



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA
MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADO A LA UNAM
CLAVE 8715/12



PROCESO CUIDADO ENFERMERO "ATENCIÓN EN EL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENCIA"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA

DULCE LIZETH ARISTA MARQUEZ

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

NOVIEMBRE ,2021



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.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA
MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADO A LA UNAM
CLAVE 8715/12



PROCESO CUIDADO ENFERMERO “ATENCIÓN EN EL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENCIA“

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

PRESENTA

DULCE LIZETH ARISTA MARQUEZ

TUTORA:

ME y AS. RITA DE GUADALUPE MARTÍNEZ ROCHA

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

I. INDICE

	Pág.
Portada	
Dedicatoria/ agradecimientos	
Resumen del trabajo	
II. Introducción.....	1
III. Justificación.....	4
IV. Objetivos.....	6
V. Marco teórico	
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria	7
5.2 El cuidado como objeto de estudio.....	11
5.3 Proceso de atención de enfermería.....	14
5.4 Modelo teórico utilizado.....	17
5.5 Etapas del proceso cuidado enfermero	
5.5.1 Valoración.....	21
5.5.2 Diagnostico.....	25
5.5.3 Planeación.....	30
5.5.4 Ejecución.....	34
5.5.5 Evaluación.....	36
5.5.6 El embarazo en la adolescente.....	38
VI. Resumen del caso clínico	
6.1 Valoración clínica (patrones de M. Gordon).....	54
6.2 Diagnostico enfermero.....	
6.3 Ejecución (NIC, GPC).....	58
6.4 Evaluación.....	
VII. Plan de alta.....	68
VIII. Conclusiones.....	70
IX. Referencias bibliográficas (APA).....	71
X. Glosario.....	77

Dedicatoria/ Agradecimientos

A mi papá José Arista y a mis hermanos por haber formado parte de este proyecto apoyándome, a mi hija Dahena que ha sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas en esta vida.

Le agradezco a dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, de llenarme de luz cuando más oscuro lo vi.

Ha mis compañeros de trabajo y amigos, que cada día me dieron su aliento para seguir, y darme ese apoyo moral.

A mi tutora ME y AS. Rita De Guadalupe Martínez Rocha, sin usted y sus virtudes, paciencia y constancia este trabajo no lo hubiese logrado. Usted formo parte importante de esta historia con sus aportes profesionales, muchas gracias por sus palabras de aliento, cuando más lo necesite, por estar allí cuando tuve un millón de confusiones.

A cada uno de ellos les agradezco infinitamente por haber estado por que “los éxitos y las derrotas se comparten” (KA, 2006).

Resumen

Introducción: La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo y entraña repercusiones físicas, psicológicas, sociales y económicas negativas para las mujeres, sus familias y sus comunidades. La atención prenatal resulta fundamental para las madres primerizas, pues determinará sus futuros embarazos, esta actividad es inherente a la práctica de la enfermería

Objetivo: Presentar un proceso cuidado enfermero como método sistemático e integral para atención prenatal en embarazo adolescente, basado en la teoría de Dorothea Orem.

Metodología: Se aplicó el método de estudio de caso en el cual se desarrolló el proceso cuidado enfermero empleando la metodología NANDA-NIC-NOC, además se consideró como elemento fundamental del cuidado la teoría de Dorotea Orem.

Conclusiones: La atención al embarazo en adolescente constituye una prioridad para la salud pública, en particular para la atención enfermería cuyas intervenciones deben incluir en primer término la prevención de la natalidad precoz, el control prenatal y la detección temprana de factores de riesgo; para el logro de tales fines se requiere la aplicación del proceso cuidado enfermero y la identificación de rol profesional desde la óptica de modelos conceptuales como lo constituye la teoría de Orem.

Palabras clave: Embarazo adolescente, enfermería, proceso cuidado enfermero, atención prenatal, metodología, cuidado, prevención.

I. INTRODUCCIÓN

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana, indica el informe “Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe ”(Walter, S, 2018).

Además, es la única región del mundo con una tendencia ascendente de embarazos en adolescentes menores de 15 años, según reporta el fondo de población de las naciones unidas (UNFPA) en 2018. Se estima que cada año, en la región, un 15% de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años y 2 millones de niños nacen de madres con edades entre los 15 y los 19 años.

