre la técnica de amamantamiento e información complementaria. | Verificaba en sus hojas la técnica e información si en algún momento tenía duda. |

Se explico la importancia de la lactancia materna, así como también la técnica y los beneficios. Los pezones se lograron adaptar para la lactancia; así como el pezón izquierdo se logro evertir

11. EVITAR PELIGROS.

Grado de dependencia: Dependiente por conocimiento

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de Anemia R/C ingesta inadecuada de alimentos ricos en hierro.

OBJETIVO

- Contribuir a alcanzar cifras normales de hemoglobina y hematócrito.

PLANEACION

| Intervenciones De Enfermería | Fundamentación Científica. |
|---|---|
| 1. Recomendar suplementos de hierro y vitaminas | La anemia es una complicación médica frecuente que se produce también durante el embarazo. Ya que el hierro tiene gran importancia par la eritropoyesis, conservando los valores de hemoglobina de la madre, sus depósitos, así como, proporciona hierro para el desarrollo fetal en la formación de sangre durante el período neonatal |
| 2. Canalizar al laboratorio 1 o 2 semanas antes del la fecha probable de Parto y evaluar los Resultados. | La anemia aumenta el riesgo de muerte materna durante el embarazo, y una hemorragia importante en el curso del parto en una mujer anémica es doblemente peligrosa. |
| 3. Recomendar la ingesta de alimentos ricos en hierro (hígado, riñón, ostras, almejas, frijoles secos enlatados, jugo de ciruela, pasas, duraznos secos, chicharos, Espinacas, brócoli, etc.) | El consumo de alimentos ricos en hierro nos ayudará a mantener los parámetros normales de hemoglobina y hematocrito |

EJECUCION

1. Se recomendó suplementos de hierro y vitaminas.
2. Se Canalizó al laboratorio 1 o 2 semanas antes del la fecha probable de Parto y evaluar los Resultados.
3. se recomendó la ingesta de alimentos ricos en hierro.

EVALUACION.

Las medidas tomadas para mantener el hematocrito y la hemoglobina dentro de los parámetros normales fueron positivas, ya que se realiza al final del embarazo otro examen de laboratorio ene. Cual los niveles de hemoglobina se elevaron. La cooperación de rosy fue muy buena.

| Intervenciones De Enfermería | Evaluación |
|--|--|
| 1. Recomendar suplementos de hierro y vitaminas | Al hacer la recomendación compró suplementos de hierro y vitaminas, evitando al término del embarazo que las cifras normales de hemoglobina y hematocrito se mantuvieran normales. |
| 2. Canalizar al laboratorio 1 o 2 semanas antes del la fecha probable de Parto y evaluar los Resultados. | Se verificaran los resultados dos semanas antes del parto, y se encontraron el hierro y la hemoglobina en parámetros normales. |

| | |
|--|--|
| <p>3. Recomendar la ingesta de alimentos ricos en hierro (hígado, riñón, ostras, almejas, frijoles secos enlatados, jugo de ciruela, pasas, duraznos secos, chicharos, 3spinacas, brócoli, etc.)</p> | <p>Incluyó en su dieta alimentos ricos en hierro en especial frijoles e hígado de res, y verduras de hojas verdes.</p> |
|--|--|

6.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA REALES

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Grado de Dependencia: Dependiente por Fuerza.

Diagnóstico de enfermería

Alteración de la respiración R/C compresión del diafragma por agrandamiento del Útero; Manifestada por Disnea.

OBJETIVOS:

- Disminuir la sensación de respiración mecánica ineficaz
- Aprender medidas de auto cuidado para prevenir hacer frente a la falta de aliento.
- Conocerá los tipos básicos de respiración.
- Aprenderá a utilizar adecuadamente los patrones respiratorios según los diversos momentos del parto.

PLANEACION

| Intervenciones | Fundamentación Científica |
|--|---|
| 1. Se le dará una explicación científica por que ocurre la sensación de respiración ineficaz | La comprensión del porque de la falta de aliento le permitirá disminuir la ansiedad y realizar de forma adecuada sus respiraciones. |
| 2. Se le enseñarán posiciones de fowler y semifowler para mejorar la respiración | La posición de fowler o semifowler ayudan en el mejor desplazamiento del diafragma; ya que por gravedad los pulmones se descomprimen y facilitando su expansión |
| 3. Se le recomendara no utilizar zapatos alto. | La utilización de zapatos altos añade aun más un desequilibrio postural, haciendo aún más marcada la lordosis y así la disminución de la expansión torácica. |
| 4. Advertir descansar después de un periodo de falta de aliento. | El descanso después de un período de falta de aliento ayuda a la recuperación del volumen de PO2 evitando así mareos. |
| 5. Se le explicarán tipos básicos | El conocimiento de los tipos básico |

| | |
|--|---|
| <p>de respiración: Abdominal, torácicos y Combinados</p> | <p>de respiración la ayudarán a actuar cuando ocurra una falta de aliento. O bien para utilizarlo de forma adecuada en cada momento del trabajo de Parto. Una buena técnica de respiración ayudarán a un satisfactorio aporte de oxígeno al útero y al feto, así como también a la disminución de las molestias ocasionadas por las contracciones uterinas y a liberar la tensión y aumentar la relajación.</p> |
| <p>6. Psicoprofilaxis</p> | <p>La psicoprofilaxis la ayudarán a enfrentar de manera eficaz cada una de las etapas de embarazo, parto y puerperio, así como cada una de las necesidades de cada etapa.</p> |

EJECUCIÓN

1. Se le dió una explicación científica por que ocurre la sensación de respiración ineficaz
2. Se le enseñó posiciones de fowler y semifowler para mejorar la respiración.
3. Se le recomendó no utilizar zapatos alto.
4. Se le Advirtió descansar después de un período de falta de aliento.
5. Se le explicó técnicas de respiración.
6. Se le dió psicoprofilaxis

EVALUACIÓN

| Intervenciones de Enfermería | Evaluación |
|--|--|
| 1. Se le dará una explicación científica por que ocurre la sensación de respiración ineficaz | Al saber que la sensación de falta de aliento era normal por la adaptación del organismo al crecimiento uterino, disminuyó su ansiedad, además que contribuyó en forma eficaz en la realización de las respiraciones eficaces. |
| 2. Se le enseñarán posiciones de fowler y semifowler para mejorar la respiración | Con las posiciones de fowler y semifowler mejora su respiración en especial cuando se encontraba descansando. |
| 3. Se le recomendará no utilizar zapatos alto. | No utilizo zapatos altos durante la etapa de embarazo |
| 4. Advertir descansar después de un periodo de falta de aliento. | Adoptando esta medida ayudó a evitar un mareo por la falta de oxigenación al realizar movimientos bruscos como levantarse de manera súbita. |
| 5. Se le explicarán tipos básicos de respiración: Abdominal, torácicos y Combinados | Se realizaron ejercicios respiratorios periódicos por lo que logró adaptarse a los cambios de respiración según su necesidad de oxigenación o bien según el momento de trabajo de parto que requería, realizándolos de |

| | |
|--------------------|--|
| | manera eficaz. |
| 6. Psicoprofilaxis | Durante el trabajo de parto supo identificar la etapa en la cual se encontraba y la técnica de respiración que debía utilizar,; además, de que le sirvió para realizar técnica de relajación entre una y otra contracción. Aunque mencionó que no sabe si le sirvió para disminuir el dolor, ya que las contracciones no dejaron de ser dolorosas, sin embargo se concentraba en sus respiraciones como se le fue indicado |

Logró comprender porque sentía como si le faltará el aliento.

La calidad de la respiración mejoró en base a las medidas que se enseñaron de posiciones, técnicas de respiración, psicoprofilaxis.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración de la Oxigenación en Miembros inferiores R/C Presión de vasos sanguíneos por aumento del útero gravídico; Manifestado varices de poco calibre, edema maleolar; e hiperemia vespertino y dolor.

Grado de Dependencia: Dependiente por Fuerza

Objetivos:

- Contribuir a la desaparición o reducción de los signos y síntomas como edema, eritema e hiperemia; así , como el dolor en miembros inferiores.
- Aplicar estrategias que contribuyan al alivio de los signos y síntomas manifestados.

PLANEACIÓN

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica: |
|---|--|
| 1. Enseñarán ejercicios para mejorar la circulación sanguínea | La realización de ejercicios circulatorios ayudarán al mejoramiento de la circulación sanguínea por medio de la relajación y contracción de los músculos ayudará a aumentar el riego sanguíneo arterial de los tejidos y reducir la congestión venosa. |
| 2. Evitar el cruce de piernas. | Al doblar las piernas existe una compresión de las venas que irrigan los miembros inferiores, de de tal modo que disminuye la circulación sanguínea. |
| 3. Descansar cuando le sea posible sentándose o | La elevación de las piernas por arriba del nivel del corazón ayuda a |

| | |
|--|--|
| <p>acostándose con las piernas en alto; y cuando se encuentre parada realizar flexiones de rodillas.</p> | <p>disminuir la presión mejorando la circulación sanguínea , disminuyendo el edema y eritema. Las flexiones ayudan a que los músculos entren en acción y movilicen la circulación sanguínea.</p> |
| <p>4. Caminar diariamente por lo menos diez minutos.</p> | <p>La movilización de grandes músculos durante la caminata mejoran la circulación sanguínea.</p> |
| <p>5. Inmersión de pies en agua caliente y fría alternados por dos minutos 4 tiempos.</p> | <p>La inmersión de pis en agua caliente produce una vaso dilatación de las venas y arterias y por lo tanto una mejor circulación. La inmersión en agua fría produce el efecto contrario, por lo que combinados por dos minutos cada inmersión actúan como una bomba para impulsar el torrente sanguíneo hacia el corazón</p> |
| <p>6. Recomendar el uso de medias con graduación para mujeres embarazadas</p> | <p>Las medias de graduación dan sostén a los músculos, proporcionando estabilidad y tono a los vasos sanguíneos para el mejor transporte de la sangre</p> |
| <p>7. Sugerir Realizar masaje con cepillo de hoja de lechuga.</p> | <p>El masaje con el cepillo de hoja de lechuga, por ser de cerdas naturales, no daña la piel, y ayuda reactivar la circulación de pequeños vasos sanguíneos.</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| 8. Disminuir la ingesta de sal | La sal contiene sodio que es un electrolito que interviene en la fisiología del balance hidroeléctrico. El sodio en exceso ayuda a retener en el cuerpo concentración de líquidos extracelulares. También interviene en la bomba sodio-potasio. |
|--------------------------------|---|

EJECUCION

1. Se le enseñó ejercicios para mejorar la circulación sanguínea
2. Evitar el cruce de piernas.
3. Descansar cuando le sea posible sentándose o acostándose con las piernas en alto; y cuando se encuentre parada realizar flexiones de rodillas.
4. Caminar diariamente por lo menos diez minutos.
5. Inmersión de pies en agua caliente y fría alternados por dos minutos 4 tiempos.
6. Se le recomendó el uso de medias con graduación
7. Sugirió Realizar masaje con cepillo de hoja de lechuga.
8. Se le sugirió disminuir la ingesta de sal

EVALUACIÓN

Aprendió a disminuir en gran medida las molestias que le ocasionaban la mala circulación sanguínea adoptando de manera disciplinada posturas, mecanismos y

todas las sugerencias que se le hicieron, logrando disminuir el edema, eritema e hiperemia vespertino.

| Intervenciones de Enfermería | Evaluación |
|--|---|
| 9. Enseñarán ejercicios para mejorar la circulación sanguínea | Los ejercicios circulatorios realizados por Rosy fueron de gran utilidad en la reducción del edema, eritema e hiperemia vespertina, sobre todo por que fueron constantes. |
| 10. Evitar el cruce de piernas. | Ya no cruzaba las piernas al saber que esto agravaba su problema. |
| 11. Descansar cuando le sea posible sentándose o acostándose con las piernas en alto; y cuando se encuentre parada realizar flexiones de rodillas. | Realizaba descansos en su trabajo y realizaba algunos ejercicios enseñados y por las tardes en su casa también los realizaba. |
| 12. Caminar diariamente por lo menos diez minutos. | Diariamente caminaba del trabajo a su casa ya que se encontraban cerca uno del otro. |
| 13. Inmersión de pies en agua caliente y fría alternados por dos minutos 4 tiempos. | Las inmersiones las realizaba cuando existía mucho edema, proporcionándole bienestar después de las inmersiones, descendiendo el edema, eritema e hiperemia. |
| 14. Recomendar el uso de medias con graduación para mujeres embarazadas | Utilizó medias kendall quitándoselas por las tardes. |

| | |
|---|---|
| 15. Sugerir Realizar masaje con cepillo de hoja de lechuga. | Los masajes se realizaron en una frecuencia de 4 X 7 obteniendo buenos resultados en el mejoramiento de la circulación verificado en la disminución del edema, hiperemia y dolor. |
| 16. disminuir la ingesta de sal | Disminuyó la sal de sus alimentos, por lo que también, contribuyó ala notable disminución de los signos y síntomas presentes antes de la realización de las intervenciones de enfermería. |

NECESIDAD DE BEBER Y COMER

Grado de Dependencia :Dependiente por Conocimiento.

Diagnóstico de enfermería

Nutrición alterada mayor a los requerimientos corporales R/C Peso mayor para la estatura y constitución, Manifestado por aumento de peso

OBJETIVO:

- Será capaz de describir la importancia de una nutrición adecuada.
- Mostrará su intención de mejorar sus hábitos alimenticios siguiendo una dieta nutritiva
- Aumentará de 11 a 14 kg en todo el embarazo.

PLANEACIÓN

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica. |
|--|--|
| 1. Se educará sobre la necesidad de ingerir alimentos ricos en proteínas, vitaminas A ,D, E y Complejo B, calcio, fósforo, hierro, que puede ingerir durante el período de embarazo. | Los cambios nutricionales necesarios para compensar el embarazo son requisito desarrollo de auto cuidado. El conocimiento de los requerimientos nutricionales durante el embarazo permitirán la ingestión de alimentos altamente nutritivos de acuerdo a la edad gestacional en la que se encuentre. |
| 2. Se elaborará una dieta de acuerdo a sus necesidades físicas, económica y culturales; equilibrada, suficiente, variada y baja en grasas. | Los hábitos alimenticios pueden cambiarse fácilmente con educación y voluntad de la persona, por lo que en una dieta debe tomarse en cuenta las necesidades físicas, económicas y culturales del individuo en estudio, para el logro de nuestros objetivos. |
| 3. Se tomará peso semanalmente. | Se tomará el peso como medida de evolución de su alimentación durante la etapa gestacional. |
| 4. Prohibir comer comida chatarra. | La comida chatarra es baja en nutrientes y rica en carbohidratos, azúcares y grasas, por lo que contribuyen al aporte mínimo de sustancias nutritivas y favorecen la implementación del peso. |

EJECUCION

1. Se educó sobre la necesidad de ingerir alimentos ricos en proteínas, vitaminas A ,D, E y Complejo B, calcio, fósforo, hierro, que puede ingerir durante el período de embarazo.
2. Se elaboró una dieta de acuerdo a sus necesidades físicas, económica y culturales; equilibrada, suficiente, variada y baja en grasas.
3. Se tomó peso semanalmente.
4. Se recomendó comer comida chatarra.

