



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



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA EMBARAZADA PRIMIGESTA DE 38.6 SEMANAS CON
TEMOR A LA ATENCIÓN EN UN NIVEL HOSPITALARIO EN JOJUTLA
MORELOS.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

MARÍA GUADALUPE VERGARA VARGAS

NÚMERO DE CUENTA

405120189

DIRECTORA DEL TRABAJO

LEO. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

MÉXICO, D.F., MARZO 2009.



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN.	2
1. OBJETIVOS.	3
2. JUSTIFICACION.	4
3. METODOLOGÍA.	5
4. MARCO TEÓRICO.	6
4.1. Conceptualización de Enfermería.	6
4.2. Metaparadigma.	6
4.3. Conceptualización de Enfermería por Virginia Henderson. ...	7
5. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	16
5.1. Valoración.	17
5.2. Diagnóstico.	17
5.3. Planeación.	17
5.4. Ejecución.	17
5.5. Evaluación.	18
5.6. Estructura de los Diagnósticos de Enfermería.	18
6. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	25
6.1. Ficha de Identificación	25
6.2. Diagnósticos de Enfermería.	27
7. CONCLUSIONES.	31
8. SUGERENCIAS.	33
9. BIBLIOGRAFÍA.	34
10. ANEXOS.	36
9.1 Historia clínica de Enfermería.	36
9.2. Embarazo.	41

INTRODUCCIÓN

En el campo de la salud la enfermería ocupa un lugar muy importante porque brinda una atención integral, su labor comprende en la atención del individuo sano y enfermo, de una manera holística. Por tal motivo es muy importante tener el conocimiento y la habilidad del manejo del Proceso Atención de Enfermería siendo esta una herramienta fundamental que nos permite identificar problemas reales y potenciales que nos van a orientar para diseñar y planear actividades que van a contribuir a la prevención, detección y resolución del problema encontrado, para evitar secuelas y mejorar la calidad de vida del individuo, tomando en cuenta que la participación, multidisciplinaria y familiar ayudaran a mejorar la salud del paciente.

EL Proceso Atención de Enfermería, cumple con todos los requisitos necesarios que nos permiten ver al paciente en una forma holística y que es aplicable ya sea al sano o al enfermo, tomando en cuenta las necesidades, fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales del ser humano.

Este Proceso Atención de Enfermería está basada en el Modelo de Virginia Henderson, la cual conceptualiza a la persona como ser humano único y complejo y que para mejorar su salud debe satisfacer 14 necesidades básicas.

Dentro de sus apartados se encuentran los objetivos, la metodología, el marco teórico, que describe el Proceso Atención Enfermería aplicada al Modelo Conceptual de Virginia Henderson, la fisiología del embarazo, la historia clínica, plan de cuidados de enfermería, plan de alta, las conclusiones y la bibliografía.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermería se concibe como la ciencia y el arte del cuidado de la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidad para la vida, su campo de acción son todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atienda su salud.¹

El cuidado de enfermera es cuidar la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que cuida.²

La enfermera se sustenta en cuatro núcleos básicos o centro de interés de la disciplina que son el cuidado, la persona, el entorno y la salud.

1.2. METAPARADIGMA

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

¹ Cfr. Cárdenas Jiménez Margarita, *et. Al.* Conceptualización de la Enfermería: Trabajo preliminar para el comité de desarrollo Curricular, México, ENEO, UNAM 1992.

² Hackspielz, María Mercedes, cuidado de Enfermería en II Reunión Latinoamericana de Ética y Bioética en Enfermería, México, ENEO.UNAM agosto 1997 pág. 7

- **CUIDADO.**- Tiene diferentes connotaciones, cuidar de si mismo. (la enfermera, para cuidar a otros primero, requiere cuidar a si misma) Cuidar a otros y cuidar con otros.
- **PERSONA.**- Engloba al individuo, a la familia y a la comunidad.
- **ENTORNO.**- Comprende el medio interno. (Genético, Fisiológico, Psicológico,...etc.) y el medio externo.
- **SALUD.**- Situaciones vividas en relación al crecimiento, al desarrollo y a las situaciones, problemáticas, incluyendo a la enfermedad.³

1.3. **CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA POR VIRGINIA HENDERSON**

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri.

Durante la primera guerra mundial desarrolló su interés por la enfermería. En 1918 ingreso en la Army School of Nursing de Washington. Se graduó en 1.921 y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Se da cuenta que le falta preparación para enseñar aquellos conocimientos que quería impartir y cinco años mas tarde entra en el Teacher's College de la Universidad de Columbia donde consecutivamente obtuvo los

³ Suzanne Kerovac y Cols. El pensamiento enfermero. Masson, España 1996.

grados de Bachelor of Science y Master of Arts, con especialización en docencia de Enfermería. En 1.929 trabajó como directora docente en las clínicas de Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1.930 volvió al Teacher's College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en enfermería y práctica clínica hasta 1.948.

Pasa un tiempo como enfermera en rehabilitación, será en esta época donde tome conciencia de la importancia en recobrar la independencia del enfermo.

Virginia Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora.

En Barcelona se la nombra Profesora Honoraria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. ⁴

SUPUESTOS PRINCIPALES.