En México, desde hace 16 años el embarazo en adolescentes se ha incrementado, y derivado de ello aumentó la muerte materna (MM) en esta población menor de 20 años de edad, pues mientras en 2010 murieron 137 adolescentes por esta causa, en 2014 subió la cifra mortal a 142 (Godínez, L, 2016).

En San Luis Potosí los nacimientos en mujeres menores de 20 años han presentado una disminución importante, el porcentaje respecto al total de nacimientos ha bajado de 9 mil 279 lo que equivale al 19.0 por ciento en el año 2015, a 7 mil 517 con un porcentaje de 16.9 por ciento para el año 2019 lo anterior de acuerdo a los datos obtenidos del Grupo Estatal de Prevención del Embarazo Adolescente (Secretaría De Salud DGIS-INEGI 2018).

“Las tasas de fertilidad en adolescentes siguen siendo altas. Afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad y muestran las desigualdades entre y dentro de los países. El embarazo en la adolescencia puede tener un profundo efecto en la salud de las niñas durante su curso de vida”, pues de acuerdo con la dirección de la OPS. “No sólo obstaculiza su desarrollo psicosocial, sino que se asocia con resultados deficientes en la salud y con un mayor riesgo de muerte materna. Además, sus hijos están en mayor riesgo de tener una salud más débil y caer en la pobreza” (OPS, 2018).

El informe señala que en algunos países las niñas adolescentes sin educación o con sólo educación primaria tienen cuatro veces más posibilidad de quedar embarazadas que adolescentes con educación secundaria o terciaria. Las niñas indígenas, en particular en áreas rurales, también tienen una mayor probabilidad de tener un embarazo a temprana edad.

Según los especialistas, el embarazo temprano en América Latina tiene varias aristas, aunque principalmente se debe a la ausencia de una educación sexual integral, al desconocimiento, la falta de acceso a métodos anticonceptivos y barreras culturales.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos en ese grupo de edad, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados (OMS ,2020).

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el recién nacido. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (OMS ,2020).

La práctica de la sexualidad en los adolescentes está determinada no solo por la cuestión hormonal que caracteriza esta etapa de vida, sino que involucra aspectos culturales de género, éticos o religiosos que inciden sobre la asunción y las expresiones de sexualidad, junto a los condicionamientos familiares, los comportamientos sexuales más frecuentes están influenciados por el contexto espacial, histórico, económico y sociocultural en el que se desenvuelven los adolescentes (Rangel, García 2010).

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las mujeres, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que cursan con un embarazo se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo.

Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz.

La evidencia científica ha demostrado en países como Estados Unidos de América, la eficacia de las intervenciones de enfermería a nivel ambulatoria dirigidas a las embarazadas con riesgo de parto prematuro. Más de 90% de los episodios de aumento de contracciones uterinas o de otros síntomas fueron solucionados por las prescripciones de enfermería sin necesidad de hospitalización, demostrando el valor de las Intervenciones de la Práctica Avanzada de Enfermería (Murcia, N, 2017).

La atención de enfermería en México recientemente ha desarrollado el "Modelo del cuidado de enfermería" como herramienta metodológica, que le permita brindar cuidados con prácticas basadas en la mejor evidencia disponible, que contribuyan a mejorar la calidad de la atención en el ámbito ambulatorio y hospitalario con enfoque intercultural, integral y sistémico para disminuir la variabilidad de la práctica en la cotidianidad del cuidado; (IMSS, 2018).

En el presente trabajo se presentará un plan de cuidados dirigido a la adolescente embarazada a partir de un caso clínico, de manera que sirva de referente para guiar la práctica del cuidado de enfermería en esta problemática social y de salud pública.

III. JUSTIFICACIÓN

La reducción de la mortalidad materna es un objetivo central en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (ODS-2030) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), objetivos con los que nuestro país se ha comprometido y representa uno de sus mayores retos.