EVALUACIÓN

Se logró un aumento total de 11. 5º kg. Durante todo el embarazo

Se logró que la señora comprendiera el motivo de la planeación de una dieta altamente nutritiva y baja en grasa y carbohidratos

| Intervencionesde Enfermería | Evaluación |
|--|--|
| 5. Se educará sobre la necesidad de ingerir alimentos ricos en proteínas, vitaminas A ,D, E y Complejo B, calcio, fósforo, hierro, que puede ingerir durante el período de embarazo. | Al educarla sobre la alimentación que debería llevar durante la etapa de gestación ella comprendió que la que estaba llevando no era la adecuada, por tal motivo había excedido ya su peso, además que estaba pasando por una anemia leve. |

| | |
|---|---|
| <p>6. Se elaborará una dieta de acuerdo a sus necesidades físicas, económica y culturales; equilibrada, suficiente, variada y baja en grasas.</p> | <p>Al elaborar la dieta ella sugería que era lo que quería comer de acuerdo a la lista de alimentos proporcionada, así como la cantidad y los requerimientos de acuerdo a su talla y a la edad gestacional, por lo que su peso al finalizar el embarazo fue de 12,300 kg.</p> |
| <p>7. Se tomará peso semanalmente.</p> | <p>Se le tomo el semanalmente logrando el aumento de peso mencionado. además que demostró no sólo la intención, sino el conocimiento y la voluntad de mejorar sus hábitos alimenticios siguiendo una dieta nutritiva reflejada en su peso al finalizar el embarazo.</p> |
| <p>8. Se recomendó comer comida chatarra.</p> | <p>Se rehusó a comer comida chatarra por convicción de que no era lo mejor para ella, ni para su bebé.</p> |

ELIMINACIÓN

Grado de Dependencia: Dependiente por Fuerza.

Diagnóstico de enfermería

Alteración de la Eliminación urinaria R/C Cambios fisiológicos del útero por opresión sobre la vejiga urinaria, Manifestada por Polaquiuria.

OBJETIVOS:

- Educar sobre los motivos que se dan para la alteración de la eliminación.
- Prevenir cualquier alteración de la eliminación

PLANEACION

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica: |
|--|--|
| 1. Educar sobre la naturaleza de la polaquiuria, como causa de la opresión del útero sobre la vejiga. | La comprensión del motivo que causa la polaquiuria, evitara la ansiedad y preocupación por pensar que fuese por otras causas. |
| 2. Enseñar y fomentar el uso del ejercicio de Kegel e instruir para que lo practique hasta 100 veces al día. | El ejercicio de Kegel fortalece la musculatura del suelo pélvico y ayuda mantener un buen tono muscular, ya que la evacuación de la vejiga, aunque de naturaleza refleja, se inicia por lo general en forma voluntaria |
| 3. Estimular a la cliente a miccionar siempre que sienta ganas o c/ 2h. | El vaciamiento frecuente de la vejiga aumenta la eliminación de bacterias disminuye y reduce la éstasis urinaria y evita la infección. |
| 4. Disminuir la ingesta de líquidos a partir de las 19:00 hrs. | La disminución de la ingesta a partir de ésta hora ayudará a que la paciente no micciones de manera frecuente por la noche. |

EJECUCION

1. Se educó sobre la naturaleza de la polaquiuria, como causa de la opresión del útero sobre la vejiga
2. Se le estimuló a la cliente a miccionar siempre que sienta ganas o c/ 2h.
3. Se le enseñó y fomentó el uso del ejercicio de Kegel e instruir para que lo practique hasta 100 veces al día.
4. Disminuyó la ingesta de líquidos por la noche

EVALUACION

La paciente entendió las causas de la polaquiuria y comprendió que era un proceso normal dentro de la fase de embarazo.

Entendió porque es necesaria la ingesta de muchos líquidos durante el día y su disminución por la noche.

| Intervenciones de Enfermería | Evaluación |
|--|--|
| 1. Educar sobre la naturaleza de la polaquiuria, como causa de la opresión del útero sobre la vejiga. | Se redujo la ansiedad que le provocaba el desconocimiento del motivo de las micciones frecuentes |
| 2. Enseñar y fomentar el uso del ejercicio de Kegel e instruir para que lo practique hasta 100 veces al día. | Aprendió a realizar el ejercicio de Kegel, y lo realizaba cada vez que recordaba y la mayoría de las veces lo realizaba en su trabajo. |

| | |
|---|---|
| 3. estimular a la cliente a miccionar siempre que sienta ganas o c/ 2h. | El consumo de agua fue de dos litros diarios regularmente; No disminuyó su ingesta. |
| 4. Disminuir la ingesta de líquidos a partir de las 19:00 hrs. | Adopto esta medida por lo que contribuyo a disminuir la molestia de miccionar frecuentemente por las noches |

Diagnóstico de enfermería

Alteración de la sensación de la temperatura corporal R/ C cambios biológicos durante el embarazo

Grado de Dependencia : Dependiente por Fuerza.

OBJETIVO

- Comprenderá el motivo de la sensación del aumento de la temperatura
- Se le enseñarán medidas preventivas para disminuir la sensación de calor.

PLANEACION

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica: |
|--|---|
| 1. Explicar el motivo por el cual siente la elevación de la temperatura | El conocimiento del motivo por el cual siente que la temperatura se eleva, la ayudarán a disminuir la ansiedad y a adoptar medidas para su disminución. |
| 2. Sugerir el uso de ropa ligera, estancia en lugares bien ventilados, para disminuir la sensación de calor. | El aumento de la sensación de la sudación se debe a los cambios hormonales y a la necesidad del cuerpo de eliminar más productos de desecho debidos a los cambios del embarazo. |

EJECUCIÓN

1. Se Explicó el motivo por el cual siente la elevación de la temperatura
2. Se le enseñaron medidas como el uso de ropa ligera, estancia en lugares bien ventilados

EVALUACION

Rosy entendió que la sensación de aumento de la temperatura era debida al cambio hormonal al que ahora estaba sujeta, pero que sedera al termino del embarazo, por lo que llevo acabo las recomendaciones y logrando disminuir está sensación.

| Intervenciones de Enfermería | Evaluación |
|--|--|
| 1. Explicar el motivo por el cual siente la elevación de la temperatura | Al saber porque tenía la sensación de aumento de su temperatura corporal, disminuyó su ansiedad y comprendió que se dería al término del embarazo. |
| 2. Sugerir el uso de ropa ligera, estancia en lugares bien ventilados, para disminuir la sensación de calor. | Realizó las medidas recomendadas para disminuir la sensación de calor obteniendo por resultado ligeramente disminuida la sensación de calor. |

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Grado de Dependencia: Dependiente por Fuerza

Diagnóstico de enfermería

Alteración de la postura R/C modificación fisiológica de la columna por embarazo manifestado por cambios posturales incómodos.

OBJETIVOS.

- Aprenderá a utilizar su cuerpo en actividades cotidianas sin riesgo de lastimarse
- Acondicionará músculos para lograr una mayor flexibilidad.
- Disminuirá el dolor en espalda baja
- Evitará la aparición de mareos después de levantarse abruptamente.

PLANEACIÓN

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|---|--|
| 1. Enseñar mecánica corporal en las actividades del día a día (como levantarse, acostarse, agacharse, estar de pie, caminar, sentarse, hacer el amor) | La buena posición y una adecuada mecánica corporal adecuada reduce la curvatura de la columna, la tensión muscular y la sobrecarga innecesaria sobre la espalda. La adecuada alineación corporal alivia la tensión muscular, articular y ligamentosa |
| 2. Enseñar Psicoprofilaxis | La psicoprofilaxis es una técnica para educar a la mujer embarazada y a su pareja física, biológica y mentalmente durante el embarazo, parto y puerperio. Para el mejor recibimiento del nuevo miembro de la familia. Y uno de los contenidos de la Psicoprofilaxis mecánica corporal en las actividades de la cotidianidad. |
| 3. Instruir sobre el masaje en la región lumbosacra. | El masaje en la región lumbosacra, alivia el malestar, al relajar los músculos en tensión. |

EJECUCIÓN

1. Se le enseñó mecánica corporal en las actividades de la cotidianidad (como levantarse, acostarse, agacharse, estar de pie, caminar, sentarse, hacer el amor)
2. Se le dio Psicoprofilaxis
3. Dar masaje en la región lumbosacra.

EVALUACION

Rosy aprendió mecánica corporal, manifestando sentirse aliviada ya que el dolor de espalda disminuyó considerablemente, además que, en el trabajo de la guardería siempre tiene la necesidad de agacharse, estar de pie muchas horas, y el conocimiento de la mecánica corporal ayudo en gran medida a realizar con mayor seguridad su trabajo, sin cansarse más de lo necesario. Comenta haber adquirido mayor flexibilidad con la rutina de ejercicios realizados en la psicoprofilaxis.

| Intervenciones De Enfermería | Evaluación |
|--|---|
| 1. Se le enseñará mecánica corporal en las actividades de la cotidianidad (como levantarse, acostarse, agacharse, estar de pie, caminar, sentarse, hacer el amor) | La instrucción sobre mecánica corporal ayudó en gran medida a evitar posibles lesiones y al mejoramiento del dolor, ya que éste disminuyó en gran medida, además que con una mejor postura y la implementación de la mecánica corporal en las actividades diarias ayudaron en la mejor realización de su trabajo, ya que también se |

| | |
|--|--|
| | encuentra mucho tiempo de pie, por lo que también le ayudo a no realizar esfuerzos innecesarios y así cansarse. Además en su trabajo en la guardería requiere levantarse y agacharse constantemente por los niños y esto le evitó sentirse mareada |
| 3. Psicoprofilaxis | La psicoprofilaxis en e este rublo nos ayudo a conocer la manera en que la mujer embarazada debía realizar actividades sin dañar o lastimar su columna |
| 4. Dar masaje en la región lumbosacra. | El masaje que se le dio a la paciente, de igual manera se le enseñó su esposo, por lo que disminuyó considerablemente el dolor en la región lumbosaccra |

4. DORMIR Y DESCANSAR

Grado de Dependencia: Dependiente por Fuerza

Diagnóstico de enfermería

Perturbación del sueño R/C Cambios biopsicologicos del embarazo, Manifestado por ojeras, fatiga y sensación de aumento de la temperatura corporal.

OBJETIVOS.

- La paciente lograra dormir satisfactoriamente por lo menos 8 hrs diarias, mediante la aplicación de medidas preventivas.
- Se repondrá de los cambios físicos, psicosociales y en el estilo de vida.
- Lograr el autodomínio, proporcionando sedación y paz interior , combatiendo la tensión y la angustia, principalmente el la etapa de trabajo de parto.

PLANEACION

| Intervenciones de enfermería | Fundamentación científica |
|---|---|
| 1. Enseñar psicoprofilaxis | La psicoprofilaxis es una técnica para educar a la mujer embarazada y a su pareja física, biológica y mentalmente durante el embarazo, parto y puerperio. Para el mejor recibimiento del nuevo miembro de la familia. Y uno de los contenidos de la Psicoprofilaxis mecánica corporal en las actividades de la cotidianidad como lo es la adopción de una postura para descansar. |
| 2. Explicar sobre ejercicios de relajación respiratorios. | Las técnicas de relajación aumentan la sensación de control del paciente sobre su respuesta orgánica ante el estrés, además de que evitan la contracción innecesaria de los músculos corporales estriados, que |

| | |
|--|---|
| | no deben intervenir en el momento del parto. Teniendo un notable ahorro de energía, que puede ser empleada en el trabajo de parto y por otra una mejor oxigenación del feto. Además de que mejora la funcionalidad uterina. La desaparición de la tensión y el ahorro energético posibilita una buena coordinación de la dinámica uterina que, por lo general, se torna más efectiva, |
| 3. Explicación anatomofisiológicas del embarazo | El sueño se ve dificultado debido al aumento del tamaño del útero, la frecuencia urinaria y la actividad fetal, así como la sensación de aumento de la temperatura. |
| 4. Indicar sobre las causas de fatiga y hacerla que planee un programa con suficientes descansos | La mujer embarazada se fatiga pronto especialmente durante el tercer trimestre aumentando así sus necesidades de sueño. |
| 5. Sugerir dormir con ropa cómoda y fresca por las noches | Permitirán libre movimiento, así como disminuir la sensación de calor nocturno |
| 6. Fomentar actividades relajadas como leer, ver televisión, etc. | Actividades de recreación como leer, ver tv., fomentan en la paciente un estado mental de relajación. |

| | |
|--|--|
| <p>7. Recomendar la posición en decúbito lateral en especial izquierdo</p> | <p>La posición en decúbito lateral izquierdo evita presión ejercida sobre los vasos sanguíneos ligamentos y estructuras óseas situadas detrás del útero, disminuyendo la presión y aumenta el bienestar.</p> |
|--|--|

EJECUCION

1. Se enseñó psicoprofilaxis
2. Se explicó sobre ejercicios de relajación respiratorios.
3. Se dio explicación anatomofisiológicas del embarazo
4. Se Indicó sobre las causas de fatiga y hacerla que planee un programa con suficientes descansos
5. se sugirió dormir con ropa cómoda y fresca por las noches
6. Se recomendó la posición en decúbito lateral en especial izquierdo
7. Se fomentó actividades relajadas como leer, ver televisión, etc.

EVALUACION

Logró descansar al dormir, siguiendo adecuadamente las medidas enseñadas.

| <p>Intervenciones de enfermería</p> | <p>Evaluación</p> |
|--|---|
| <p>1. Enseñar psicoprofilaxis</p> | <p>La psicoprofilaxis nos ayudó en gran medida a lograr un estado de relajación, lo que permitía a mi</p> |

| | |
|--|--|
| | paciente a sentir tranquilidad y en armonía consigo misma, manifestando ser el momento más agradable del día. Además que contribuyo a preparar y psicológicamente durante el trabajo de parto, |
| 2. Explicar sobre ejercicios de relajación respiratorios. | Los ejercicios de relajación respiratorios fueron en su totalidad realizados, permitiendo un trabajo de parto conciente y un expulsivo rápido. |
| 3. Explicación anatomofisiológicas del embarazo | Respondía en forma favorable ante la explicación del por que se fatigaba, aunque lo suponía se le afirmaron los cambios psicológicos y físicos permitiendo una mayor comprensión de la necesidad insatisfecha. |
| 4. Indicar sobre las causas de fatiga y hacerla que planee un programa con suficientes descansos | El programa que se realizó estaba sujeto al ritmo de trabajo, y según actividades a realizar en el día por lo que se planeaba momentos de descanso continuos durante nuestros encuentros. |
| 5. Sugerir dormir con ropa cómoda y fresca por las noches | Dormía con ropa cómoda todas las noches |
| 6. Fomentar actividades relajadas como leer, ver televisión, etc. | El escuchar música era lo que más la relajaba y los fines d semana ella veía la televisión |

| | |
|--|---|
| 7. Explicar la importancia de dormir por lo menos ocho horas diarias, para la recuperación física y psicológica de su organismo. | Dormía mejor desde que implementamos las intervenciones de enfermería, ya que también entendió la importancia de |
| 8. Recomendar la posición en decúbito lateral en especial izquierdo | Adopto esta posición ya que también le resultaba cómoda, con la utilización de cojines para se mejor confortabilidad. Lo que le permitió un mejor descanso por las noches |

USO DE PRENDAS ADECUADAS

Grado de Dependencia: Independiente

Esta necesidad se encuentra satisfecha.