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

⁴ Marriner. T.A. Raile, A.M. (1999) Modelos y Teorías en Enfermería .4 ta Edición. Editorial Harcourt Brance . [monografía en internet] – 2009 {acceso 1 de Marzo 2009} disponible en: http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/pagina7.html

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc...

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.⁵

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, POR MEDIO DE ROPAS ADECUADAS Y LA MODIFICACIÓN DE LA TEMPERATURA AMBIENTE

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.⁶

⁵ *Ibíd.*

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A OTRAS PERSONAS

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O “SENSACIONES”

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD

Aceptación del rol de cada uno.⁷

⁶ Phaneauf, Margor Inf. M.A. Cuidados de Enfermería. Un proceso de atención de Enfermería. Edición 1993. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill; 1993.

⁷ *Ibidem.*

13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.

Hay unas afirmaciones teóricas como:

FUNCIONES DE LA ENFERMERA

ENFERMERA PACIENTE

Henderson nos dice que la enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que este desea, sino además, lo que necesita para mantenerse en vida o recobrar la salud.

“ Es ella, temporalmente, la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la

confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo y así sucesivamente”⁸

De aquí se pueden deducir tres niveles de relación clasificados desde una relación muy dependiente a una completamente independiente.

RELACION ENFERMERA MÉDICO

“La enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico. Por otra parte como miembro del grupo médico colabora con los demás miembros de este grupo, así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global. Ningún miembro del grupo médico debe exigir de otro, actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia”

ENFERMERA SUSTITUTO : (Compensa lo que le falta al paciente)

ENFERMERA COMO AYUDA: (Establece las Intervenciones Clínicas)

ENFERMERA COMPAÑERA: (Fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud)⁹

En esta última relación muestra al paciente como una persona con potencialidades y recursos capaces de idear junto con ella su propio plan de cuidados.

⁸ *Ibidem.*

⁹ Lourdes Casillas Santana. Manual CTO de Enfermería. 4ª Ed. Tomo I. Madrid España: McGraw-Hill. Interamericana; 2007. Págs. 168 a 169.

Virginia Henderson, no incluyo un concepto de entrono en su modelo. Sin embargo, si menciona de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales del entrono físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales) para la valoraciones de las necesidades y la planificación de los cuidados, así podemos afirmar que el entrono esta contemplado sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 necesidades básicas y de los factores que las influncian.¹⁰

Causas de la dificultad:

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entrono, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades:

1.- **Falta de fuerza**: Interpretamos por FUERZA: no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinando por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidades intelectuales, etc.

2.- **Falta de conocimiento**: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (Autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

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

¹⁰ *Ibidem.*

mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades básicas.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deben ser valorados para la participación de las intervenciones correspondientes. El tipo de participación (de suplencia o de ayuda) vendrá siempre determinada por el grado de dependencia identificado.

Rol profesional cuidados básicos de Enfermería y equipo de salud:

Virginia Henderson afirma que “Los cuidados básicos de Enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, por que todos tenemos necesidades comunes”

Sin embargo varían constantemente por que cada persona interpreta a su manera estas necesidades. Así la enfermera se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona, De ahí surge el concepto de cuidado individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.¹¹

¹¹ *Ibidem.*

1. METODOLOGÍA

Para la realización de este Proceso Atención de Enfermería se utilizó el modelo conceptual de Virginia Henderson, donde además es necesario el apoyo bibliográfico así como de la asesoría del personal profesional para la revisión del presente trabajo.

Se realizó la elección de la paciente, se diseñó un instrumento de valoración en base al modelo de Virginia Henderson, se programaron 2 visitas domiciliarias para la observación del ambiente donde ella se desenvuelve y convive siendo estas por la mañana.

Donde participaron en apoyo a la paciente el esposo y la mamá de ella, teniendo muy buena aceptación y disponibilidad para contribuir en el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería.

Dentro de los recursos humanos integrado como equipo de trabajo se contó con el apoyo del médico gineco- obstetra, enfermera y familiares directos. Llevando a cabo el control prenatal dentro de las instalaciones del Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla, Morelos. Realizándose una entrevista directa e indirecta detectando las necesidades que requiere la paciente para mejorar la calidad de atención.

Estructurándose los diagnósticos enfermeros en base a la Taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

1. PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA

Anteriormente al desarrollo del proceso, los cuidados de enfermería se basaban en las órdenes escritas por los médicos, y estaban más enfocados hacia las enfermedades específicas que a la propia persona.

Con frecuencia se aplicaban cuidados independientes del medico, guiados por la intuición y no por un método científico; en 1955 Hall fue el creador del *Proceso Atención Enfermera*.

Para Wieden Bach en 1963 el proceso consta en tres fases: Observación, Prestación de Ayuda y Validación; En 1967 Knowles sugirió que eran necesarias cinco fases para la practica de enfermera: Descubrir, Investigar, Decidir, Hacer Y Distinguir.

- Descubrir e Investigar.- Se recogen datos sobre el cliente.
- Decidir.- Se determina un plan de acción.
- Hacer.- La enfermera ejecuta un plan
- Distinguir.- Se valora la respuesta del paciente a las actuaciones realizadas.

La WICHE define el proceso como la interrelación entre un cliente y una enfermera, en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interacción resultante.