Sin embargo y pese a que desde la conferencia mundial de Alma Ata y su meta “Salud para todos en el año 2000”, pasando por los objetivos de desarrollo del milenio y recientemente los ODS se han hecho grandes esfuerzos los cuales han llevado a la reducción significativa de la mortalidad materna; sin embargo aún en México no ha sido posible combatir eficazmente este problema cuyas raíces reflejan la inequidad y vulnerabilidad que prevalece en el acceso a la salud y las acciones de promoción y prevención, a esta problemática se agrega la alta prevalencia de embarazos en adolescentes.

En ese sentido Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, destaca que “La asistencia del personal de salud debe estar dirigida a identificar y aconsejar sobre los problemas existentes, situar a la mujer en las mejores condiciones de salud posible para embarazarse y planear de forma objetiva el momento más adecuado para el embarazo” (SSA, 1996).

En relación a las iniciativas para la prevención del embarazo en adolescentes, el Consenso sobre Población y Desarrollo llevado a cabo en Montevideo subrayó la importancia de desarrollar estrategias intersectoriales para prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia, así como garantizar que niñas y adolescente accedan a la atención prenatal, del parto y posparto, el acceso a métodos anticonceptivos, a las acciones de protección y asistencia y a la justicia (CEPAL, 2013).

El objetivo más importante del control prenatal es prevenir, orientar, disminuir los factores de riesgo, detectar problemas de salud y tratarlos a tiempo. La atención prenatal resulta fundamental para las madres primerizas, pues determinará sus futuros embarazos, esta actividad es inherente al práctica de la enfermería, por lo que su abordaje desde la perspectiva del modelo de Dorotea Orem representa un esfuerzo por dar sentido y dirección

al cuidado enfermero, lo anterior constituye uno de los principales aportes del presente trabajo.

El beneficio de desarrollar este trabajo es la oportunidad de brindar consejería a la adolescente que cursa un embarazo sobre planificación familiar y el fortalecimiento de la toma de decisiones para continuar su desarrollo escolar mediante la búsqueda de redes de apoyo, todo ello dentro de un ambiente que privilegie el respeto a la autonomía personal.

El desarrollo de esta propuesta es factible considerando los recursos humanos, materiales y tiempo, así como las habilidades y conocimientos con lo que la autora cuenta.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general:

Aplicar el proceso cuidado enfermero como método sistemático e integral para atención prenatal en embarazo adolescente desde el enfoque de la teoría de Dorotea Orem.

4.2 Específicos:

4.2.1 Realizar una amplia revisión de la literatura que sirva como marco referencial al desarrollo del proceso cuidado enfermero

4.2.2. Establecer un plan de cuidados con metodología NANDA-NIC-NOC dirigido a la adolescente embarazada.

4.2.3. Diseñar un plan de alta acorde a los requisitos de autocuidado identificados en la valoración.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA

5.1.1 Antecedentes históricos

La enfermería ha recorrido numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales, como disciplina y como profesión donde tiene como sujeto de atención al hombre, la familia ya la comunidad. Su rol y las tendencias de cuidado de salud son y fueron influenciados por los cambios políticos, sociales, culturales, científicos y por las problemáticas de salud de la comunidad (Ponti, 2016).

A través de los años, enfermería ha evolucionado y cambiado conceptos, definiciones donde se estableció como campo científico y se describió en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas subordinadas a la medicina, como un servicio humano amplio, como una vocación aprendida y más recientemente como una disciplina en el área de la salud, que maneja el cuidado de esta durante el transcurso del ciclo vital.