TERMORREGULACIÓN

Grado de Dependencia: Independiente

Esta necesidad se encuentra satisfecha.

ESTAR LIMPIO Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS.

Grado de Dependencia: Parcialmente Dependiente. Por Fuerza

Diagnóstico de enfermería

**Alteración de la continuidad de la piel R/C aumento de útero gravídico,
Manifestado por estrías.**

OBJETIVOS

- Conocerá y aplicará medidas para la disminución de estrías
- Humectará adecuadamente su piel

PLANEACION

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación científica |
|--|--|
| 1. Contribuir con medidas dietéticas para tratar de evitar más rompimientos dérmicos con un aumento de peso. | La ayuda de una buena dieta ayudaran a que su peso se encuentre dentro de los parámetros normales según talla y edad gestacional, evitando más rompimientos de tejido tegumentario. |
| 2. Recomendar el uso de cremas y aceites corporal. | El uso de cremas corporales y aceites en especial en abdomen ayudarán a humectar la piel , además de proporcionar así elasticidad que nos ayudará a la adaptación del útero gravídico conforme va creciendo. |
| 3. Encomendar no rascar ante la presencia de prurito. | El rascado intenso y constante favorece que los tejidos se rompan y se laceren produciendo escoriaciones. |

EJECUCION

1. Se contribuyó con la enseñanza de medida dietéticas para tratar de evitar más rompimientos dérmicos con un aumento de peso.
2. Se recomendó el uso de cremas y aceites corporal.
3. Se le encomendó no rascar ante la presencia de prurito.

EVALUACION

| Intervenciones de Enfermería | Evaluación |
|--|--|
| 1. Contribuir con medidas dietéticas para tratar de evitar más rompimientos dérmicos con un aumento de peso. | Logró llevar la dieta encomendada, logrando subir 11.300 kg., por lo que el estiramiento de la piel al ir aumentando de tamaño el abdomen no tuvo mayores rompimientos, aunque cabe mencionar que no se pudo evitar que aparecieran más estrías. |
| 2. Recomendar el uso de cremas y aceites corporal. | Se humectaba perfectamente la piel después de bañarse y también lo hacía por la tarde, sin embargo no fue suficiente para que las estrías no aparecieran conforme avanzaba el embarazo. |
| 3. Encomendar no rascar ante la presencia de prurito. | El prurito era constante ya que aparecían nuevas estrías, sin embargo no realizaba rascado, se masajeaba con la yema de los dedos sin lastimar el tejido. |

El peso se logro mantener, se utilizó cremas y aceite en la región abdominal. No se pudo evitar la aparición de nuevas estrías, sin embargo no hubo laceraciones por rascado.

EVITAR LOS PELIGROS

Grado de Dependencia: Dependiente Por Conocimiento

Diagnóstico de enfermería.

Alteración en el estado emocional R/C llegada del nuevo miembro de la familia, manifestado por angustia

OBJETIVOS:

- Establecer tempranamente vínculo afectivo entre padres e hijo.
- Aprenderá a estimar a su bebé intrauterinamente junto con su esposo.

PLANEACION

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|---|--|
| 1. Hacer participar al esposo en Psicoprofilaxis. | La participación del padre dentro de la psicoprofilaxis establece el vínculo amoroso familiar entre esposos e hijo, además de brindar apoyo emocional y físico a su pareja |
| 2. Permitirles expresar sus | El ser padres es una crisis y el |

| | |
|--|--|
| <p>sentimientos sobre el embarazo y sobre la paternidad.</p> | <p>aprender a hacer frente a sus multifacéticos aspectos estresantes es un proceso de adaptación. La paternidad en especial en la llegada del primer hijo constituye una experiencia familiar crítica.</p> |
| <p>3. Orientar sobre estimulación intrauterina.</p> | <p>La estimulación es el acercamiento simple de los padres a los hijos basado en el amor y su objetivo es incrementar el aprendizaje. En la actualidad se sabe que el impacto positivo es inmenso al presentar al bebé estímulos organizados, metódicos y consistentes. La estimulación adecuada aumenta la sinapsis y la mielinización entre las neuronas. Así cada vez que hay un estímulo, sea la voz humana o sonidos, se forman más células de sostén. Esto lo avala la investigación hecha con animales. Hay quienes no piensan en el feto como un ser humano en formación, pero éste desde muy temprano percibe los estímulos a su alrededor y responde a ellos. Por lo tanto su madre tiene toda la posibilidad de brindarle estímulos oportunos a su bebé. Deberá así atender tanto sus necesidades físicas como emocionales.</p> |

| | |
|---|---|
| 4. Permitir al padre escuchar la Frecuencia Cardiaca Fetal y ver la reacción que esta le produce. | El escuchar la frecuencia cardiaca del producto permitirá establecer el vínculo padre - hijo |
| 5. Fomentar a la elección del nombre | Hay quienes no piensan en el feto como un ser humano en formación, pero éste desde muy temprano percibe los estímulos a su alrededor y responde a ellos. Por lo que la elección del nombre permitirá a los padres concebirlo como ser humano con necesidades físicas y emocionales. |

EJECUCION

1. Se hizo participar al esposo en Psicoprofilaxis.
2. Se permitió expresar sus sentimientos sobre el embarazo y sobre la paternidad.
3. Se Orientó sobre estimulación intrauterina.
4. Se permitió al padre escuchar la Frecuencia Cardiaca Fetal y ver la reacción que esta le produce.
5. Se fomentó a la elección del nombre

EVALUACIÓN

| Intervenciones de Enfermería | Evaluación |
|---|---|
| 6. Hacer participar al esposo en Psicoprofilaxis. | No fue necesario pedir que participara el esposo, ya que fue él quien deseaba ser |

| | |
|---|--|
| | participe del entrenamiento que estaba llevando su esposa para poder apoyar en todo momento |
| 7. Permitirles expresar sus sentimientos sobre el embarazo y sobre la paternidad. | Esté fue un momento muy emotivo ya que los dos sacaron su angustia al no saber como iban a reaccionar con el nacimiento de su bebé, su cuidado y todo lo que conlleva la nueva responsabilidad adquirida, así como el fungir un nuevo rol en su vida, por lo que se dio una breve explicación de los cuidados y manejo del bebé así como la adaptación al nuevo rol. Su angustia fue disminuyendo y fue cambiando hasta convertirse en felicidad por la llegada tan esperada de su hijo. |
| 8. Orientar sobre estimulación intrauterina. | La estimulación intrauterina permitió. establecer un vínculo más profundo entre padres e hijo. |
| 9. Permitir al padre escuchar la Frecuencia Cardíaca Fetal y ver la reacción que esta le produce. | Siempre que escuchaba la frecuencia cardíaca de su bebe el papa se llenaba de alegría y expresaba sentirse feliz de poder escucharlo y saber que estaba vivo esperando conocerlos, la primera vez que lo escucho se le llenaron los ojos de lágrimas. |
| 10. Fomentar la elección del nombre | La elección del nombre les costo un poco de trabajo, ya que no decidían como ponerle; sin embargo, decidieron que si fuese mujer se le llamaría Nayeli, o si fuera el caso de un arón éste se llamaría Héctor. |

Deficiencia de conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio.

OBJETIVOS:

- Conocerá los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.
- Disminuirá la ansiedad que esto le produce por no saber que hacer cuando comience el trabajo de parto.
- Aprenderá a distinguir las etapas del trabajo de parto: etapa de dilatación, etapa transicional, Período Expulsivo, Período de Alumbramiento, así como la posición, actitud, respiración, relajación, que deberá adoptar en cada una de las etapas y fases del trabajo de parto.
- Conocerá medidas preventivas para evitar algún accidente.

PLANEACION

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|--|---|
| 1.Enseñar signos de alarma. | El conocimiento de los signos de alarma durante el embarazo permitirán a la embarazada detectar posibles complicaciones |
| 2.Sugerir evitar lugares aglomerados | Los lugares aglomerados, resultan peligrosos, ya que la embarazada puede sufrir de sofocamiento o aplastamiento del producto. |
| 3.Evitar contacto con sustancias tóxicas | Las sustancias tóxicas como la inhalación de gases tóxicos como lo son mezclas de sustancias |

| | |
|---|---|
| | limpiadoras, etc., pueden ocasionar efectos adversos en la madre y producto. |
| 4. Orientar sobre accidentes en el hogar. | Los cambios en la estructura anatómica impiden a la embarazada a realizar las maniobras a las que estaba acostumbrada |
| 5. Se le instruirá sobre la etapa del embarazo, signos síntomas, medidas preventivas para evitar complicaciones, etc. | El proporcionar información precisa reduce posconceptos erróneos, disminuye la mínimo los temores del paciente, y le ayuda a adaptarse a los cambios. |
| 6. Preparación para El trabajo de parto y cada una de sus etapas, por medio de psicoprofilaxis. | El proporcionar información precisa reduce los conceptos erróneos, disminuye la mínimo los temores del paciente, y le ayuda a adaptarse al os cambios., además de que la ayudaran a reconocer y a tomar medidas estratégicas para el comienzo de cada una de las etapas y fases del Trabajo de Parto . |
| 7. Enseñar los cambios físicos y emocionales que ocurren en el puerperio. | El proporcionar información precisa reduce posconceptos erróneos, disminuye la mínimo los temores del paciente, y le ayuda a adaptarse al os cambios. El puerperio comienza después del parto y termina cuando el organismo de la madre ha recuperado, hasta donde es posible el estado que tenía antes den embarazo. |

EJECUCIÓN

1. Se le enseñaron signos de alarma
2. se le sugirió evitar lugares aglomerados
3. Se le mencionó que tenía que evitar contacto con sustancias tóxicas
4. se le orientó sobre accidentes en el hogar.
5. Se le instruyó sobre la etapa del embarazo, signos síntomas, medidas preventivas para evitar complicaciones, etc.
6. se le preparó para el trabajo de parto y cada una de sus etapas, por medio de psicoprofilaxis.
7. se le enseñó los cambios físicos y emocionales que ocurren en el puerperio.

EVALUACION

| Intervenciones de Enfermería | Evaluación |
|---|--|
| 1. Enseñar signos de alarma. | Identificaba los signos de alarma cuando estos se preguntan |
| 2. Sugerir evitar lugares aglomerados | Evito lugares aglomerados durante el período de embarazo, y cuando acudía a alguno se protegía. |
| 3. Evitar contacto con sustancias tóxicas | Evito en todo momento el contacto con sustancias tóxicas, así como el manejo de sustancias limpiadoras como el nunca mezclar sustancias como cloro armonía o anticarro ya que su mezcla producen gases tóxicos |

| | |
|---|--|
| <p>4. Orientar sobre accidentes en el hogar.</p> | <p>Se orientó sobre los posibles accidentes que pudieran ocurrir en el hogar, ya que, con el embarazo los reflejos disminuyen, su movimiento se vuelve mas lento, etc. Por lo que de igual manera se le dio en forma escrita para que los tuviera a la mano.</p> |
| <p>5. Instruir sobre la etapa del embarazo, signos síntomas, medidas preventivas para evitar complicaciones, etc.</p> | <p>Al inicio de las intervenciones una de las principales actividades fue enseñar los cambios físicos y psicológicos que ocurrían en el embarazo con el objetivo de que pudiera entender cada cambio que le ocurriera, del tal manera que se disminuyó la ansiedad que esto le causaba</p> |
| <p>6. Preparación para El trabajo de parto y cada una de sus etapas, por medio de psicoprofilaxis.</p> | <p>La preparación en el trabajo de parto por medio de psicoprofilaxis, le ayudo a reconocer el momento de su comienzo al verificar los signos y síntomas. lo tomó con calma y comenzó a aplicar los conocimientos adquiridos durante la enseñanza de psicoprofilaxis. Menciona que no fue fácil, las contracciones seguían siendo dolorosas, sin embargo, por momentos acaparaba la atención en la contracción y volvía recordar el tipo de respiración y el período de relajación necesario, el expulsivo comentó que fue rápido , ya que en la tercer contracción fue expulsado el producto, además de no haber tenido ningún tipo de desgarre en vagina por lo que tampoco requirió reparación de la misma. Mencionó que le fue enseñado su bebé el cual fue niña de nombre Nayeli, en el primer momento estableció el vínculo al ver y besar a</p> |

| | |
|---|---|
| | su bebe y comenzar con la siguiente etapa: Alumbramiento, este fue mas sencillo. |
| 7. Enseñar los cambios físicos y emocionales que ocurren en el puerperio. | Sabía los cambios que iba a tener así como el cuidado y las recomendaciones hechas para después del parto, se le hizo una visita a la semana después de haber tenido a su bebé y expreso de forma verbal su agradecimiento ya que no tuvo sorpresas durante el parto ni después de él, ya que conocía los acontecimientos que ocurrirían en cada proceso y el período puerperal lo estaba asimilando, y adaptándose junto con su marido y su bebé. Se encontraba contenta en un ambiente armónico |

Diagnóstico de enfermería

Alteración de la imagen Corporal R/C cambios asociados al embarazo.

OBJETIVOS:

- Expresará sentimientos positivos de si misma
- Entenderá que sólo es por un período de tiempo.