Un proceso es una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular, el *Proceso Atención Enfermera (PAE)* es un método

sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería, su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas.¹

Etapas del *Proceso Atención Enfermera*.-

- 1.1. **Valoración**.- Recopilar, verificar y organizar los datos de salud del cliente, y para su realización son esenciales las técnicas de observación, comunicación y de entrevista.
- 1.2. **Diagnostico**.- Constituye una relación de las alteraciones, actuales o potenciales, del nivel de salud.
 - Alteraciones Actuales.- Son las que existen en ese momento.
 - Alteraciones Potenciales.- Son cuando consiste la presencia de factores de riesgo que predispone que las personas o familias tengan alteraciones.
- 1.3. **Planeación**.- En esta la enfermera establece las prioridades, anota los objetivos o respuestas esperadas, escribe actividades seleccionadas para solucionar los problemas identificados, desarrolla acciones específicas para cada diagnostico de enfermera.
- 1.4. **Ejecución**.- En esta se lleva a cabo el plan de cuidados:

¹ Velázquez, S. El Proceso de Enfermería: Seminario taller. 2000

Continuar con la recolección de datos.

Realizar las actividades de enfermería.

Anotar los cuidados de enfermería.

Dar informes verbales de enfermería.

Mantener el plan de cuidados actualizados.

- 1.5. Evaluación.-** Se valora la respuesta del cliente a las actuaciones de enfermería y se compara esta respuesta entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados.

Las fases están internamente relacionadas, de forma que cada una de ellas afecta a la otra.²

1.6. ESTRUCTURA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

El primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

En el caso de Diagnóstico Real “se aconseja un formato en tres partes: Problema + Factores relacionados (...) y datos objetivos y subjetivos”

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos “fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales y los datos subjetivos y objetivos (características definitorias/sintomatología), son las evidencias de que el problema existe.

² *Ibidem.*

El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y estos se unen con las características definitorias mediante la palabra MANIFESTADO POR. **ESTRUCTURACIÓN DE PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES**

Los problemas interdependientes precisan del empleo de terminología médica y de la participación conjunta de los integrantes del equipo sanitario, razón por la cual No debe emplearse la taxonomía diagnóstica enfermera para renombrar situaciones fisiopatológicas, que ya tienen un nombre.

En la redacción de problemas interdependientes reales se necesita del problema, etiología del problema y sintomatología; los problemas interdependientes de riesgo únicamente requieren del problema y etiología; así como de las palabras riesgo de: al inicio de su formulación.

Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras secundario a: y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras manifestado por:

Los problemas interdependientes precisan del empleo ³

LISTA DE ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS DE ENFERMERÍA

Diagnósticos de Enfermería aprobados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) hasta la décima conferencia, ordenados según las catorce Necesidades Fundamentales.

1. RESPIRAR

- Deterioro en el intercambio gaseoso
- Incapacidad para mantener la respiración espontánea
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas

³ Bertha A. Rodríguez S. El Proceso Enfermero aplicación actual: Avances Científicos, 2a Ed. México: Cuellar. Pág. 51 a 69

- Patrón respiratorio ineficaz
- Potencial de asfixia
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.

2. ALIMENTARSE E HIDRATARSE

- Alteración de la nutrición por defecto
- Alteración de la nutrición por exceso
- Alteración potencial de la nutrición: por exceso
- Déficit de autocuidado: alimentación
- Déficit de volumen de líquidos
- Déficit potencial de volumen de líquidos
- Deterioro de la deglución
- Exceso del volumen de líquidos
- Interrupción de la lactancia materna
- Lactancia materna ineficaz
- Patrón de la alimentación ineficaz del lactante
- Potencial de aspiración

3. ELIMINAR

- Alteración de la eliminación urinaria.
- Déficit de autocuidado: uso WC
- Diarrea
- Estreñimiento
- Estreñimiento crónico

- Estreñimiento subjetivo
- Incontinencia fecal
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Incontinencia urinaria de urgencia
- Incontinencia urinaria funcional
- Incontinencia urinaria refleja
- Incontinencia urinaria total
- Retención urinaria

4. MOVERSE

- Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica.)
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica
- Deterioro de la movilidad física
- Disminución del gasto cardíaco

5. DORMIR Y REPOSAR

- Alteración del patrón del sueño
- Fatiga
- Intolerancia a la incapacidad
- Potencial intolerancia a la actividad

6. VESTIRSE Y DESNUDARSE

- Déficit de autocuidado
- Vestido/acicalamiento

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LIMITES NORMALES

- Alteración potencial de la temperatura corporal
- Hipertermia
- Hipotermia
- Termorregulación ineficaz

8. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS

- Alteración de la membrana mucosa oral
- Déficit de autocuidado: baño/higiene
- Deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad hística
- Deterioro potencial de la integridad cutánea

• EVITAR PELIGROS

- Afrontamiento defensivo
- Afrontamiento individual inefectivo
- Alto riesgo de automutilación
- Ansiedad
- Baja autoestima crónica
- Baja autoestima situacional
- Desatención unilateral
- Deterioro de la adaptación
- Disreflexia
- Dolor

- Dolor crónico
- Duelo anticipado
- Duelo disfuncional
- Negación ineficaz
- No seguimiento del tratamiento (especificar)
- Potencial de infección
- Potencial de intoxicación
- Potencial de lesión
- Potencial de traumatismo
- Potencial de violencia: auto lesiones, lesiones a otros...
- Respuesta postraumática
- Síndrome traumático de violación
- Temor
- Trastorno de la autoestima
- Trastorno de la identidad personal
- Trastorno de la imagen corporal

9. COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES

- Alteración de los procesos familiares
- Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
- Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante
- Afrontamiento familiar : potencial de desarrollo
- Aislamiento social
- Alteraciones sensorio-perceptivas (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfativas)
- Deterioro de la comunicación verbal

- Deterioro de la comunicación social
- Síndrome de estrés del traslado

10. ACTUAR DE ACUERDO CON SUS CREENCIAS Y VALORES

- Desesperanza
- Impotencia
- Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano)

11. PREOCUPARSE POR SER UTIL Y POR REALIZARSE

- Alteración del crecimiento, desarrollo
- Alteración de los patrones de la sexualidad
- Alteración en el desempeño del rol
- Alteración parenteral
- Alto riesgo de cansancio en el desempeño de rol de cuidador
- Cansancio en el desempeño del rol cuidador
- Conductas generadoras de salud (especificar)
- Conflicto de decisiones (especificar)
- Conflicto del rol parenteral
- Dificultad en el mantenimiento de la salud
- Dificultad en el mantenimiento del hogar
- Disfunción sexual
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (individual)
- Potencial de alteración parenteral

12.RECREARSE

- Déficit de actividades recreativas

13.APRENDER

- Alteración de los proceso del pensamiento
- Déficit de conocimiento (especificar)⁴

VENTAJAS PARA EL PACIENTE:

- Participa en su autocuidado
- Mejora la calidad de la atención.
- Continuidad en su atención.

VENTAJAS PARA ENFERMERA;

- Promueve el crecimiento profesional.
- Mejora su calidad de atención.
- Mejora la satisfacción del trabajo.

2. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FECHA: 15 de Agosto del 2008

NOMBRE: Mónica V. H.

SEXO: Femenino

EDAD: 20 años

ESTADO CIVIL: Casada

TALLA: 160 cm.

⁴ Phaneauf, Margor Inf. M.A. Cuidados de Enfermería. Un proceso de atención de Enfermería. Edición 1993. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill Pág. 93 - 102

RELIGION: Católica

ESCOLARIDAD: Secundaria.

DOMICILIO: Mariano Matamoros sin número colonia Vicente Guerrero Galeana
Zacatepec, Morelos

OCUPACIÓN: Ama de casa.

PESO: 68 kg.

TELEFONO: No cuenta actualmente.

PROCEDENCIA: Iguala Guerrero

FUENTE DE INFORMACIÓN: Por interrogatorio directo con la paciente.

PRESENTACION DEL CASO

A.P. Se trata de paciente femenina primigesta joven de 20 años de edad con un peso de 70 kilogramos, estatura de 160 centímetros, ama de casa, con secundaria terminada, vive con su esposo y convive la mayoría del tiempo con su mamá ya que es hija única.

APNP. Originaria de Iguala Guerrero, casada, profesa la religión católica asistiendo a misa todos los domingos, vive en casa propia, cuenta con todos los servicios urbanos, techo de loza, paredes de ladrillo, baño diario con cambio de ropa completa, toxoide tetánico aplicado 2 dosis, hábitos alimenticios: consume, carne, verduras, frutas, leguminosas, y leche seis veces por semana, huevo, pastas, pan y tortilla los consume los siete días de la semana, ingiere un litro de agua al día, se acompaña de su esposo solo en las tardes porque él trabaja en las mañanas,. Duerme de 10 a 8 horas diarias, por la tarde se recuesta media hora solo para descansar, no realiza ningún deporte, su eliminación de heces fecales son cada tercer día de consistencia dura con malestar al evacuar, micciones cada 2 horas amarillo claro, sin datos de infección.

APP: A la edad de 15 años la operaron de apéndicectomía.

AHF: Preguntados y Negados

APGO: Menarca a los 14 años con ritmo de 28x4 I.V.S.A. a los 19 años, un solo compañero sexual, Gesta I para 0 Cesáreas 0 abortos 0, FUR, 1 diciembre de 2007, teniendo a la fecha 38.6 SDG. FPP. 8 septiembre de 2008. Sin método de planificación familiar, Detección Oportuna de Cáncer (DOC) negados, ni mamario.

A la exploración física se observa paciente consiente, ligera palidez de tegumentos, senos turgentes y pezones planos, abdomen globoso a expensas de útero gestante, con una tensión arterial de 110 / 70, respiraciones 21 por minuto, pulso 82 por minuto y temperatura de 36.8. F.U. 30 cm, en estudios hematológicos se reporta Gpo . O Rh +, hemoglobina de 12g/dl, de acuerdo a maniobras Leopold se encuentra producto, en posición cefálica libre, dorso a la derecha, F.C.F. 150 por minuto, Peso de producto según Jonhson Tochash es de 2790 gr, con miembros inferiores sin datos de edema, inquieta con cierto nerviosismo, ya que comenta tener miedo a ser atendida en el Hospital por comentarios malos acerca de la atención.

2.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Dentro de la Evaluación se detectaron los siguientes diagnósticos de Enfermería.