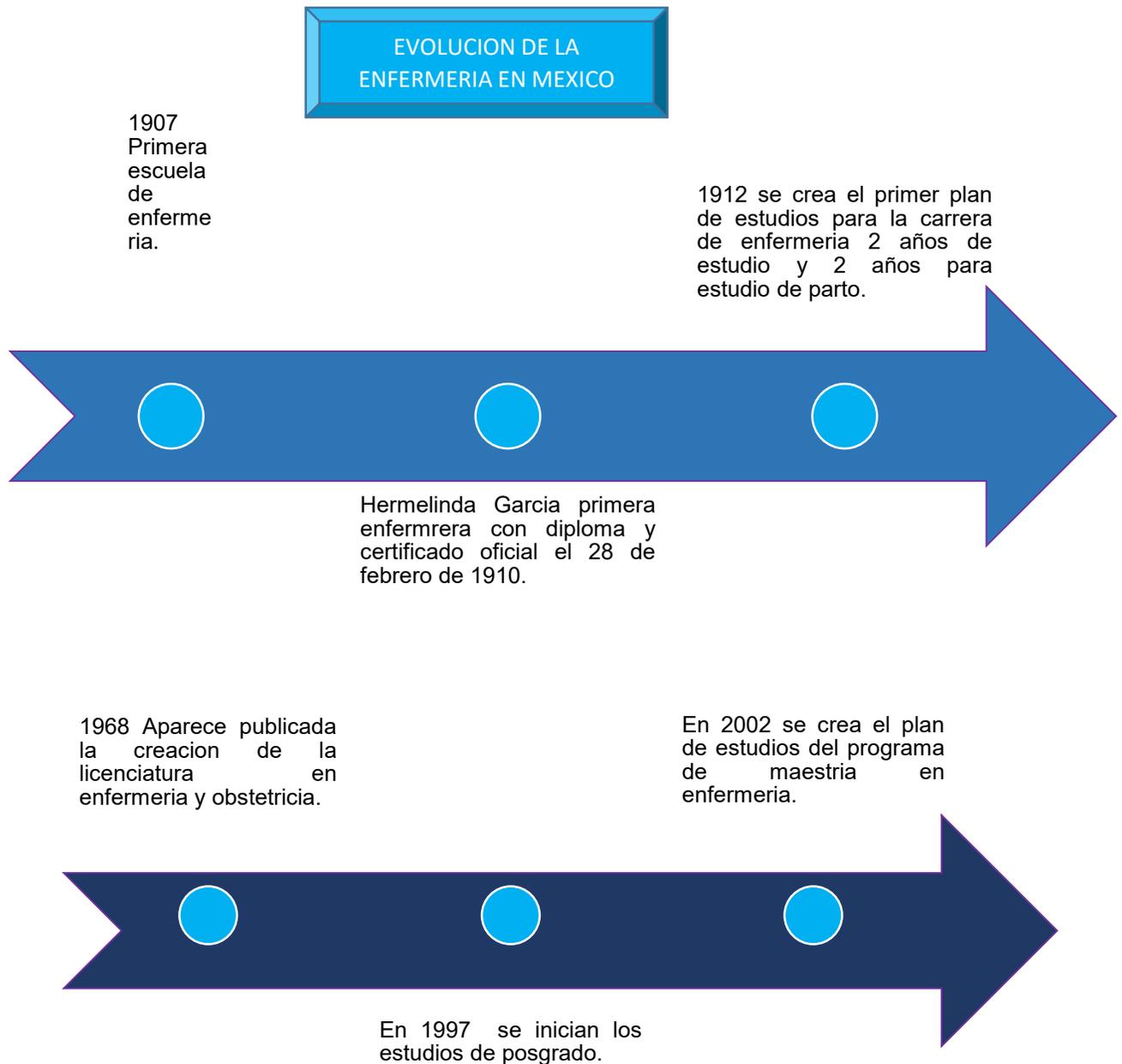
A continuación, se señalan algunos hitos que marcaron el desarrollo de la enfermería como profesión:

- **Prehistoria:** Etapa en la que el hombre vivía agrupado como únicos mecanismos de defensa ante las adversidades del medio y se dedicaba principalmente a la caza y se reconocían como hechicero o bruja mediante ritos mágicos.
- **Edad media baja (siglos XI-XV):** caballeros de la orden de san Juan de Jerusalén, caballeros teutónicos, órdenes religiosas franciscana y otras figuras como parteras, y sus métodos para tratar la enfermedad eran remedios carenciales mediante reliquias, exorcismos y remedios empíricos como enemas, ungüentos. Y mediante la medicina técnica se realizaba disección de cadáveres para estudio de anatomía.
- **Edad media alta:** Mujeres feudales, monjes-sacerdote, médico, médicos islámicos barberos, sangradores cirujanos, matronas y comadres y sus remedios eran carenciales mediante obras de caridad, remedios empíricos y medicina técnica.
- **Mundo contemporáneo (siglo XIX):** Figuras domésticas, médico de cabecera, comadrona, y la organización de Cruz Roja Internacional y Consejo Internacional de Enfermería. Y sus remedios eran caseros, brebajes, purgas, medicina artesanal como aplicación de ventosas, ungüentos, y consejos dietéticos e higiénicos. Y como medicina experimental búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad

- **Enfermería siglo XX:** Cirujanos-sangradores, ministrantes, practicantes, matronas y parteras, enfermeras auxiliares de clínica, técnicos sanitarios. Y sus métodos son mediante auge de la medicina científica, gran desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas protagonismo de la cirugía (Martínez y Chamorro, 2016)

En el caso de México, la figura No. 1 resume la evolución de la profesión:

Figura No. 1



Fuente: Torres y Zambrano, 2010.

Como parte histórica del pensamiento se crean modelos teóricos, entre los que destacan.

Florence Nightingale; 1820-1910 “Teoría del entorno” considerada la primera teórica de enfermería y donde creo cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad aire, agua, desagües eficaces, limpieza y luz. Amaro (2004)

Virginia Henderson 1897-1996 consideraba al apaciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia. En su teoría de las 14 necesidades, es ayudar a la persona enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, o a una muerte tranquila. (Marriner y Raile, 2006).

Dorotea Orem; 1914-2007 presenta su teoría de déficit autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí., teoría del autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. Naranjo, concepción y Rodríguez (2017)

Dorothy Jonson; 1919-1988 Modelo de sistemas conductuales de atención que se centra en las necesidades humanas, y el uso de la enfermería para promover el equilibrio y disminuir el estrés. Ventura (2011)

Sor Calixta Roy; 1939 Modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno, ayuda a una prioridad a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación. Entre otras. Montaña (2018)

A medida que las enfermeras entraron a las escuelas en gran número durante la última mitad del siglo XX empezó a llevarse a cabo el objetivo de desarrollar un conocimiento como base para la práctica enfermera y como se ha mencionado anteriormente, la enfermería ha pasado a través de etapas de desarrollo gradual donde las líderes enfermeras presentaron varias perspectivas diferentes para el desarrollo de la ciencia enfermera (Marriner y Raile, 2006).

La enfermería como una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina. Barrera, (2004).

Desde finales del siglo XVIII y hasta mediados del siglo pasado, varias teorías han reconocido que los conceptos de cuidado persona salud y entorno implícito y explícitamente son los que clasifican y constituyen el núcleo del campo de los cuidados de enfermería. Estos conceptos permiten precisar la importancia de su interrelación, y son las formas de concebir un cuidado que exprese la respuesta a las necesidades convenientes en materia de salud de las personas, familias y comunidades.

Al asegurar una respuesta óptima a las necesidades cambiantes, requiere del dominio de un saber y de competencias específicas desde la formación del recurso humano en enfermería para que al incorporarse al mercado laboral ofrezca un cuidado de calidad presentado en principios universales de los saberes como son el saber ser que incluye valores, actitudes, creencias, convicciones; el saber hacer que está sustentado por habilidades relacionales y técnicas. Estos saberes convergen hacia la competencia necesaria para el cuidado que refuerza y transforma al otro.

El campo de la enfermería es el cuidado que permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar. El valor óptimo del cuidado de enfermería se mide por el poder que reciben los estudiantes, a través de una sólida formación con un enfoque crítico, capaz de asumir diversos roles de un sistema de salud cambiante y para un liderazgo que le permita participar en las decisiones en materia de salud.

Desde esta óptica, los estudiantes se inician en la importancia primordial de la interdependencia y de la complementariedad de las diferentes profesiones del área de la salud, de las áreas sociales y de las humanísticas que les permiten contar con herramientas para fundamentar su quehacer y anticiparse a los cambios para la toma de decisiones en equipo con un alto sentido de reflexión sobre las bases conceptuales que se desea para la práctica disciplinaria en las áreas asistencial, docente, administrativa y de investigación.

La enseñanza de la enfermera se centra en las 4 funciones básicas de la profesión.

- **La función asistencial** se refiere a la atención humanizada, sistemática y de alta calidad para promover la salud, proteger de enfermedades y participar en la terapéutica requerida a través de la aplicación de modelos teóricos, técnicas y procedimientos generales o específicos de enfermería.