PLANEACION

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|--|---|
| 1. Permitir expresar sus sentimientos sobre el embarazo. | El embarazo representa una tensión en cualquier familia y el expresar sus sentimientos nos permitirá conocer como se siente. |
| 2. Se elaborarán estrategias para asegurar la pérdida de peso y aumento de tono muscular | La elaboración de una estrategia para perder peso y aumentar el tono muscular después del nacimiento del producto, nos ayudará a incorporar a nuestra paciente a la sociedad con su auto estima estable y una imagen corporal adecuada al gusto de la cliente |
| 3. Se vigilará su peso | La tomo de peso nos servirá como referencia para evitar un aumento de peso por arriba de lo normal, y así contribuir después del nacimiento logro de adquirir su figura en la medida de lo posible. |

EJECUCIÓN

1. Permitir expresar sus sentimientos sobre el embarazo.
2. Se elaborarán estrategias para asegurar la pérdida de peso y aumento de tono muscular
3. Se vigilará su peso

Se le pregunto como se sentía y se elaboraron estrategias para asegurar la perdida de peso y aumento de tono muscular, se vigilo su peso

EVALUACION

Se le pregunto como se sentía y poco a poco fue cambiando su concepto de sí misma, entendiendo que el estar embarazada es todo un proceso que dura nueve meses, se elaboró una dieta para después del parto, así como una rutina de ejercicios que podía realizar en la etapa de puerperio para perder, peso y ganar tono muscular. Llego al final del embarazo con un peso de 75.300 kg.

| Intervenciones de Enfermería | Evaluación |
|--|---|
| 1. Permitir expresar sus sentimientos sobre el embarazo. | Con el entendimiento de los cambios biopsicosociales que ocurrían en la embarazada, fue cambiando su concepto de sí misma y sobre el embarazo. Contribuyendo a un sentimiento positivo y de aceptación de los cambios ocurridos durante su embarazo. Entendiendo que es temporal y que pronto tendrá en sus brazos a su bebé y podrá adquirir su imagen corporal que tenía. |
| 2. Se elaborarán estrategias para asegurar la pérdida de peso y aumento de tono muscular | La estrategias que se elaboraron fue basada principalmente en su alimentación y en la implementación de ejercicios postnatales, por lo que se sintió aliviada y ansiosa por que |

| | |
|------------------------|--|
| | llegara el día del nacimiento de su hijo y con la seguridad de que recobraría según su disciplina , su imagen corporal acostumbrada. |
| 3. Se vigilará su peso | El peso nos sirvió durante el embarazo como medida de vigilancia y corroboración de que la dieta se estaba llevando correctamente, subiendo 11.300 kg. Al finalizar el embarazo. |

Diagnóstico de enfermería

Dolor a nivel inguinal R/C tensión del ligamento redondo que sostiene al útero.

OBJETIVO:

- Disminuir las molestias a nivel inguinal con la aplicación de diferentes maniobras.

PLANEACION

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|--|---|
| 1. Estimular a descansar en decúbito lateral sobre el lado que siente el dolor | La posición de decúbito lateral permite que los ligamentos no estén tensos y disminuye el dolor |
| 2. Se realizarán el ejercicio de | Las carretillas por gravedad hacen |

| | |
|--|---|
| “carretillas” | que el producto descienda y dejen de crear tensión en el ligamento redondo y disminuya el dolor. |
| 3. Se acomodará manualmente al producto. | El acomodamiento del producto hacia arriba permite que los ligamentos no se encuentren tensionados y alivien el dolor. |
| 4. Se recomendará el uso de faja prenatal. | La faja prenatal, hace que el peso del producto se distribuya y no descienda tanto que provoque malestar al caminar, etc. |

EJECUCIÓN

1. Se Estimuló a descansar en decúbito lateral sobre el lado que siente el dolor
2. Se realizaron el ejercicio de “carretillas”
3. Se acomodó manualmente al producto cada vez que fue necesario.
4. Se recomendó el uso de faja prenatal.

Se le demostró como podía descansar en decúbito lateral del lado que sentía la molestia la cual era del lado izquierdo, se le enseñaron maniobras como carretillas. También se recurrió al acomodo del producto manualmente y a la utilización de una faja prenatal.

EVALUACION

Manifestó haber disminuido las molestias, permitiéndole realizar mejor su trabajo, y sus actividades cotidianas al final del día fue mucho menos la molestia.

| Intervenciones de Enfermería | Evaluación |
|--|---|
| 1. Estimular a descansar en decúbito lateral sobre el lado que siente el dolor | El dolor regularmente era vespertino por lo que podía recostarse en la posición recomendada contribuyendo al alivio del dolor. |
| 2. Se realizarán el ejercicio de "carretillas" | Las carretillas las cuales se realizaban en posición decúbito dorsal con flexión de piernas y un ayudante arrodillado al lado de la gestante coloca Zeus manos debajo de las caderas de la misma, levantando lentamente las cadera sosteniéndolas en el aire durante unos cinco segundo. Luego descendiendo suavemente, mientras la respiración de ella es libre. Mejorando la molestia . |
| 3. Se acomodará manualmente al producto. | Se acomodó manualmente al producto cada vez que era necesario y que por maniobras de Leopold se verificaba la posición del producto y cuando éste se encontraba en el estrecho superior y le resultaba molesto a la madre la maniobra era realizada con sensación de bienestar de la madre. |
| 4. Se recomendará el uso de faja prenatal. | La faja fue de gran ayuda, ya que la utilizaba durante el tiempo que se encontraba en el trabajo y descansaba por la tarde mejorando notablemente la molestia inguinal |

COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES.

Grado de Dependencia: Dependiente. Por conocimiento

Diagnóstico de enfermería

Alteración de los patrones de sexualidad R/C inseguridad de ambos cónyuges manifestado por privación de las Relaciones Sexuales.

OBJETIVOS:

- Comprenderá que las relaciones sexuales son una necesidad humana y que se puede satisfacer durante el embarazo.

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|--|--|
| 1. Hablar sobre los métodos de satisfacción sexual durante la gestación | La sexualidad es un proceso de apertura al otro y puede constituir un vínculo importante entre los seres humanos |
| 2. Enseñar los Signos de alarma que pudieran presentarse durante el coito. | El conocimiento de los signos de alarma, permitirán actuar de manera rápida ante la presencia de alguno de ellos |
| 3. Explicar las Posiciones Sexuales que se pueden ser utilizadas durante la gestación. | El conocimiento de las posiciones sexuales en el embarazo son de gran importancia, ya que por el crecimiento uterino, existen posiciones que se adoptan para mayor seguridad de la pareja y el producto. |

| | |
|---|--|
| 4. Hablar sobre la sexualidad humana como necesidad en cada etapa de la vida. | La sexualidad es un proceso de apertura al otro y puede constituir un vínculo importante entre los seres humanos |
|---|--|

EJECUCION

1. Hablar sobre los métodos de satisfacción sexual durante la gestación
2. Enseñar los Signos de alarma que pudieran presentarse durante el coito.
3. Explicar las Posiciones Sexuales que se pueden ser utilizadas durante la ón.

EVALUACION

El ejercicio de la sexualidad para Rosy no era de importancia; sin embargo, su esposo manifestó no saber como hacerlo sin lastimar al producto y a su esposa, además de no haberle comunicado su frustración, ya que para ella el no tener relaciones sexuales con su marido durante el embarazo era normal y era mejor no tenerlas. Cambió su determinación y su concepción sobre las relaciones sexuales en el embarazo, además de sentirse contenta de saber que no le producirá ningún daño a ella y a su bebé, Por lo que también se habló de los signos y síntomas de alerta.

| Intervenciones de Enfermería | Evaluación |
|---|---|
| 1. Hablar sobre los métodos de satisfacción sexual durante la gestación | El hablar de éste tema, les resulto un tanto incómodo, por lo que se pudo observar que no tenían comunicación en cuanto a dicho tema. Se trato de introducirlo sin incomodarlos u |

| | |
|---|--|
| | <p>ofenderlos, lo que ayudo a que aceptarán que dicho tema no era hablado por los afectados y que en particular a su esposo le resultaba insatisfecho y que sólo por el bienestar de su mujer y su bebé se privaba de tener relaciones sexuales con su conyugue. Al aceptar ambos éste hecho fue introducido el tema por lo que se despejaron dudas y temores sobre el tener Relaciones Sexuales durante éste periodo.</p> |
| <p>2. Enseñar los Signos de alarma que pudieran presentarse durante el coito.</p> | <p>Ello aprendieron a reconocer los signos de alarma como hemorragia, dolor o la aparición de contracciones.</p> |
| <p>3. Explicar las Posiciones Sexuales que se pueden ser utilizadas durante la gestación.</p> | <p>Se explicaron las posiciones sexuales que se podían adoptar especialmente durante la etapa gestacional en que se encontraba.</p> |
| <p>4. Hablar sobre la sexualidad humana como necesidad en cada etapa de la vida.</p> | <p>La pareja comprendió que su necesidad de satisfacción sexual no era de perversión ni de obligación, simplemente desde que nacemos, tenemos nuestra sexualidad presente y conforme a la edad la sexualidad y la necesidad de satisfacción son diferentes. Aceptaron que era un hecho que les incomodaban y del cual no hablaban y que se sentían tranquilos por hablar de ello</p> |

ACTUAR SEGÚN LAS PROPIAS CREENCIAS.

Grado de Dependencia: Independiente
Necesidad satisfecha.

PREOCUPARSE DE LA PROPIA REALIZACIÓN

Grado de Dependencia: Independiente

Necesidad satisfecha

DISTRAERSE.

Grado de Dependencia: Independiente

Necesidad Satisfecha.

APRENDER

Grado de Dependencia: Dependiente POR Conocimiento

Diagnóstico de enfermería

Deficiencia de conocimientos R/C Falta de información manifestado por aumento de peso y alteración del hierro.

OBJETIVOS.

- Comprenderá la importancia de ingerir alimentos ricos en proteínas, vitaminas a, d, e, y complejo b, calcio, fósforo y hierro que puede ingerir durante el período de embarazo.
- Lograr el cambio de hábito en ingerir una dieta saludable de acuerdo a las necesidades biológicas requeridas.

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|---|--|
| 1. Se educará sobre la necesidad de ingerir alimentos ricos en proteínas, vitaminas a, d, e, y complejo b, calcio, fósforo y hierro que puede ingerir durante el período de embarazo. | El conocimiento de una dieta prenatal adecuada permitirán a la embarazada elegir sus alimentos correctamente, permitiendo llevar a cabo un crecimiento y desarrollo normal del producto. Además que le permitirá mantener un peso correcto durante todo el embarazo. |
| 2. Se proporcionará información sobre la dieta de la embarazada en forma escrita. | El tener la dieta prenatal en forma escrita le permitirá recurrir a ella en cualquier momento en que se de alguna duda. |

EJECUCION.

1. Se educó sobre la necesidad de ingerir alimentos ricos en proteínas, vitaminas a, d, e, y complejo b, calcio, fósforo y hierro que puede ingerir durante el período de embarazo.

2. Se proporcionó información sobre la dieta de la embarazada en forma escrita.
3. Se le informó sobre la dieta adecuada prenatal , así como se le dio en forma escrita la dieta y alguno menús para el día.

EVALUACION

Llevaba una alimentación basada muchos carbohidratos, comida chatarra, y callejera tortas, sopes, galletas, antojitos de todo tipo, porque sólo sabía que tenía hambre y quería satisfacer sus antojos. Ahora rosly ha cambiado su forma de alimentarse manifestando que le ha costado mucho trabajo, pero lo ha logrado, ya que se verificó en la toma del peso en el final del embarazo con un aumentos de 75,300 kg.

| Intervenciones de Enfermería | Evaluación |
|--|---|
| <p>3. Se educará sobre la necesidad de ingerir alimentos ricos en proteínas, vitaminas a, d, e, y complejo b, calcio, fósforo y hierro que puede ingerir durante el período de embarazo.</p> | <p>Comprendió la necesidad urgente de cambiar su dieta por bienestar suyo y de su bebé, el cual era su prioridad, y al revelarle que en sus estudios de laboratorio los valores de hemoglobina y hematocrito se encontraban en parámetros bajos. Ella optó por reestructurar su dieta y contribuir con un gran esfuerzo para realizarla., lo que fue evidente al realizarle otros exámenes de laboratorio en donde salieron los</p> |

| | |
|---|---|
| | valores mencionados anteriormente normales, así como fue evidenciado en el aumento de peso satisfactorio, ya que sólo era el producto el que se estaba desarrollando. |
| 4. Se proporcionará información sobre la dieta de la embarazada en forma escrita. | La dieta que se le proporcionó fue adecuada y que se anexará al final, en la parte de anexos |

VII. CONCLUSIONES.

La Enfermería nace por la necesidad de cuidar para sobrevivir y conservar la vida del individuo, familia o comunidad; su evolución ha sido de gran importancia para la humanidad ya que mientras más capacitada este la Enfermera, proporcionará cuidados de Enfermería de manera integral.

En el siglo pasado, la Enfermería no se catalogaba como profesión ya que se consideraba a la Enfermera como asistente del medico debido a la falta de conocimientos y bases fundamentales del cuidado del individuo. Actualmente gracias a la elevación del nivel académico y tecnológico en la Enfermería las mujeres han desarrollado modelos y teorías, haciéndose más importante la presencia de la mujer en ia sociedad dando como resultado la profesionafizacion de la Enfermería.

El desarrollo del presente proceso de atención de Enfermería se realizó en base a la teoría de Virginia Henderson, la cual permite que todo profesional profundice en los conocimientos teóricos metodológicos que sustentan ia práctica de Enfermería y que permiten el conocimiento del ser humano en toda su dimensión, lo cual con lleva a un cuidado integral de la mujer en estudio.

La base teórica de Virginia Henderson fundamentadas por los conceptos básicos de Enfermería (persona, entorno, salud y rol profesional, en las cuales se valoran las 14 necesidades del ser humano.

La practica de Enfermería es compleja, debido a la falta de habilidad que aún se tiene, para incorporar la teoría. Por ello se considera a los eiementos del paradigma Enfermero como punto de partida para el conocimiento de otras teorías y motivación para el desarrollo de investigaciones futuras.

El desarrollo de la Enfermería con base teórica permite reflexionar y analizar cada una de las etapas que motivan a la actualización constante por medio de asistencia a congresos e información bibliografía reciente.

La oportunidad de conocer y llevar un sistema teórico y práctico de la aplicación del proceso de atención de Enfermería, me abrieron grandes perspectivas hacia un conocimiento nuevo enfocado a estudiarlas 14 necesidades fundamentales de la mujer embarazada.

Al analizar los conceptos teóricos pude constatar de que existe una gran diferencia en la atención médica y la atención integral de Enfermería la cual radica en que el médico se enfoca a signos y síntomas, con la finalidad de solucionar el problema patológico, mientras que la enfermera proporciona cuidados integrales de Enfermería, además proporciona orientación y apoyo psico-social, y su finalidad es adaptar o integrar al individuo nuevamente a la sociedad.

El proceso de Atención de Enfermería me permitió valorar en forma integral a la mujer embarazada e identificar sus necesidades y en base a ello establecer un diagnóstico de Enfermería; planear y evaluar los cuidados. Revisando el proceso evolutivo de la paciente gestante en función de los cuidados de una forma independiente y específica de la atención de Enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería fue funcional y aplicable a la mujer embarazada en estudio, por lo tanto considero que es recomendable que se aplique a toda mujer en estado gravídico, ya que el binomio madre - hijo resulta muy importante para la sociedad y el mundo y su bienestar compete a todo el equipo de salud. Sin embargo muchas veces olvidamos la importancia de que este binomio se encuentre en un ambiente satisfactorio.