DIAGNÓSTICOS REALES

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
Evitar Peligros	Temor relacionado al desconocimiento en la atención medica hospitalaria, manifestado por nerviosismo y ansiedad.
Eliminación	Estreñimiento relacionado a la falta de aporte de líquidos, falta de ejercicio, además de dieta pobre en fibra manifestado por heces duras y malestar al evacuar

DIAGNÓSTICOS POTENCIALES

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
Alimentarse e Hidratarse	Riesgo de una lactancia ineficaz relacionada a pezones planos

NECESIDAD: EVITAR PELIGROS

Temor relacionado al desconocimiento en la atención médica hospitalaria, manifestado por nerviosismo y ansiedad.

OBJETIVO:

Disminuir el temor que presenta la señora Mónica VH.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Apoyo emocional</p> <p>Explicar todo el proceso de trabajo de parto, y también sobre la atribución que ella aportara.</p> <p>Enseñar técnicas sencillas de relajación. (Respirar profundamente por la nariz 5 veces, cerrando los ojos y prestando Atención solo a la respiración.</p> <p>Tomar una ducha rápida. Con agua caliente ya que relaja los músculos y constituye un momento de descanso.</p> <p>Escuchar música relajante.)</p> <p>Orientación sobre signos de alarma que pongan en riesgo la salud de la madre y producto: (sangrado, salida de líquido transvaginal, cefalea, dolor epigástrico, visión borrosa, disminución de movimientos</p>	<p>El experimentar una emoción o un humor agradable generalmente tiene efectos positivos sobre la función psicológica y fisiológica total.⁵</p> <p>El tener conocimientos sobre lo desconocido tiende a aumentar la sensación de bienestar y seguridad</p> <p>La relajación por cualquiera de sus métodos origina sensaciones de bienestar que proporcionan el descanso y sueño.</p> <p>Si un individuo es capaz de reconocer o experimentar por sí mismo lo que puede hacer, es más probable que el aprendizaje sea eficaz.</p> <p>El saber adónde dirigirse evita pérdida de tiempo en situaciones de emergencia</p>	<p>La Sra. Mónica VH se sintió más tranquila y más relajada al conocer los pasos a seguir en cuanto a la atención de su parto cambiando la mala impresión que tenía de la unidad hospitalaria.</p>

⁵ Técnicas de Relajación. Lexur PWHM Networks.[Monografía en Internet 2009]-2009 [Acceso 1 marzo 2009] Disponible en: <http://www.webdehogar.com/salud-familiar/05060404.htm>

fetales, fiebre)		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Orientación sobre el protocolo de ingreso a la unidad hospitalaria con sus documentos de control prenatal.	El saber adónde dirigirse evita pérdida de tiempo en situaciones de emergencia	

NECESIDAD: ELIMINACIÓN.

Estreñimiento relacionado a la falta de aporte de líquidos, falta d ejercicio, además de dieta pobre en fibra manifestado por heces duras y malestar al defecar.

OBJETIVO

Que en el lapso de 08 días la Señora Mónica VH mejorará su eliminación intestinal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Dieta equilibrada: alimentos ricos en fibra, Frutas secas con piel, Frutas y verduras cocidas.</p> <p>Adecuada Ingesta de líquidos: Ingerir de 6 a 10 vasos de agua</p> <p>Proporcionar estímulo para la evacuación: Bebida caliente o ciruelas pasas.</p> <p>Ejercicio regular: caminar 20 minutos diarios</p>	<p>Una dieta equilibrado con alto contenido en fibra estimula el peristaltismo</p> <p>Se necesita una ingesta suficiente de líquidos para mantener los patrones de actividad intestinal y promover una consistencia adecuada</p> <p>Los laxantes naturales favorecen la evacuación siendo este restringido si se presenta diarrea.</p> <p>La actividad influye en la eliminación intestinal al mejorar el tono muscular y estimular el peristaltismo.</p>	<p>La Sra. Mónica VH en el tiempo establecido de 8 días mejoró bastante en sus evacuaciones ya que evacua diario en consistencia blanda y sin molestia.</p>

NECESIDAD:

- Riesgo de una Lactancia Ineficaz relacionado a pezones planos.

OBJETIVO

- Que la Sra. MVH Conozca o identifique la anatomía normal de las glándulas mamarias para iniciar una lactancia materna exitosa posterior al parto.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Darle a conocer la anatomía y fisiología de la mama con plática dirigida y rotafolios, permitiendo la retroalimentación de la paciente.</p> <p>Enseñar ejercicios de Hoffman para la formación de pezón que sería: Después de la semana 38 jalar y girar con suavidad el pezón varias veces</p> <p>Usar brasier perforado en el centro, del tamaño de la areola para favorecer la formación del pezón.</p> <p>Enseñar la técnica correcta del amamantamiento.</p> <p>Fomentar la lactancia materna por medio de la orientación y educación.</p>	<p>Durante la gestación la mama experimenta un considerable aumento de tamaño y ocurren cambios significativos.</p> <p>En pezones umbilicados y planos se debe comenzar la preparación desde que se detecta el problema en el primer control prenatal.</p> <p>La habilidad del bebé para succionar eficazmente viene determinada por la protactibilidad del tejido del entorno del pezón</p> <p>La técnica correcta es la base de una lactancia exitosa.</p> <p>Fomentar la práctica del amamantamiento reditúa enormes beneficios. .Es un alimento único que permite transmitir defensas de la madre al niño a la vez que fortalece el vínculo materno-filial.</p>	<p>Aprendió las diferentes técnicas de amamantamiento y sobre la importancia que tiene el tener un pezón bien formado logrando una lactancia exitosa</p>

CONCLUSIONES

El proceso atención de enfermería es un método propio de trabajo que permite a la enfermera ofrecer atención de calidad al individuo y comunidad.