- **La función docente** corresponde a la transmisión del conocimiento en la formación profesional de recursos humanos en enfermería, en la educación para la salud en la capacitación y en la educación continua, basada en necesidades factores de riesgo e integración docencia-servicio.
- **La función administrativa** abarca acciones específicas basadas en teorías y metodología de la administración aplicada al servicio de enfermería, para mejorar la atención al individuo, familia y comunidad.
- **La función de investigación** coadyuva a la ampliación del conocimiento mediante la aplicación de teorías y metodologías correspondientes, con base en diagnósticos de diversos aspectos en salud que conlleven a la elaboración de proyectos para mejorar la atención dentro de la enfermería. Barrera, (2004).

Tales cuidados deben ser realizados con responsabilidad profesional científica, ética y humanística para con las personas, con la práctica, con la profesión y con otros profesionales; con responsabilidad moral basada en la reflexión sobre valores para crear una conciencia ética; con responsabilidad jurídica para determinar algunas acciones que conlleven aspectos legales en la profesión y con responsabilidad civil dado que como ciudadano tiene derechos y obligaciones. Dicha responsabilidad le permite ubicar al usuario o paciente en un contexto asistencial, técnico, ético, legal y profesional.

Por tanto, el personal de enfermería debe ser preparado en instituciones educativas oficialmente autorizadas para formar profesionales competentes, dotadas de sentido social y conciencia nacional para atender las necesidades y problemas de salud en el país.

5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Referente a el cuidado es un acto ontológico que se origina en la naturaleza misma de los seres vivos pero que se legitima en el mundo de los actos; el cuidado tiene un papel relevante en la existencia humana, por tanto, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería tiene un fundamento más allá del ejercicio profesional que busca llegar al mejor ser y vivir de cada persona (Vélez, Vanegas y Hoover, 2011).

El cuidado tiene su origen en el sujeto mismo, pero no solo como instinto sino como reconocimiento de la propia existencia; entre más se conoce el sujeto más grande es su actitud de cuidado, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería busca profundizar en mejorar la calidad de vida de cada persona, más allá del ejercicio profesional (Vélez y Vanegas, 2011).

La enfermería ha desarrollado su función como lo ha hecho la medicina. La enfermería ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han estado presentes personas con dificultades para satisfacer sus necesidades esenciales existiendo la necesidad de cuidar de ellas. Se han tratado cuatro conceptos metas paradigmáticas que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y el cuidado (Benavent, et al.2002).

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos, con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), vive experiencias de salud. (Jiménez, 1998).

En este énfasis el cuidado no tiene un concepto único, ni homogéneo, se encuentra una tendencia hacia una acción encaminada hacia la recuperación del estado de bienestar mediante la planificación y evaluación de actividades. Aunque se reconoce el cuidado como propio de la profesión, la tendencia encontrada no muestra la fuerza teórica que reporta el estudio realizado por Morse y Col, en el cual identifican el cuidado, como imperativo moral, como rasgo humano, como afecto y como interacción; más bien se resalta la intervención terapéutica, por cuanto hace énfasis en la resolución de situación patológica identificada en la persona enferma (Ben, 1994).

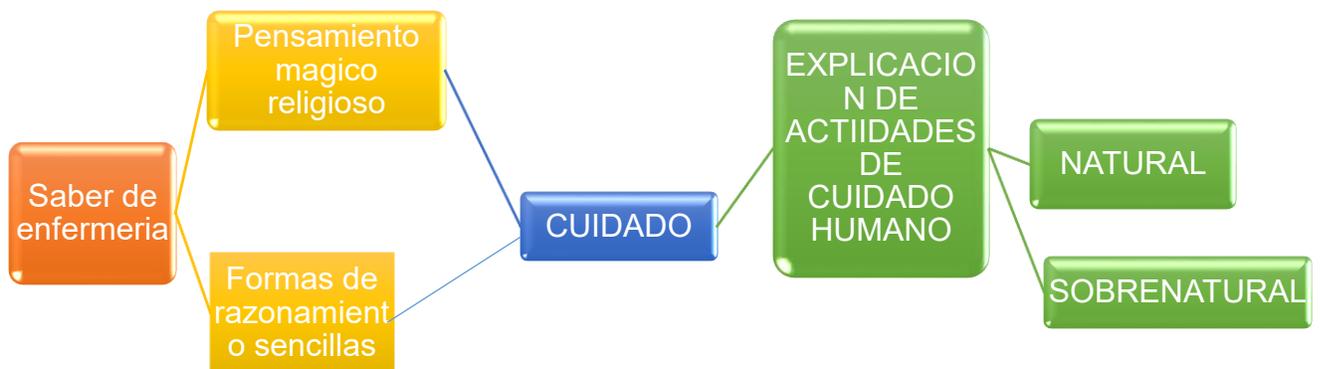
Este requiere ser utilizado como hilo integrador entre la teoría, la práctica y la investigación, con el objeto de fortalecer y engrandecer el conocimiento de la enfermería fundamentado en el cuidado. Es necesario dar un significado de la disciplina profesional de enfermería que requiere de:

- Generación y creación de conocimientos propios para resolver los problemas de la práctica profesional de enfermería.
- Validación y replanteamiento de los conocimientos disciplinares.

- Generación y validación de teorías de tipo descriptivo y prescriptivo.
- Realización de investigación científica.
- Cualificación de la práctica en enfermería

La práctica es la expresión de las teorías y de cómo las enfermeras utilizamos el conocimiento, las figuras 2 y 3 esquematizan los antecedentes del conocimiento en enfermería y el desarrollo actual.

Figura 2. Conocimiento de la enfermería



Fuente: Riveros H. y Rosas ,1982

Figura 3. Desarrollo de la enfermería



5.3 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de 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 la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” (Reyna, 2010).

Es un método flexible adaptable y aplicable en todas las situaciones en el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de la misma. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica, incluye la identificación de signos y síntomas para integrar su valoración, el diagnóstico de problemas y necesidades, la planificación y la administración de los cuidados, así como la evaluación de los resultados (Gayosso, 2019).

El proceso cuidado enfermero es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de enfermería.

De esta forma, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuesta.

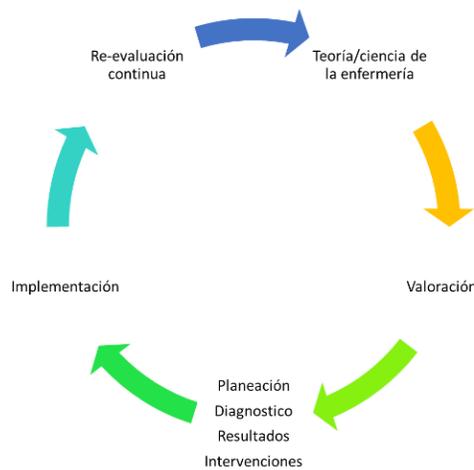
Antecedentes

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Lidia Hall (1955); por su parte Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas que incluían valoración, planeación y ejecución. (Potter, 2013)

En 1967 Yura y Walsh, establecen cuatro etapas al integrar la evaluación; entre 1974 y 1976 Bloch, Roy y Aspinall y algunas otras autoras más, establecieron las cinco etapas al añadir la etapa diagnóstica para 1992.

En 1993 la Asociación Norteamericana de Enfermería (NANDA) desarrolla la clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) y los criterios de resultado (NOC) antes denominados objetivos; para el año 2005 presenta la taxonomía diagnóstica NANDA-I y a partir de entonces se actualiza dicha clasificación cada dos años. En la Taxonomía 2018-2020 destaca un modelo de proceso cuidado enfermero modificado propuesto por Hermann en 2013 en el cual se integra la teoría en enfermería, además integra en la etapa de planeación el diagnóstico, los resultados y las intervenciones, y propone un re-evaluación continua como se indica el siguiente figura:

Figura No. 4 Proceso cuidado enfermero modificado



Fuente: NANDA 2018, adaptado por Hermann 2013

Objetivos del proceso cuidado enfermero

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

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

El desarrollo del PAE: Es una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valora

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo. Crecimiento profesional.

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

5.4 MODELO TEÓRICO UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL PCE

5.4.1: Teoría del autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem nació y se vivió en Baltimore, Maryland en 1914. Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education.