El profesional de enfermería utiliza equipos sofisticados, inicia y controla programas exhaustivos de detección sistemática, de problemas de salud, proporciona cuidados preventivos y de atención primaria y enseña a los pacientes como mantener o incluso mejorar su salud. Sin embargo, esto no es todo. Al afrontar los problemas físicos del

paciente, también debe considerar sus problemas emocionales, económicos, familiares y psicosociales. El profesional de enfermería trabaja con él para conseguir el objetivo común de resolver un problema concreto. Al hacerlo de esta manera, a nuestros pacientes los enseñamos a realizar un autocuidado con ellos mismos y con su familia.

VIII. SUGERENCIAS

El Proceso de enfermería resulta ser un instrumento de trabajo muy valioso para nuestro gremio; el cual se debe incluir en el Plan de Estudios La Licenciatura como Materia; ya que, el conocimiento profundo del Proceso requiere de análisis y habilidad para su realización de forma efectiva, centrando al individuo en todas sus dimensiones, favoreciendo la calidad de atención hacia el paciente.

La psicoprofilaxis obstetrica resulta muy beneficiosa para la mujer embarazada, ya que la ayuda a llevar un embarazo seguro y con el conocimiento de cada una de la etapas del mismo, la ayuda a superarlas de forma tranquila y beneficiosa; así como afrontar con conocimientos el período de parto, que es, la culminación del embarazo y el cual se ha comprobado que las mujeres preparadas por medio de psicoprofilaxis llegan a feliz término sin tantas molestias y nerviosismo como las que no lo llevan.

De tal manera que la enseñanza de cómo llevar a cabo un curso de psicoprofilaxis para ayudar y apoyar a nuestros pacientes para mejorar las condiciones de llegada del nuevo ser.

La enfermería se ha constituido en una ciencia en las fases iniciales del desarrollo científico. Así enfermería se encamina a constituirse como disciplina científica y con identidad propia a partir de reconocer que el enfoque o el dominio de la disciplina de enfermería es el estudio del cuidado en la experiencia humana de la salud. Por tanto la enfermería es una disciplina científica, que esta regida por criterios objetivos y medibles, que utiliza los métodos de la ciencia para asegurar una práctica rigurosa. En base a ello han sido elaborados diversos modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación.

Las atenciones proporcionadas a las familias en las que nace un niño, tienen como objetivo que cada embarazo de lugar a una madre, un niño; y por lo tanto, una familia

saludables. Por lo que la ciencia ha avanzado para cubrir cada una de las necesidades de aquella madre o de aquel hijo que en su momento lo requiera. De tal modo la Profesión de enfermería ha sufrido cambios importantes en su disciplina, para llevar a cabo el cumplimiento de cada uno de los objetivos en el cuidado del paciente, basándose en un nuevo enfoque: "holístico"; haciéndolos cada vez más científicos. Por lo tanto, los cuidados enfermeros han tenido de igual manera que evolucionar para enfrentarse a las nuevas exigencias del mundo hospitalario actual, así como las implicaciones que tiene la ética profesional han hecho que la planificación de los cuidados sean de calidad. De tal manera que los cuidados se basan en un método científico que es el Proceso de Enfermería que es: un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del usuario (individuo, familia, o comunidad) o procesos vitales y alteraciones de la salud reales y potenciales. Por lo antes mencionado me he basado en este método científico enfermero para la aplicación de los cuidados a la señora con 30 semanas de embarazo con iniciales RBV, en el cual podremos valorar las 14 necesidades según el modelo de la enfermera Virginia Henderson y así aplicar todas las etapas con que cuenta el Proceso de Atención de Enfermería..

IX. BIBLIOGRAFIA

FIGUEROA, M. "Enfermería, profesión y disciplina". Apuntes internos, Universidad de Chile. 1992, Rep. Cubana Enfermer 2004

MARRINER, Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta. Ed. España: Harcourt; 2000.

UNIVERSIDAD DE Alicante Ciencia y Enfermería, Estructura y Naturaleza de la teoría del cuidado., Programa de doctorado en Enfermería, Práctica y Educación, 2002

PHANEUF, Margot; La Planificación de los Cuidados Enfermeros, Ed.McGraw-Hill Interamericana, 1999

ALFARO Rosalinda ; Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería,2ª.ed. Ed. Doyma, Barcelona, España, 1995,

FERNÁNDEZ Ferrín,Carmen, et.al, El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería; 1998

BRUNNER Lillian Sholtis, Manual de la Enfermera, Gran Enciclopedia Médica;1996,Tomo XI, selecciones del Reader's Digest, ,4^a ed. , Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, Tomo 4,1991

COLLIERE, Marie Francoise, Promover la Vida, Ed. Interamericana, Mc Graw – Hill, Madrid, 1993

DONAHUE, M. Patricia, La Condición del arte en la Historia de la Enfermería, Ed. Doyma, Barcelona, España 1988.

HERNANDEZ, conesa Juana, Historia de la enfermería , un Análisis de los cuidados de Enfermería, Ed. Interamericana, Mc Graw – Hill, Madrid, 1995

POTER, Perry, Fundamentos de Enfermería, Teoría y Práctica, 3^a ed., Ed. Mosby–Doyma, Madrid, 1996.

HENDERSON, A. Virginia, La Naturaleza de la Enfermería, Interamericana, Mc Graw– Hill, 1994.

ENEO - UNAM, Programa Académico, guía para el Servicio Social y Opciones de Titulación, Ed. ENEO – UNAM, México 2001

KOZIER, Barbara, fundamentos de enfermería 2^a ed. , Ed. Interamericana, Mc Graw–Hill 1994.

WILLIAMS, Obstetricia, 20^a ed, Ed. Médica Panamericana, S.A., españa 1999

WRIGHT, erna; Psicoprofilaxis Obstetrica, 8ª ed, Ed. Pax México

CARRERA, José Ma., Preparación Física para el embarazo y postparto, Ed. Medici
1999.

MARTIN- Caro, et. Al, Historia de la Enfermería Ed. Harcourt, 2001.

NANDA, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2003-4, Ed. Elsevier,
2003

[http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/accnpavvhtm/programadearranque
alavida](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/accnpavvhtm/programadearranquealavida)

Terra.es/personal/eac00002/enferme.htm

www.mediks.com/saludyvida/chat/mailtos=infomediks

<http://www.arrakis.es/sihaya/gimmaterna.htm>

X. ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: RMVB edad. 25 Talla: 1.64 Sexo: F Fecha de Nacimiento 30 de Agosto de 1979 escolaridad Media Superior Estado Civil Casada Lugar de residencia actual: domicilio Col. La Conchita, Texcoco

NECESIDADES

1. Oxigenación

Amplitud respiratoria: profunda X superficial frecuencia 16 /min.
Tos: No tipo frecuencia de los accesos de tos veces/día.
Secreciones: abundantes SI NO X descripción Expectoración SI NO x Sensación de ahogo X Sofoco Disnea X Tiraje: músculos implicados NO Ruidos respiratorios: NO lóbulo sup. dcho. lóbulo sup. izq. der lóbulo inferior dcho. lóbulo Inf. izqdo. Fracturas de costillas ¿Hiperventilación? NO O₂ Tabaquismo: NO núm. de cig./pipas / día; ha dejado de fumar desde Otras drogas: tipo cantidad Datos subjetivos disnea debido a estado fisiológico de embarazo Recursos Otros

2. Beber y comer

Buen apetito: SI X NO Rechaza el alimento NO Necesidad de estímulo para comer NO Dificultad para masticar NO para tragar: líquidos NO sólidos NO para comer solo NO para hidratarse solo NO Necesidad de ayuda: para cortar los alimentos NO para comer NO para beber NO Dolores de estómago: características frecuencia Gases en el estómago algunas veces náuseas a veces vómitos una sola vez ya que ingirió las vitaminas y el hierro juntas Alimentación equilibrada SI régimen especial NO Buen estado de la mucosa bucal SI X NO de la lengua SI X NO de las encías SI X NO de la dentadura SI NO X Prótesis dentales: sup. inf. bien ajustada/s SI NO Peso actual 75 kg. pérdida ganancia X desde hace 4 meses kg. Talla Bebidas alcohólicas: tipo núm. de vasos/día Café: núm. de tazas/día Datos subjetivos Recursos Otros Tiene caries dental en un incisivos, dos molares superiores; un canino dos premolares inferiores

cantidad ___ Datos subjetivos ___ disnea debido a estado fisiológico de embarazo ___ Recursos ___ Otros _____

2. Beber y comer

Buen apetito: SI NO ___ Rechaza el alimento ___ NO Necesidad de estímulo para comer ___ NO Dificultad para masticar ___ NO para tragar: líquidos ___ NO sólidos ___ NO para comer solo ___ NO para hidratarse solo ___ NO Necesidad de ayuda: para cortar los alimentos ___ NO ___ para comer ___ NO para beber ___ NO Dolores de estómago: características ___ frecuencia ___ Gases en el estómago ___ algunas veces náuseas ___ a veces vómitos ___ una sola vez ya que ingirió las vitaminas y el hierro juntas ___ Alimentación equilibrada ___ SI ___ régimen especial ___ NO Buen estado de la mucosa bucal SI ___ X ___ NO ___ de la lengua SI ___ X ___ NO ___ de las encías SI ___ X ___ NO ___ de la dentadura SI ___ NO ___ X ___ Prótesis dentales: sup. ___ inf. ___ bien ajustada/s SI ___ NO ___ Peso actual ___ 75 ___ kg. pérdida ___ ganancia ___ X ___ desde hace 4 meses ___ kg. Talla ___ Bebidas alcohólicas: tipo ___ núm. de vasos/día ___ Café: núm. de tazas/día ___ Datos subjetivos ___ Recursos ___ Otros ___ Tiene caries dental en un incisivos, dos molares superiores; un canino dos premolares inferiores _____

3. Eliminar

Eliminación intestinal: frecuencia 1x7 ___ heces duras ___ X ___ diarrea ___ hemorroides ___ NO ___ fisuras ___ NO Dolores anales ___ No ___ abdominales: características : sangre en las heces ___ NO ___ prurito anal ___ NO gases e hinchazón de vientre ___ Algunas veces ___ tendencia a los fecalomas ___ No ___ incontinencia ___ NO Ruidos intestinales: SI ___ X ___ NO ___ Otros ___ Abdomen globoso a expensas de embarazo con producto vivo único vivo _____

Eliminación urinaria: frecuencia/día ___ 10 ___ disuria ___ No ___ hematuria ___ No ___ polaquiuria ___ X ___ nicturia ___ NO ___ orina concentrada ___ NO ___ maloliente ___ NO ___ retención/vejiga ___ NO ___ debe hacer fuerza para orinar ___ NO ___ urgencia de orinar ___ NO Incontinencia: ___ NO ___ Palpación de la vejiga urinaria ___ vejiga llena _____

Diaforesis / transpiración: abundante ___ X ___ olor nauseabundo ___ Secreciones relacionadas con el aparato sexual : Secreción vaginal ___ Poco flujo de color blanquecino, con un poco de olor ___ loquios ___ poco abundante ___ abundante ___ color ___ olor ___ regularidad de las reglas: SI ___ X ___ NO ___ ausencia de reglas ___ X ___ fecha de la última menstruación ___ 28 de Octubre. 2004 ___ Frecuencia: ___ 28 x 5 ___ embarazo ___ X ___ dolores premenstruales: abdominales ___ X ___ poco intensos ___ intensos ___ X ___ dolor/tensión mamaria ___ poco intenso ___ X ___ intenso ___ Secreción de los senos ___ tipo ___ Líquida ___ transparente ___ poco abundante ___ X ___ abundante _____

4. Moverse y Mantener una buena Postura.

Modo de llegada: a pie ___ silla de ruedas ___ camilla ___ Se desplaza solo ___ X ___ con ayuda ___ Se sienta en el sillón ___ X ___ solo ___ X ___ con ayuda ___ Se levanta de la cama: solo ___ X ___ con ayuda ___ Se da la vuelta: solo ___ X ___ con ayuda ___ debilidad ___ fatiga ___ X ___ incoordinación ___ NO ___ dolores en espalda baja ___ temblores ___ NO ___ contracturas ___ NO ___ edema ___ Si en Miembros inferiores ___ varices superficiales de poco calibre ___ signo de Homans: pierna izqda. ___ negativo ___ pierna dcha. ___ Negativo ___ coloración de las extremidades ___ roja y caliente ___ amplitud limitada del movimiento ___ falta de flexibilidad ___ miembro/s paralizado/s ___ NO ___ fuerza mano izqda. buena ___ X ___ débil ___ mano dcha. buena ___ X ___ débil ___ pierna izqda. buena ___ X ___ débil ___ pierna dcha. buena ___ X ___ débil ___ Mareos ___ Una sola vez ___ movimientos incontrolados ___ NO ___ sedentarismo ___ NO ___ T/A ___ 100/70 mmHg ___ Pulso: Frecuencia ___ 60 ___ /min., regular Si ___ X ___ NO ___ características ___ con buena amplitud

Datos subjetivos ___ Su capacidad física cotidiana durante el día es muy activa ya que trabaja, en su tiempo libre se sienta o se acuesta a descansar según el lugar, trabaja con un horario de 7:30 a 4:00 p.m. ___ Recursos ___ Otros ___ su postura es propia de una mujer embarazada ___

5. Descanso y Sueño

Número de horas habituales de sueño ___ 7 hrs. ___ dificultad para conciliar el sueño ___ NO ___ se despierta muy pronto ___ NO ___ sueño agitado ___ NO ___ pesadillas ___ NO ___ nerviosismo ___ NO ___ se levanta durante la noche ___ NO ___ Causas: dolores ___ NO ___ prurito ___ NO ___ incomodidad ___

Por las noches no logra adoptar un postura adecuada, siente mucha calor ___ preocupaciones ___ el embarazo ___ miedos ___ inquietudes ___ tiene muchas dudas sobre los cambios que ha tenido en el embarazo ___ pide medicación para dormir ___ NO ___ Siesta: ___ 5:00 a 6:00 ___ PM Hábitos: refrigerio al acostarse ___ X ___ luz piloto ___ ventana abierta ___ X ___ Ojeras ___ muy marcadas ___ Atención ___ buena ___ Bostezos ___ Presentes ___ Concentración ___ Buena ___

6. Uso de Prendas adecuadas de vestir

Capaz de vestirse/desnudarse solo: Si ___ x ___ NO ___ Capaz de elegir su ropa: Si ___ X ___ NO ___ guardarla limpia: Si ___ X ___ NO ___ Mantenimiento de la ropa: por la persona ___ X ___ la familia ___ el centro ___ Datos subjetivos ___ según su estado de ánimo elige las prendas que se va a poner, Recursos ___ Moderados ___ Otros ___ Viste de acuerdo a su edad y su estado de embarazo ___

7. Termorregulación

Temperatura: bucal ___ rectal ___ axilar 37.5 Temperatura de la piel Tibia X
frio en las extremidades NO calofríos: No Datos subjetivos Le gusta la
temperatura ambiental frío Recursos _____