El aplicar el Proceso Atención de Enfermería nos marca cambios y nos ayuda a fomentar una mejora continua y responsable, sobre conocimientos para la satisfacción de acciones pertinentes.

La aplicación de este proceso fue de utilidad ya que me ayudo a desarrollar habilidades para la valoración de necesidades e identificar factores de riesgo y planear intervenciones de enfermería encaminadas a satisfacer necesidades personales.

Para la persona a quien se aplicó este proceso fue de utilidad ya que mejor sus hábitos alimenticios , su calidad de vida y sobre todo se disminuyó el temor sobre la atención que se brinda en el Hospital General de Jojutla Morelos y , logrando con ella la decisión de recibir la atención en el hospital antes mencionado lográndose resultados satisfactorios para el paciente y familiar ya que la persona aceptó con toda confianza la realización de este trabajo que se elaboró bajo el Modelo de Virginia Henderson quien define al ser humano con 14 necesidades básicas que deben ser satisfechas y la función de la enfermera en el logro de sus intervenciones desarrolladas para satisfacerlas.

Fue un reto muy importante el desarrollo de este proceso atención de enfermería ya que en la práctica profesional se realiza todos los días.

El plasmado fue difícil; pero al mismo tiempo satisfactorio ya que nos permite una atención personalizada y favorece la profundización del conocimiento de la enfermería y propicia un pensamiento reflexivo.

SUGERENCIAS

El proceso de atención de enfermería es el instrumento de trabajo de la enfermera por lo que considero importante que en el programa de estudios de la Licenciatura en enfermería y obstetricia se incluya como materia “taller sobre proceso de enfermería “por un tiempo adecuado en la finalidad de mejorar los conocimientos.

Es un instrumento de trabajo que se utiliza en la vida diaria y que se nos dificulta la realización del mismo a pesar de que todos los días lo llevamos a la práctica diaria, a mi me resultado muy difícil plasmarlo.

BIBLIOGRAFIA.

1. Cfr. Cárdenas Jiménez Margarita, et. Al. Conceptualización de la Enfermería, Trabajo preliminar para el comité de desarrollo Curricular, México, ENEO, UNAM 1992.
2. Hackspielz, María Mercedes, cuidado de Enfermería en II Reunión Latinoamericana de Ética y Bioética en Enfermería, México, ENEO.UNAM agosto 1997
3. Suzanne Kerovac y Cols. El pensamiento enfermero. Masson, España 1996.
4. Fernández Ferrín Carmen et. Al. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería.3ª Ed. Barcelona: Masson-Salvat; 2005.
5. Velázquez, S. El proceso de Enfermería: Seminario Taller. 2000
6. Bertha A. Rodríguez S. Proceso enfermero aplicación actual: Avances Científicos. 2a Ed. México: Cuellar.
7. Phaneauf, Margor Inf. M.A. Cuidados de Enfermería. Un proceso de atención de Enfermería. Edición 1993. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill; 1993.
8. Marriner. T.A. Raile, A.M. (1999) Modelos y Teorías en Enfermería .4 ta Edición. Editorial Harcourt Brance . [monografía en internet] – 2009 [acceso 1 de Marzo 2009] disponible en:
http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/pagina7.html
9. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificaciones. Elsevier. 2005-2006.
10. Lynda Juall Carpenito. Diagnóstico de Enfermería. 5a Ed. España: Mcgraw-Hill Interamericana; 1998.
11. Técnicas de Relajación. Lexur PWHM Networks.[Monografía en Internet 2009]-2009 [Acceso 1 marzo 2009] Disponible en:
<http://www.webdehogar.com/salud-familiar/05060404.htm>
12. Medelyn T. Nordmark, Anne W.Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería. 2a Ed. México: El Manual moderno; 2002.

13. Tucker, Canobbio, Paquette, Wells. Normas de Cuidados del Paciente. Barcelona España: Harcourt/océano.
14. El Manual Merck: de Diagnóstico y Terapéutica. 9a Ed. Madrid España: Harcourt Brace; 1994.
15. Alan H. DeCherney, Lauren Nathan, T. Murphy Goodwin, Neri Laufer. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétricos. 9a Ed. México: Manual Moderno. 2007.