Otros Departamento pequeño en el 2º Nivel, con buena ventilación comenta
que se siente calor por la tarde – noche. Comenta que desde su embarazo a sentido
que la temperatura corporal ha aumentado

8. Estar limpio y aseado, y proteger los tegumentos

Capaz de lavarse; en la ducha X en la bañera ___ en la cama ___ solo ___ con
ayuda ___ Necesidad de ayuda para el cuidado: del cabello ___ uñas ___ dientes
___ prótesis dentales ___ Estado de la piel: enrojecimiento/s ___ en miembros
inferiores X prurito NO X úlcera/s NO equimosis en Miembro inferior
izquierdo número 2 extensión 1cm. laceraciones NO Causas de
las lesiones: inmovilidad ___ incontinencia ___ deshidratación ___ posible violencia
___ vellosidad especial ___ Estado de los senos Turgentes pezón no
conformado e invertido, auto examen X frecuencia 3 x 12 Estado de los
órganos genitales externos Normal Datos subjetivos La equimosis es debido
a golpes externos con objetos por descuido Recursos _____ Otros La piel
se encuentra hidratada, con buena elasticidad, con buena coloración, La piel de la
zona abdominal se observa estrías recientes

9. Evitar los peligros

Alergia X Estado de conciencia: inconsciente ___ bien orientado X
desorientado: con relación al tiempo X a las personas X a los lugares
X confuso NO Ansiedad Por la llegada del bebe poco marcada X
marcada ___ hiperactividad X agresividad verbal NO agitación No
riesgo de violencia para con los demás NO riesgo de caída Si Dolores:
intensidad poco marcada X marcada ___ tipo: agudo X crónico ___
constante ___ intermitente ___ localización En Miembro inferior izquierdo a la altura
de la ingle y en espalda baja medio de aliviarlos recostarse Contenciones ___
Barandillas ___ Utilización de medicamentos en casa (nombre y posología) ___
Inquietudes aspecto a su estado Su imagen se ha deformado se siente fea, teniendo
muchas dudas sobre cada cambio que le ocurre Datos subjetivos _____
Recursos _____
Otros _____

10. Comunicarse con los semejantes

Lengua hablada Español Se expresa con dificultad NO Afasia
NO disartria No ritmo ralentizado NO Se expresa mediante
 signos No una pizarra NO capaz de comprender lo que se dice: SI X
NO Limit ojo izqdo. Miopía ceguera: ojo dcho. NO ojo izqdo. NO
 lagrimeo: ojo dcho. NO pus: ojo dcho. NO ojo izqdo NO pupilas:
 simétricas X oído dcho. oído izqdo. acúfonos NO intermitentes NO
 constantes forma Normal lesiones del conducto auditivo NO
 del pabellón del oído No Lleva: gafas lentillas prótesis
NO auditiva NO izqda. dcha. Dificultades intelectuales de
 concentración NO De memoria Capacidad de lectura: SI X NO
 Quejas somáticas frecuentes NO Dificultades en el plano sexual NO ha tenido
relaciones sexuales desde su embarazo Preocupaciones Sobre su bebé
prefiere no hablar de ello Datos subjetivos Recursos

11. Actuar según las propias creencias y valores

Prescripciones o prohibiciones religiosas que hay que respetar Las festividades o
días grandes según sui religión católica medio de cuidados: SI X NO
 Aceptación de su estado Buena del tratamiento: SI X NO de la
 cultura y los valores si los acepta, ya que su familia se los inculco desde pequeña
Importancia de los valores religiosos Mediana Objetos de culto deseados
NO

12. Preocuparse de la propia realización

Profesión Promotora Educativa Trabajo: Promotora educativa en el DIF de
Texcoco desde Hace un año baja NO Invalidez Temporal
permanente Deseo de ser autónomo X Capacidad de
 iniciativa Tiene iniciativa de decisión X factores de influencia: falta de
 confianza en sí mismo modificación del esquema corporal X dolor
estado depresivo NO Capaz de marcarse unos objetivos X Datos
 subjetivos Recursos Otros

13. Distraerse

Le gusta reír y divertirse X suele estar triste NO Capacidad para
 buscarse actividades de ocio X Distracción preferida: lectura cartas
ajedrez. música X deportes X caminar otras
 Disminución de los centros de interés X factores de influencia: dolor ansiedad
Cansancio X depresión soledad Datos subjetivos

14. Aprender

Influencia Capacidad de adquirir conocimientos: buena X limitada Factores
de influencia: ansiedad dolor somnolencia X limitaciones
sensoriales
confusión falta de Interés ¿Cuál es su necesidad de aprender?
 El ser mejor Profesionista Datos Subjetivos Recursos
 Otros

Introducción a la prevención de accidentes :

Los accidentes infantiles se han convertido en una importante fuente de preocupación, pues han tenido un aumento importante. En la actualidad, los niños crecen rodeados de fuentes de peligro que hace unas décadas no existían (aparatos eléctricos, automóviles ...) y con frecuencia pasan mucho ratos solos o con escasa vigilancia.

Según las estadísticas, hasta los 4 años , es en su casas donde niños y niña sufren en mayor medida los accidentes. Los más frecuentes son caídas, golpes, cortes, quemaduras y ahogamientos. A partir de los años, niños y niñas tienen la mayor parte de los accidentes en la calle o en la escuela. Suelen producirse en relación con los juegos, las prácticas de deporte y el tráfico. Pero... La inmensa mayoría de los accidentes infantiles se pueden prevenir. Padres y educadores tienen un papel primordial. ¿Qué pueden hacer quienes tienen la responsabilidad de criar y educar a niños y niñas?:

En primer lugar, crear un ambiente seguro para el niño/a, eliminando en lo posible los riesgos que para cada edad se presenta en su entorno.

En segundo lugar educar y conocer al niño, sabiendo que capacidades tiene, que situaciones es capaz de afrontar y ayudándole a desarrollar habilidades que les permita enfrentarse con la máxima seguridad a los riesgos.

Tened presente que cada edad tiene sus riesgos y que es importante ir adaptando la atención y cuidados que prestáis al niño/a sus capacidades y habilidades. Tan perjudicial es estar continuamente encima del niño, como dejarle hacer lo que quiera en cada momento. Al principio, cuando es más pequeño, ofrecedle mayor cuidado y procurad que los sitios donde el niño pasa la mayor parte del tiempo estén lo más adaptados a sus necesidades. Poco a poco, conforme va creciendo, la protección y el control que ejercéis sobre vuestro hijo, irán cediendo paso a una situación en la que él mismo vaya responsabilizándose de su propia seguridad.

Y no olvidéis que vuestros hijos hacen aquello que ven.



Prevención en los dos primeros años de vida:

Hasta los siete u ocho meses la capacidad de movimiento de los niños es bastante limitada: mueven las manos, piernas e intentan alargar los brazos para coger cosas. A partir de esta edad, Les gusta tocarlo todo y sus habilidades mejoran día a día. Su afán por conocer el mundo que les rodea les llevará a meterse en la boca todo lo que encuentren a su alcance.

A partir de los 7 a 8 meses, los niños están en continuo movimiento, comenzando a gatear y andar por la casa. Su enorme curiosidad les llevará a convertirse en pequeños exploradores. De pronto su mundo se ha ampliado, y ven ya casa como un gran patio de recreo lleno de diversión.

En este período de su desarrollo, la seguridad del pequeño depende principalmente de vosotros, aunque no debéis sobreprotegerlo. Eliminad en la medida de lo posible los riesgos y peligros. Dosificad vuestra atención en función de su desarrollo y habilidades.

A veces para apartarles de una fuente de riesgo atractiva para ellos , la única manera es ofrecerle algo que le distraiga.

Cómo actuar:

1,- Preparad la casa: Durante los primeros meses, adaptad la casa (habitación, baño, cuna...) a sus necesidades e identificad las circunstancias que podrían afectar su seguridad.

2.- Juguetes seguros: Es importante que los juguetes sean adecuados a su edad. Los disfrutará más y estará más seguro. A esta edad deben ser resistentes, no estar compuestos por productos nocivos y no contener piezas pequeñas (ojos, botones...).

3.- Adoptad su punto de vista: Cuando empiecen a desplazarse resulta útil adoptar su punto de vista para identificar los posibles riesgos que se encuentran en el hogar: braseros, enchufes, escaleras, los muebles, objetos de cristal, objetos pequeños y atractivos...

4.- Prestadle atención: Aprenden primero a gatear, luego se sujetan de pie y al final empieza a andar. En estos meses se caen con mucha frecuencia, aunque la mayoría de las veces sin consecuencias negativas. Prestad atención a escaleras y tened cuidado que no se suban a lugares altos desde donde podrían caerse, como por ejemplo una mesa.

5.- Enseñadle jugando: Necesitan moverse, investigar, explorar; ofrecedle la posibilidad de jugar en habitaciones y espacios diferentes: en la calle, en otros lugares de la casa. Antes de encontrarse en circunstancias es aconsejable que se las mostreis a través del juego, de cuentos o de láminas.

6.- Ayudadle cuando lo necesite: Cuando vuestro hijo se enfrenta a situaciones que desconoce, prestadle especial atención y ayudadle a resolver las dificultades cuando sea incapaz de hacerlo por sí solo.

Prevención de Accidentes en el hogar de 0 a 2 Años :

- Antes de meter al niño en la bañera controlar la temperatura del agua con un termómetro, aunque se puede comprobar con el codo o la mano. Debe tener una temperatura agradable y moderada.

- Es conveniente comprobar la temperatura del biberón depositando unas gotas en el dorso de la mano.

- A la hora de cambiarlo, tened cuidado, tened todo lo necesario a mano y no abandonar al bebé, pues se podría caer el bebé.

- Cuando esté acostado debe permanecer boca a bajo o de lado con una almohada detrás. Mantened siempre esta postura después de las comidas.

- Evitad ponerle en la ropa lazos, imperdibles o botones en la parte delantera, ni cadenas largas para sujetar el chupete.

- La cuna debe de cumplir una serie de características: los barrotes no tienen que tener una separación mayor a 8 cm., de forma que no quepa la cabeza del niño, y no utilizar almohadas

- Hasta los tres años, los niños/as tienen una tendencia natural a llevarse todo lo que ven a a boca, tened cuidado de que los objetos pequeños del tipo botones, canicas, cacahuetes etc... no estén a su alcance.

- Los enchufes, ranuras y agujeros les llaman mucho la atención, poned protectores

o esparadrapo en cada enchufe y comprobad que no podrá quitarlos.

- Tened cuidado con las bolsas de plástico, papel, etc..., a los niños les llama mucho a atención. Y si se las pone por la cabeza les podría provocar asfixia.
- Cuando estéis utilizando aparatos eléctricos (batidora, exprimidor, plancha...) tened cuidado para que el cable no cuelgue; al niño le gusta tirar de las cuerdas. Cuando terminéis de usar los aparatos eléctricos desenchufadlos.
- Mantened todos aquellos productos tóxicos (colonias, lejías y cremas) y objetos cortantes (cuchillas de afeitar, cortauñas, cuchillos...) lejos de su alcance.
- Si el niño está en la cocina, es necesario que no se aproxime a la fuente de calor y sobre todo que los mangos de las cacerolas y sartenes no sobresalgan.
- En invierno es aconsejable que utilizéis radiadores y/o placas eléctricas. Si no es posible, tened cuidado de que vuestro hijo o hija no se acerque a los braseros y a las estufas de butano. Si tenéis chimenea protegedla con una rejilla.

Prevención de Accidentes en el coche de 0 a 2 Años :

Cuando os desplazéis en coche respetad siempre las normas de circulación y tened en cuenta que:

- Hasta los 8 ó 9 meses el niño o la niña deben viajar en su capacho, en el asiento posterior y sujeto con el cinturón de seguridad.
- Después de los 9 meses irá sentado en su silla en el asiento posterior y con el cinturón de seguridad siempre puesto.
- Jamás debe llevarse al niño en brazos en la parte delantera del coche.



Prevención de Accidentes desde los 2 a los 6 años:

La necesidad y la capacidad de movimiento de los niños aumenta a lo largo de este período. A partir de los 2 años, ya se mueven con soltura pero no saben anticipar las consecuencias de sus acciones y movimientos. Su curiosidad es infinita y el juego su mejor fuente de conocimiento. Los niños deben ser estimulados a descubrir cosas nuevas, pero, al mismo tiempo, deben ser ayudados a controlarse en aquellas situaciones que puedan ser peligrosas.

Vuestro hijo o hija ya no se conformará con cualquier explicación que le déis: empezará a preguntar el cómo y el porqué de todo lo que le rodea, incluidas las normas de seguridad que debe seguir. Aunque al principio, querrá hacer siempre lo que desee sin ser consciente de los riesgos que corre, no dudéis en explicarle el por qué de las normas tantas veces como sea necesario, ya que cada vez será capaz de entenderlas mejor.

A esta edad el control directo del comportamiento de vuestro hijo irá disminuyendo poco a poco a la vez que aumenta vuestro papel como educadores.

- 1.- Espacios Seguros: Hay que seguir procurando que los lugares donde se desenvuelven (casa, escuela, calle....) estén lo más adaptados posible a sus necesidades y sean seguros.
- 2.- Manteneos Atentos: En este periodo pasará más tiempo fuera, son más independientes y curiosos y requieren más libertad. Dejadle que juegue, que explore... pero estad atentos y dispuestos a prestarle ayuda cuando la necesite.
- 3.- Explicar: Es importante explicarles por qué deben seguir unas normas, los riesgos de ciertas conductas y qué debe hacer en esas circunstancias. No os canséis aunque parezca que no os hace caso, repetído las veces que haga falta. Utilizad cuentos, juegos, láminas y dibujos para que lo entienda mejor.
- 4.- Jugad con vuestro hijo o hija: A través del juego, vuestro hijo/a va conociendo el mundo y aprende a representar distintos papeles: de papá, de médico, de policía de tráfico, bombero... Aprovechad estos momentos para destacar lo más importante para su seguridad, y no olvidéis que se educa con el ejemplo. De poco sirve explicarle las normas si ve que vosotros no las respetáis.
- 5.- Juguetes adaptados y seguros: Ofrecedle siempre juguetes apropiados a su edad y que cumplan con las normas de seguridad. La capacidad de tu hijo de imaginar situaciones diferentes jugando es enorme, no desaprovechéis la ocasión. A vuestro hijo o hija le gusta investigar cada uno de los rincones de la casa y siente curiosidad por las cosas que están a su alrededor.