1. ANEXOS

2. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA

NECESIDADES FUNDAMENTALES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

FRECUENCIA RESPIRATORIA 21 X min. DISNEA NO RINITIS NO GRIPE NO ASMA: NO
TOS NO ORTOPNEA NO UNGUEAL NO CIANOSIS BUCAL NO OTROS NO

2.- NECESIDADES NUTRICIONALES

PESO ANTES DEL EMBARAZO 61 Kg. PESO ACTUAL 70 Kg. TALLA 160CM
HEMOGLOBINA 12mg/dl HEMATOCRIT 47mm O COLESTEROL 170mg/dl TRIGLICERIDOS 100mg/dl

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN INTESTINAL DIARIO 2 C/ 3er. día CARACTERÍSTICAS NORMAL USO DE LAXANTES no
ELIMINACIÓN VESICAL HORARIO Cada 2 horas CARACTERÍSTICAS AMARILLO CLARO

4.- NECESIDAD DE MOVIMIENTO CARDIACO

FRECUENCIA CARDIACA 82 Por minuto TENSIÓN ARTERIAL 110/70 mmHg
ALTERACIONES CARDIACAS no PATOLOGÍA CARDIACA no CARACTERÍSTICAS
FRECUENCIA CARDIACA FETAL 150 151/160 si 110 MENOS 161 Y MAS
INTENSIDAD normal RITMO ALTERACIONES
MOTILIDAD FETAL ESPONTÁNEA si MOTILIDAD FETAL C/ ESTÍMULO no HIPOMOTILIDAD no
VALORACIÓN DE LA RESPUESTA FETAL REACTIVA si NO REACTIVA BRADICARDIA TAQUICARDIA

CEREBRAL

CEFALEA NO TEMBLORES NO DEPRESIÓN NO ANSIEDAD SI INSOMNIO NO
NIVEL DE CONCIENCIA CONCIENTE SI SEMICONSCIENTE INCONSCIENTE
RESPUESTA PUPILAR NORMAL SI MIDRIASIS MIOSIS ANISOCORIA
APERTURA DE OJOS ESPONTÁNEA SI CON ESTÍMULO
RESPUESTA VERBAL CONGRUENTE SI INCONGRUENTE
RESPUESTA MOTORA LIMITADA IMPOSIBILITADA CONVULSIONES

PERIFÉRICO

_____ N _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

1.- FUNCIÓN VERBAL NORMAL X CON DIFICULTAD _____ INCAPAZ _____
FUNCIÓN VERBAL CAPAZ X INCAPAZ _____

11.- NECESIDAD DE ACTUAR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES JUICIO

ALGUNA VEZ PENSO EN EL

NO	X	S	I
----	---	---	---

 QUE LE HIZO CAMBIAR DE OPINION _____
ABORTO
ACEPTA LA LACTANCIA MATERNA NO _____ SI X _____
DESPUES DE ESTE EMBARAZO CUAL MÉTODO DE CONTROL DE LA FERTILIDAD ELIGIRA DIU _____
(especifique) _____

EMOCIONAL

PARA DUELO ANTE UNA PERDIDA REAL, LA PACIENTE EXPRESA:

TRISTEZ _____ DEPRESIÓ _____ TEMOR X NEGACIÓN _____ CULPA _____
A _____ N _____
ANTE LA POSIBLE PÉRDIDA DE UN ÓRGANO, FUNCIÓN O PERSONA (DUELO PREVISTO O ANTICIPADO), LA
PACIENTE EXPRESA
AFLICCIÓN _____ CULPABILIDAD _____ ENOJO _____ TRISTEZA X _____
EXPRESIÓN FACIAL Y POSTURA QUE CORRESPONDE A LA INTENSIDAD DEL _____ FALTA DE
TEMOR _____ CONCENTRACIÓN _____
INFORMACIÓN VERBAL DE LA _____ DIAFORESI _____ DISNEA _____ IRRITABILIDAD _____ ANOREXIA _____
ANGUSTIA _____ S _____

12.- NECESIDAD DE REALIZACIÓN

PATRON DE SEXUALIDAD

RESPUESTA DE SU PAREJA SOBRE SU ESTADO RECHAZO _____ ACEPTACIÓN X INDIFERENCIA _____
ACTUAL
RESPUESTA HACIA LA FELIZ X IGNORA _____ ENFADO _____ INDIFERENCI _____ RECHAZO _____
PAREJA: _____ A _____
BUSCA CONTACTO FÍSICO CON EL PADRE _____ SI X _____ NO _____
PRESENTA CONTACTO OCULAR POSITIVO HACIA EL PADRE _____ NO _____ SI X _____

13.- NECESIDAD DE RECREACIÓN:

ACTIVIDAD DE ENTRETENIMIENTO TODOS LOS FINES DE SEMANA ASISTE AL TEMPLO

14.- NECESIDAD DE APREDIZAJE

CONOCIMIENTOS ACTUALES DE SALUD

DE QUIEN A RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO ACTUAL FAMILIARES _____ AMISTADES _____ OTROS: _____ MEDICO X ENFERMERA X PARTERA _____
LA INFORMACIÓN QUE A RECIBIDO HA SIDO: CLARA X COMPLETA _____ CONFUSA _____ INCOMPLETA _____

EN QUE ASPECTOS REQUIERE MÁS INFORMACIÓN ALIMENTACIÓN X EJERCICIO X LACTANCIA X
HIGIENE _____ SEXUALIDAD _____ CUIDADOS AL RECIEN NACIDO X EN IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA _____
CEFALEA _____ EDEMA _____ ACUFENOS _____ FOSFENOS _____ SANGRADO TRANSVAGINAL _____
RUPTURA DE MEMBRANAS _____ FALTA DE MOTILIDAD FETAL _____ INICIO DE TRABAJO DE PARTO X
SI HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE PARTO PSICOPROFILACTICO, SEÑALE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN NO
RESPIRATORIA _____ PARA AUMENTAR TOLERANCIA AL DOLOR _____

DISPONIBILIDAD

SIESTA PROGRAMADA PARA CIRUGÍA: _____ COMPRESIO LA INFORMACIÓN SOBRE EL TIPO DE INTERVENCIÓN

SI		NO	X
----	--	----	---

DEMUESTRA DISPONIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN: CUIDADO DE LOS HIJOS X DEAMBULACIÓN TEMPRANA X
LACTANCIA MATERNA X EDUCACIÓN X ALOJAMIENTO CONJUNTO X TRATAMIENTO MÉDICO X
METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DIU _____ NIVEL DE PREPARACIÓN ACADÉMICA SECUNDARIA _____
CURSO PSICOPROFILAXIS NO X SI _____

ORIENTACIÓN

TIEMPO (SABE QUE FECHA ES HOY)

SI	X	NO	
----	---	----	--

 LUGAR (SABE EN DONDE SE ENCUENTRA)

SI	X	NO	
----	---	----	--

PERSONA (MENCIONE SU NOMBRE COMPLETO) _____ MONICA VALLE HERNANDEZ _____

MEMORIA

INTACTA _____ SI _____ SOLO RECIENTE _____ SOLO RETROGRADA _____

9.2. EMBARAZO

Se denomina preñez, gravidez o gestación el tiempo que transcurre entre la fecundación del ovocito y el parto. El embrión es una etapa maravillosa que se inicia con la fecundación y termina con el nacimiento de una nueva vida.

La ovulación aproximada de la gestación es de 280 días equivalentes a 10 meses lunares, 9 mese calendario solar o 40 semanas partiendo desde el primer día de la última menstruación, motivo por el cual e da variación considerando que la mayoría de casos se desconoce la fecha de fecundación y una vez ocurrida esta se inicia la tarea del embarazo.

Si bien el diagnóstico del embrión suele ser simple, es importante su cuidadoso realizando una historia clínica y exploración física exhaustiva para reducir los posibles factores de riesgo; debemos ayudarnos de métodos diagnósticos adicionales como son pruebas biológicas, inmunológicas y ultrasonidos para su confirmación.

Durante esta etapa la mujer se encuentra sometida a innumerables cambios, los cuales son percibidos con una mejor intensidad creando en las madres sensaciones de bienestar y júbilo.

DIAGNOSTICOS DE EMBARAZO

- Signos y síntomas
- Pruebas biológica e inmunológicas
- Ultrasonido

SIGNOS Y SINTOMAS:

En estos se considera 2 periodos de igual duración.

Primer periodo: primera semana a la veinte de gestación se fundamenta en signos maternos subjetivos.

Segundo periodo: semana 20 a la 40 de gestación se basa en signos de procedencia fetal y es mas convincente.

Según Montgomery los signos y síntomas del embarazo se clasifican en tres grupos:

- Signos presuntivos
- Signos de probabilidad
- Signos de certeza

SIGNOS PRESUNTIVOS;

- Amenorrea
- Cambios en las mamas: aumentación de volumen y sensibilidad, hiperpigmentacion de la areola pezones eréctiles.
- Polaquiuria
- Síntomas simpáticos: dentro de estos pueden ser sialorrea, vomito, anorexia, irritabilidad, mareo, somnolencia, lipotimia y fatiga.

SIGNOS DE PROBABILIDAD:

Algunos signos aparecen a partir de la cuarta semana y otros entre quinta semana, 18 y 20 y comprenden:

***SIGNOS VULVOVAGINALES:**

La mucosa del orificio se torna violácea y sus paredes se engrosan.

***SIGNOS UTERINO:**

Se detectan a través del tacto rectal, vaginal y examen bimanual. En la cuarta semana, el cuello uterino se reblandece adquiriendo semejanza a la consistencia de l lóbulo de la oreja.

SIGNOS DE CERTEZA:

Estos aparecen en la segunda mitad del embarazo y permiten hacer un diagnóstico más preciso y son de procedencia fetal entre estos tenemos latidos cardíacos fetales, movimientos fetales y palpación de las partes del feto.

- **PRUEBAS INMUNOLÓGICAS-BIOLÓGICAS:**

Estas son a través de pruebas de laboratorio o colorimetría permiten detectar la presencia de gonadotropina coriónica humana en sangre u orina.

ECONOGRAFIA-ULTRASONIDO:

Esta prueba es a través de pequeñas ondas de sonido impulsadas al útero gestante y permite dibujar en la pantalla la silueta del saco gestacional y su contenido.

RECOMENDACIÓN:

- Tener suficiente descanso, aire fresco y luz solar.
- Mantener un estado mental de alegría.
- Omitir alimentos grasos en la dieta.
- Debe tomar por lo menos de 8 a 10 vasos de agua diario.
- Salir a caminar 20 minutos diarios.
- Comer verduras verdes, frutas, pan integral.
- Se debe evitar permanecer de pie periodos prolongados.
- Ropa apropiada, higiene dental.

Etapa de gestación hay cambios físicos, psicológicos en cuyo curso hay reacciones emotivas y sentimientos de pasividad, dependencia, temor, ansiedad y ambivalencia: algunos de estos sentimientos predominan en todos el embarazo y alguno aparecen y desaparecen a medida que progresa el embarazo, debiendo la mujer sus peores cambios importantes en su desarrollo hasta el momento de llegar hacer madre.