Prevención de Accidentes en el hogar de 2 a 6 Años :

- No pongáis sillas, macetas, taburetes... cerca de ventanas, balcones o terrazas, ya que vuestro hijo puede subirse. Es aconsejable colocar protección en los barrotes de la terraza si están muy separados. Su curiosidad puede llevarle a arriesgarse.
- Abrirá cajones y se meterá en os sitios más imprevistos, por lo tanto productos peligrosos para su salud como medicamentos, detergentes y productos de limpieza deben estar fuera de su alcance.
- También debéis tener cuidado con los instrumentos cortantes o punzantes, y en general con las herramientas.
- Durante el baño no es aconsejable que esté solo. Cuanto más pequeño sea, menos aconsejable es que esté solo en la bañera. Es un buen momento para estar con él, pasar un rato juntos y disfrutar.
- Incluso si sabe nadar, aumentad la vigilancia cuando el niño se bañe en piscinas, lagos, mar... Si aún no sabe, no dejarlo solo con flotadores, supervisarle.

Prevención de Accidentes en la calle o en el colegio de 2 a 6 Años :

- Los juegos y juguetes varían según la edad, al final de este periodo los niños se organizan, entienden las reglas, aprenden a perder, a competir y naturalmente a querer ganar en sus juegos. Ofrecedle juguetes adecuados a su edad y que sean de buena calidad.
- A esta edad, en la que los niños y niñas comienzan a salir más a la calle, aprovechad cualquier situación y momento para que vuestro hijo comprenda la necesidad de tener cuidado al cruzar la calle. Si donde vivís hay semáforos, enseñadle que debe cruzar cuando el semáforo esté verde. Si no, a mirar a un lado y otro, y a cruzar preferentemente por los pasos de peatones, siempre con tranquilidad. Andad por la acera no por la calzada y pensad que los niños también aprenden observando las conductas de los mayores.
- Enseñad a vuestro hijo que los niños deben respetar a los animales, no hacerles daño, no molestarles cuando corren o duermen. Acostumbradle a ser precavidos con animales extraños.
- A estas edades, probablemente vuestro hijo querrá montarse en bicicleta, comenzará a utilizar los patines. Enseñadle a manejarlos y explicadle poco a poco la importancia de respetar las reglas de circulación cuando se va en bicicleta o sobre patines. Tened en cuenta que los menores no deben circular por las calles abiertas al tráfico.

Prevención de Accidentes en el coche de 2 a 6 Años :

En estas edades los niños siempre se sentarán en los asientos posteriores.

- Antes de los 4-5 años vuestro hijo irá en su silla con el cinturón de seguridad puesto. A partir de los 5 años irán sentados sobre un cojín y también llevará puesto el cinturón de seguridad.
- Enseñad a vuestro hijo a que se baje de los vehículos siempre por las puertas más cercanas a la acera.
- En el coche, los niños deben ir sentados, no es sitio adecuado para saltar, tirarse cosas.
- Recuerda utilizar el seguro para niños en las puertas traseras de los coches.

Prevención de Accidentes desde los 6 a los 14 años:

Al principio de esta etapa sus movimientos están bien coordinados pero a veces los niños/as actúan espontáneamente sin pensar en las consecuencias de sus conductas. No cabe duda de que necesitan tomar iniciativa, experimentar y explorar su entorno con cierta libertad, pero precisan conocer de forma clara cuales son los límites y normas que deben seguir tanto para preservar su integridad física como la de los demás. Aceptan mejor las normas cuando participan en su elaboración, razonan y comprenden hechos concretos de su vida diaria, conocen los posibles efectos de ciertas conductas de riesgo, aunque no por ello dejen de practicarlas.

A esta edad las relaciones con sus amigos son importantes y necesarias, hay que dejar que los niños jueguen aunque hay que explicarles que existen juegos que resultan peligrosos y no deben practicar.

Y por último, es importante que los padres respeten las normas para ser ejemplo para sus hijos/as.

Vuestro hijo se siente grande, accede al colegio por primera vez pero todavía necesita vuestro apoyo y ayuda.

Debéis enseñarle a convivir con las distintas situaciones a medida que va creciendo, así al finalizar esta etapa será una persona independiente y responsable.

1.- Discreto control: ya no hace falta que estéis tan encima de vuestro hijo aunque sigue siendo un niño, mantened un discreto control de sus comportamiento, juegos, etc.

2.- Responsable pero no tanto: aunque vuestro hijo se sienta responsable, todavía no lo es del todo. No debéis dejarlo al cuidado de hermanos pequeños.

3.- Explicar: seguid enseñándole y explicándole qué tipo de riesgos se puede encontrar en la calle, en la escuela, en el parque y como solucionarlos y/o evitarlos.

4.- Advertir: llamadle la atención sobre las conductas que vosotros consideréis peligrosas y que él desconoce, y sobre aquellas cosas (cerillas, productos tóxicos, etc.) que anteriormente estaban fuera de su alcance.

5.- Reglas de circulación: continuad explicándole las reglas básicas de circulación y la necesidad de respetarlas.

6.- Reforzar la importancia de su propia opinión: es bueno que le hagáis frecuentes comentarios sobre la necesidad de saber decir NO cuando él piense que puede ser un juego peligroso, aunque sus amigos opinen lo contrario.

7.- Dadle ejemplo: como siempre tened en cuenta lo importante que es vuestro ejemplo y recordad que para que ciertas conductas se conviertan en normas tenéis

que ser constantes, y evitar que existan incoherencia entre las directrices establecidas por las personas que os cuidan.

Prevención de Accidentes en la calle o en el colegio de 6 a 14 Años :

- Cuando los niños juegan, actúan de forma espontánea. Explicadle con anterioridad y repetidas veces que hay ciertos sitios que no son adecuados para jugar (calle con tráfico, aparcamientos..).
- Cuando vuestro hijo comience la práctica de algún deporte, es aconsejable que utilice un equipo adecuado y protecciones si son necesarias.
- Montar en monopatín es uno de los juegos preferidos por los niños a partir de estas edades. Explicadle que es peligroso utilizarlos en la vía pública y que existen sitios adecuados para su uso.
- El niño/a comienza a ir de excursión, con el colegio o con sus amigos, explicadle con ayuda de dibujos y láminas que existen plantas y setas de apariencias normales pero que son peligrosas para la salud y que no deben comerlas, vuestro hijo conoce a naturaleza, aprenderá a respetarla que existen ciertas plantas que no debe comer

Prevención de Accidentes con la bicicleta de 6 a 14 Años :

Al principio de este periodo debéis acompañar a vuestro hijo en sus paseos con a bicicleta para enseñarle a:

- Respetar las señales de tráfico.
- a no salirse de la línea recta y a señalizar las maniobras.

- Aunque no es obligatorio es aconsejable el uso del casco.
- Vuestro hijo no debe pasear solo por calles abiertas al tráfico si es menor. Decirle con frecuencia la importancia de respetar las reglas de circulación, para su propia seguridad.
- Querrá montar en bici con sus amigos; enseñadle que es peligroso y no necesario correr en exceso, ir metiéndose entre los coches , ir por calles prohibidas aunque sus amigos lo hagan.

Prevención de Accidentes con las motos de 6 a 14 Años :

- A partir de los 14 años o antes vuestro hijo se acerca a las motos y ciclomotores, a veces como conductor y otras como acompañante. Informadle de las ventajas y desventajas de montarse en moto y de las precauciones a tomar.

- Si vuestro hijo va a montar en moto, tiene que llevar un casco homologado. Insistirle frecuentemente que el casco no se utiliza para evitar la multa, sino por seguridad.

Prevención de Accidentes con el coche de 6 a 14 Años :

- En el coche antes de los 12 años vuestro hijo irá en el asiento posterior con cinturón de seguridad.

- A partir de los 12 años puede ir sentado delante, con cinturón de seguridad.

¿ Qué hacer cuando ocurre un accidente ?

A pesar de todas las recomendaciones, es inevitable que ocurran pequeños accidentes (Chichones, quemaduras, caídas, rasguños, etc...) que no requieren la asistencia del personal sanitario, pero sí nuestros cuidados.

Ante un caso de urgencia:

-Lo más importante es no perder la calma.

-Llevad al niño lo antes posible al hospital o servicio de urgencias más cercano.

Quemaduras pequeñas

Aplicad agua fría del grifo. Cubridla con una gasa. No reventar las ampollas.

Caídas

Observad si puede moverse y la intensidad del dolor. Si tiene mucho dolor no lo obliguéis a moverse y no lo desplacéis sin asistencia sanitaria.

Asfixia por cuerpos extraños

Como norma general, no intentéis extraer el cuerpo extraño con las manos. Si es pequeño/a voltearí cogiéndolo por los pies, al tiempo que golpeáis su espalda con decisión y de forma rápida. Si es mayor, colocadlo de espalda a vosotros, rodeándolo por la cintura con vuestros brazos, en forma de cinturón; luego ejercer una fuerte presión, de forma rápida y con decisión.

Intoxicación

Estimulad el vómito excepto cuando se sepa que son sustancias cáusticas y corrosivas (lejía, sosa, gasolina) o cuando esté sin sentido. Si no es posible acudir a un centro sanitario, poned en contacto rápidamente con el Instituto de Toxicología. Si es una sustancia desconocida no olvidéis el envase del producto ingerido.

Heridas

En este caso limpiad la herida con agua y jabón, aclarad bien y poned una gasa esterilizada. Si observáis que la herida es profunda hacer presión con una gasa estéril y acudid al hospital más cercano.

Ahogamientos

Cuando el niño esté fuera del agua, si es pequeño, cogerlo por los pies y ponerlo boca abajo, para que expulse el agua. Realizad la reanimación boca-boca, apretad con una mano la nariz del accidentado y con la otra abridle la boca, a continuación se le echa aire con ritmo regular. Si es efectiva, el abdomen y el tórax se mueven. Trasladarlo rápidamente al hospital o servicio de urgencia más cercano.

Estimulación del bebé durante el embarazo

Mediks.com entrevistó a la Lic. Miriam Silva de Herrera, fonoaudióloga de la Universidad del Rosario en Bogotá, Colombia, especialista en estimulación pre-natal e infantil, entrenada con la Dra. Susan Ludington.

Ella opina que la estimulación es el acercamiento simple de los padres a los hijos basado en el amor y su objetivo es incrementar el aprendizaje. No es solamente observar, sino interactuar y en dicha interacción enriquecerse ambos.

Hay quienes no piensan en el feto como un ser humano en formación, pero éste desde muy temprano percibe los estímulos a su alrededor y responde a ellos. Por lo tanto su madre tiene toda la posibilidad de brindarle estímulos oportunos a su bebé. Deberá así atender tanto sus necesidades físicas como emocionales.

La inteligencia del feto depende no solo de su genética sino de su alimentación y nutrimento psíquico y afectivo. Sin embargo la estimulación debe tener un método y un fin. En tanto compete a la parte neurológica, la plasticidad cerebral, es decir las posibilidades de interconexiones neuronales, tiene un período crítico de desarrollo.

Este período va desde el quinto mes de vida intrauterina hasta los 2 años. Es una oportunidad única para brindar estímulos oportunos para lograr el óptimo desarrollo el bebé.

En la actualidad se sabe que el impacto positivo es inmenso al presentar al bebé estímulos organizados, metódicos y consistentes. La estimulación adecuada aumenta la sinapsis y la mielinización entre las neuronas. Así cada vez que hay un estímulo, sea la voz humana o sonidos, se forman más células de sostén. Esto lo avala la investigación hecha con animales.

Es preciso crear conciencia de qué hay una responsabilidad de los padres para cultivar los recursos con los que nace un bebé. Idóneamente debe elaborarse un programa preventivo, educativo, formativo y creativo de estimulación temprana.

Es sabido que un niño aprende a través de sus sentidos: oído, vista, tacto, olfato, gusto y vestibular. Estos a su vez se relacionan con la parte cognitiva, afectiva y del movimiento (este último formado a las 17 semanas de embarazo).

El cerebro es estimulado en sus 2 hemisferios: el derecho, la parte lógica, percibe la melodía de la música y el izquierdo, lo intuitivo y perceptivo de la música hablada.

Se sabe que el líquido amniótico se recicla cada 11 días y hay vibración de ondas en él. Cuando la mamá percibe los movimientos del feto alrededor de los 4 meses de embarazo, ella intuitivamente se toca el abdomen respondiendo a dicho movimiento. Cuando se estimula al feto, su latido cardíaco se acelera 15 movimientos por minuto.

El oído está completamente maduro a las 36 semanas de gestación y podría estimularse a un recién nacido colocándolo piel a piel junto al corazón de su madre, dejándolo escuchar el latido y los sonidos del líquido amniótico grabados en el ultrasonido, o bien utilizando un juguete comercial en forma de oso de peluche que emite ambos sonidos.

Otras sugerencias son:

- Durante el embarazo para el recién nacido la lectura de cuentos, poemas y versos en voz alta es una rica fuente estimulación. Es recomendable proporcionarle todo aquello que tenga que ver con la cultura y folklore de su país de origen.
- La música rica en frecuencias agudas como los cantos gregorianos es una opción acertada en diferentes momentos del día.
- Se sugiere mojar el abdomen de mamá para una mejor transmisión del sonido.
- Puede hacerse una corneta con papel periódico para hablarle al bebé cerca del abdomen de la madre.

El gusto está desarrollado a las 20 semanas de gestación. El feto traga líquido amniótico. Se sabe que 20 minutos después de que la mamá ha comido, los nutrientes ya han sido procesados. El feto en estado de alerta se entrena en deglutir, de manera que el sentido del gusto en el bebé es estimulado por aquello que la madre ingiere.

EL olfato se desarrolla a las 17 semanas y no puede estimularse intrauterinamente.

La vista es susceptible de ser estimulada solo a partir del octavo o noveno mes, alumbrando por breves segundos la pared abdominal de la madre con una lámpara sorda o bien exponiendo el abdomen al sol.

El sentido vestibular se estimula a través del movimiento de la madre en una hamaca, columpio o el simple caminar. Otra idea es hacer masajes suaves al abdomen donde está posicionado el feto.

La estimulación intrauterina se puede realizar a partir del quinto mes de gestación sólo por períodos de 10 minutos al día. Durante el día el feto tiene períodos de vigilia de 20 minutos por 40 de sueño, pero a partir de las 8 p.m. aproximadamente, lo hace a la inversa siendo 40 minutos de vigilia por 20 de sueño.

Después del nacimiento se debe procurar tener tiempo, espacio y constante comunicación con el recién nacido. Nunca es tarde para empezar, no debe pensarse que el tiempo pasó y no hay nada más que hacer con respecto a estimulación temprana. Una sesión de masaje para el bebé, es un buen comienzo.

La estimulación es una rica herramienta para disfrutar la paternidad sin pretender crear niños precoces.

Con la noticia de un embarazo, lo primero que se viene a la mente de los futuros padres es cómo lograr que el bebé que ha comenzado a formarse se desarrolle sana y felizmente. Por intuición, comienzan a conversar con él como si ya estuviese presente, le ponen música y le cantan melodías suaves. Aunque no tienen certeza de su efectividad, sienten que están entregando a su hijo un espacio en la familia.

Para tranquilidad de la mayoría, estas actividades sí funcionan y son denominadas estimulación prenatal o intrauterina; técnicas utilizadas por los padres durante el período de gestación para establecer un contacto con su bebé, con el objetivo de formar vínculos afectivos antes del nacimiento y hacer de este tiempo una vivencia gratificante para la pareja y el niño.

Un espacio para el nuevo hijo

Uno de los principales beneficios de esta estimulación es la creación de un espacio mental y emocional para el bebé, porque "así como el cuerpo de la madre se va adaptando gradualmente a los nuevos cambios, los padres necesitan asumir poco a poco la presencia de ese bebé en sus vidas y crear conciencia respecto a que la relación de pareja cambiará después del nacimiento. Sin embargo, contrario a lo que muchos piensan, este acercamiento no hará de sus hijos niños más despiertos, inteligentes o superdotados, porque aunque la estimulación intrauterina favorece un desarrollo adecuado del sistema nervioso central del bebé, su fin último es fortalecer los vínculos afectivos familiares y los factores protectores del desarrollo infantil a través del tiempo y la disposición que se dedique para ello afirman los expertos en el tema.

Sólo hecho de darse un tiempo para visualizar mentalmente al bebé, controlando la respiración y tratando de imaginar cada una de sus partes -como su rostro, manos, dedos y pies- puede ser de gran ayuda para tomar conciencia de su existencia y entrar en un contacto profundo con él.

Beneficios comprobados

Durante las dos últimas décadas, diversos investigadores han logrado importantes avances en el estudio del funcionamiento psicológico y emocional del niño en el útero materno.

Investigadores pueden observar mediante un ultrasonido, que a partir del cuarto mes de gestación el feto ya tiene desarrollado su sistema gustativo y puede succionar hasta doble ración de líquido amniótico ante una sustancia dulce, o por el contrario, hacer un gesto de desagrado y dejar de succionar si se infiltra un líquido amargo como el yodo.

En el aspecto visual, se comprobó que a partir del cuarto mes el bebé percibe las sensaciones de luz y oscuridad, y puede incluso cubrir los ojos con sus manos cuando el brillo es muy intenso. Además, se descubrió que a partir de la semana 20 el feto inicia sus ciclos de sueño y vigilia, absorbiendo los patrones de sueño de la madre. Ya desde el quinto mes de gestación es capaz de reaccionar ante estímulos auditivos, prefiriendo los sonidos agudos a los graves.

Los expertos sugieren que durante el embarazo la madre debe preferir la música clásica de compositores como Mozart, Haendel y Vivaldi o, en general, cualquier tipo de música "suave" que sea de su agrado y, por el contrario, evitar la exposición frecuente a la música del estilo Heavy Metal, ya que se demostró que el bebé presenta signos de franco rechazo, con fuerte pataleo y aumento considerable de la frecuencia cardíaca.

Educar más que estimular



Importantes estudios e investigaciones comprueban que el bebé por pequeño y frágil que parezca, siente y se da cuenta de todo lo que ocurre a su alrededor: percibe los estados anímicos de la madre, oye cuando le hablan y aunque sea en forma rudimentaria comienza a reconocer las voces y sonidos más familiares. Por este motivo, resulta fundamental comenzar a "educar" al futuro hijo desde el embarazo.

Más que estimular, lo que los padres deben hacer en este período es educar al bebé. Para eso no necesitan hacer nada especial, sino vivir cada día y cada actividad en forma optimista; transmitir seguridad y confianza, buscar siempre la mejor manera de resolver los problemas y conflictos, llevar una vida ordenada, con buenos patrones de sueño y alimentación, porque el niño va absorbiendo estos hábitos en forma natural, explican los expertos.

Los especialistas insisten en la necesidad de preferir aquellos estímulos que se

de provocar reacciones en el bebé, pues el exceso de actividades podría sobre estimularlo antes de su nacimiento.

Distintas formas de estimulación

Para ayudar a establecer este vínculo afectivo con el futuro hijo y estimular el sano desarrollo de su cerebro y sus sentidos antes del nacimiento, existen distintas opciones para que ambos padres puedan participar.

La vista

En forma natural, los padres pueden aprovechar los días de calor para exponer el vientre a los rayos solares -con la debida protección- y con una frecuencia de 30 segundos, cubrirlo con una tela oscura o con la propia ropa de la madre, para dar al bebé la sensación de luz y oscuridad. También se puede hacer en invierno encendiendo y apagando la luz de la habitación con el interruptor.

El oído

A partir del quinto mes de gestación, el bebé ya se ha acostumbrado a oír los latidos cardiacos de la madre y todos sus ruidos digestivos. También distingue las voces y otros sonidos que se producen en la placenta.

Ante esta precoz capacidad, uno de los mejores estímulos es conversar con el niño y comenzar a llamarlo por su nombre.

Otra opción es cantarle rondas infantiles o canciones de cuna. Siempre es bueno escoger una con mayor frecuencia y utilizarla en momentos determinados.

Por ejemplo, en la hora en que la madre se va a dormir, servirá para ayudarle a conciliar el sueño una vez que haya nacido; lo mismo con un cuento.

Por último, escuchar música en pareja. El bebé percibe los sonidos del exterior a través de vibraciones y resonancias en la estructura ósea de la madre, por lo que si ella se siente a gusto con alguna melodía, transmitirá ese bienestar al niño.

El tacto

Al interior del vientre, el bebé percibe estímulos táctiles a través de la succión de su pulgar, el roce con la pared uterina, la temperatura del líquido amniótico y el reciclaje del mismo aproximadamente cada 11 semanas.

El principal estímulo en este sentido lo constituyen los masajes, que pueden ser de diversos tipos y para los cuales sólo necesita frotarse las manos con unas gotas de vaselina líquida.

Si la idea es despertar al bebé porque se teme que esté muy quieto, puede dar pequeños golpecitos con las manos acunadas cubriendo toda la superficie del vientre, con movimientos de abajo hacia arriba.

En cambio si el objetivo es tranquilizarlo porque está inquieto, lo aconsejable es un masaje sedativo de fricción, siguiendo un roce continuo y permanente, en la misma dirección que el anterior.

La idea es que el papá también pueda participar de estas caricias, mientras canta o conversa con el bebé.

Cada una de estas actividades, acompañadas de un espíritu optimista y de acogida irán creando un clima de seguridad y fuertes lazos, que además de crear conciencia en los padres del bebé que esperan, los hará sentir más unidos y con una gran responsabilidad compartida.

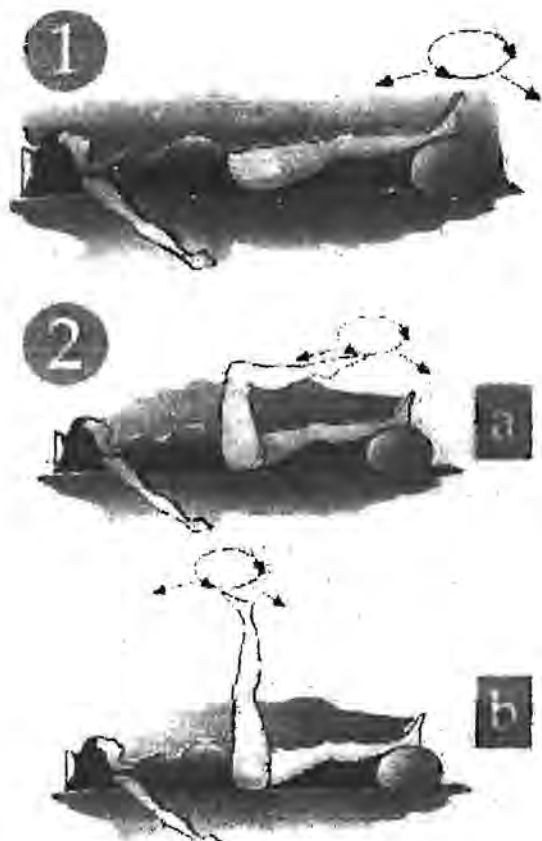
EJERCICIOS PARA ADQUIRIR FLEXIBILIDAD

A) Levante una pierna tan alto como le sea cómodo sin doblar la rodilla, mientras inspira. Bájela a su lugar y descansa mientras espira.

B) Separe una pierna ligeramente del cojín y muévala de un lado a otro sin voltear la cadera. Regrésela a su lugar y descansa

C) Sujete el tobillo el tobillo derecho con la mano derecha de adentro hacia fuera. Inspire mientras echa la rodilla hacia el piso hasta que sienta un estiramiento en la superficie interna del muslo. Espire mientras regresa la pierna a su lugar

D) Contraer músculos del piso pélvico. Contraer y relajación de esfínteres del recto, de la vagina y después los dos músculos.



EJERCICIOS CIRCULATORIOS

1.- Partimos de la posición decúbito supino, con las piernas extendidas, y pies apoyados y elevados unos treinta centímetros. Realizaremos amplios giros de tobillo a ambos lados, alternando series que empezarán siendo de seis rotaciones.

2.- Desde la posición anterior (decúbito supino):

a - Flexionar la pierna derecha por la cadera y flexionar también la rodilla; con el pie realizar las mismas rotaciones que en el ejercicio anterior.

b - Desde la posición anterior (a), extensión de rodilla, y realizar una nueva serie de rotaciones con el pie elevado.

Cepillar con un cepillo de fibras naturales en forma ascendente.

EJERCICIOS

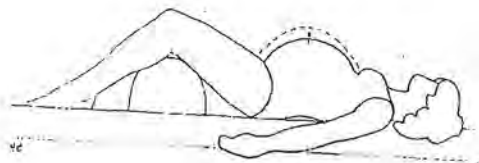
1.-Continuamos en la posición decúbito supino, flexionar la pierna derecha aproximando la rodilla hacia el vientre, abducción externa de la pierna y extensión de la rodilla; la pierna permanecerá en esta posición unos segundos para volver después a la posición inicial.

2.-Desde la posición inicial (d.s.), elevar la pierna derecha extendida, hasta lograr el ángulo recto con respecto al tronco, abducción de esta pierna que describiendo un amplio semicírculo volverá lentamente a la posición inicial.

3.-Cambiamos de posición, ahora partiremos de decúbito lateral derecho; flexionar la pierna izquierda levantando la rodilla hacia el vientre, con el pie apoyado en la pierna derecha. Debemos realizar el mismo ejercicio el mismo número de veces, ahora en decúbito lateral izquierdo.



NIVEL 1 DE RESPIRACION Recostada.



Relajación

Con nivel 1 de respiración inspire contraer todos los músculos del brazo izquierdo. Espire a medida que los relaja. Repetirlo con

Flexionamos las piernas para apoyar los talones muy próximos a los glúteos, elevación de cadera hasta quedar apoyadas solamente en talones y hombros, contaremos 5 segundos para descender la espalda. Series de 4 elevaciones

Cierre la boca y respire por la nariz. Inspirar despacio y espirar vigorosamente. Seis veces en medio minuto

los músculos del brazo derecho, pierna izquierda, pierna derecha, posteriormente

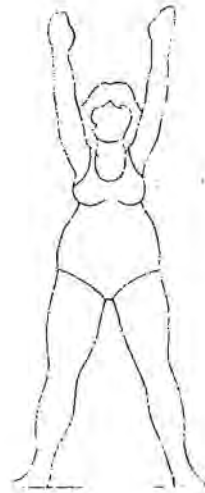
En posición de pie, con la espalda apoyada en una pared, pies separados unos dos palmos, con los talones alejados lo suficiente de la pared, como poder sentarse resbalando sobre la espalda, rodillas relajadas, brazos a los costados, relajados, hombros caídos, sólo rozando la pared



Corrección Postural. Relajar la cabeza hacia abajo, presionar con el abdomen hacia delante, ondulando ligeramente la parte posterior de la cintura, recargar el peso en las nalgas



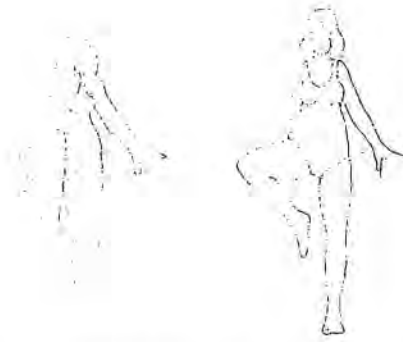
Flexión de la columna vertebral.
De pie espalda recta, pies separados, brazos a lo largo del cuerpo
Elevación de los brazos al mismo tiempo que se inspira, extensión completa del cuerpo, en especial de la columna, flexión corporal, intentando tocar el suelo con la punta de las manos, al mismo tiempo que se espira. Se debe efectuar lentamente, sin brusquedad



Posición de pie, con los pies más juntos, con el brazo izquierdo apoyándose en un punto fijo, elevación lateral de la pierna; inspiración, descenso de la pierna y espiración



Inspiración y elevación de la pierna doblada y de frente, espiración en tres tiempos, laterizando la pierna doblada, inspiración y de nuevo pierna flexionada al frente, espiración y descenso de la pierna, recobrando la posición inicial.



Forzaremos con nuestras manos la aproximación de los pies hacia nuestro periné



En Posición de flor de loto apoyaremos ambas manos en ambas rodillas, forzaremos la aproximación de las mismas hacia el suelo; empezaremos con series de 25



Extensión de brazos a la altura de los hombros, extensión de ambas muñecas, realizaremos rotaciones de los hombros hacia delante y hacia atrás alternando series de 8, sin bajar los brazos pasamos al siguiente.



Elevación de ambos brazos por encima de la cabeza, uniendo ambas-32 manos para forzar la extensión suave pero firme de toda la espalda



Sentada cómodamente colocar ambos brazos flexionados, los codos a la altura de los hombros, sujetar ambas muñecas y aproximar las manos hacia el codo contrario, enviando la fuerza desde los antebrazos y brazos hasta los músculos pectorales mayores, que son el sostén de nuestras mamas combínelo con la respiración 2 veces a nivel 1 reténgalo 10 segundos y exhale



De rodillas sobre el suelo,
descanse sentándose
sobre sus talones

Inspirar irguiendo,
tensando la espalda y
estirando las dos manos
enlazadas hacia atrás,
contar hasta cinco
expirar lentamente,
volviendo a posición de
inicio

Ponga frente a usted las palmas de sus
manos, con los dedos volteados hacia
fuera y ligeramente flexionados Baje la
cabeza y encorve la espalda, enseguida
use los músculos de las nalgas y empuje
hacia fuera y hacia atrás , tratando de
esconderlas, 6 veces

Elevamos la cabeza, inspiramos,
arqueamos la espalda hacia el suelo
extendiendo la pelvis hacia atrás.

Flexionamos la cabeza hacia el tronco,
expiramos y elevamos la espalda hacia el
techo, girando la pelvis hacia el vientre.

Finalizadas, aproximaremos los glúteos a
nuestros pies para quedar "sentadas en los
talones, con el vientre en nuestros muslos,
la cabeza apoyada en la colchoneta y los
brazos los deslizamos hasta quedar
estirados forzando la extensión de la
espalda mientras nos relajamos.
Contaremos 10 tiempos para incorporarnos
con suavidad

Realizar los tres niveles de respiración.

5

a



b