Sus primeros años de práctica en enfermería los pasó en el Providence Hospital, Washington, DC (1934-1936-1942) y el Hospital de San Juan, Lowell, Massachusetts (1936-1937). Después de recibir títulos avanzados, Orem se centró principalmente en la enseñanza, investigación y administración.

Se desempeñó como director de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan 1945-1948, donde también enseñó ciencias biológicas y enfermería (1939-1941). En la Universidad Católica de América, Orem se desempeñó como profesor asistente (1959-1964), profesor adjunto (1964-1970) y decano de la Escuela de Enfermería (1965-1966).

El primer libro publicado de Dorothea E. Orem fue Nursing Concepts of Practice en 1971. Mientras preparaba y revisaba Concept formalization in Nursing: Process and Product, Dorothea E. Orem fue editora de la NDCG (1973,1979).

En 2004 se reeditó la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship. Las siguientes ediciones de Nursing: concepts of Practice se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995, y 2001.

Falleció el 22 de junio de 2007, Savannah, Georgia, Estados Unidos.

Dorothea E. Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach.

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

Teoría del auto cuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipo de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud

E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos.

Meta paradigmas

Persona: Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Entorno: Lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas

aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente

La teoría de los sistemas de Enfermería

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería:

Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado

Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.

Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo.

El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades (Hernández Y, concepción A, Rodríguez M, 2017).

Sustentando el modelo del autocuidado de Orem con el plan de cuidados de enfermería se le re fortalecerá las actividades ya las intervenciones de enfermería ya que son fundamentales para la recuperación y adaptación del paciente.

5.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO

5.5.1 ETAPA DE VALORACIÓN

La Valoración es la considerada como la piedra angular del PAE. Permite reunir la información necesaria que permitirá formular el problema (Diagnostico), y a partir de éste proponer (Planificar) y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a un logro (Objetivo), y luego proceder a la Evaluación. El Proceso de Atención de Enfermería es por tanto la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería (Ministerio de salud pública y bienestar social 2013).

Objetivo de la valoración de enfermería

La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta. La valoración enfermera es útil en la planificación de cuidados a la persona, a la familia y/o a la comunidad, y no solamente en situación de enfermedad (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz, 2010).

El propósito de la valoración de la enfermera es “captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud que están viviendo las personas objeto de nuestra intervención”. Rellenar instrumentos u hojas de valoración de enfermería, por muy completos que estos sean, no es realmente valorar si la enfermera que los cumplimenta, además de poseer los conocimientos y las habilidades precisas para ello, está concienciada de la necesidad y validez de la acción que está realizando. La valoración de

enfermería es un acto responsable y revestido de una enorme importancia y de la que dependerá el éxito de nuestro trabajo, cuyo propósito es conseguir el bienestar de las personas objetos y sujetos de nuestra intervención (Alfaro R, 1996).

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Fases de la valoración de enfermería

La valoración está constituida por una serie de pasos o etapas sucesivas e íntimamente interrelacionadas y que son:

1. Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas) Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.
3. Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
4. Analizar los datos obtenidos.

Existen diversos tipos de datos:

Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

Datos históricos-antecedentes: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería (Alfaro R, 1996).

Los métodos para la valoración son la primera herramienta que debe utilizarse para valorar a todo tipo de personas sanas o enfermas, en el ámbito público o privado, en la práctica institucional, privada o independiente, en clínicas, consultorios, y en todos los escenarios del ámbito ambulatorio y hospitalario.

Sin duda, esta primera etapa del proceso de atención de enfermería es necesaria llevarla a cabo para dirigir, definir y estandarizar el cuidado de enfermería a través del desarrollo del plan de cuidados estandarizado (PLACE), y la aplicación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica en Enfermería (GPCE), que dicho sea de paso es el resultado del desarrollo de la enfermería basada en la evidencia (EBE), convertida en práctica basada en la evidencia (PBE).

Existen diversos modelos de valoración:

Criterios de valoración siguiendo un orden céfalo-caudal: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda de forma sistemática.

Criterios de valoración por aparatos y sistemas: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por patrones funcionales de salud: Este método es un método propio de la profesión, el sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero (Alfaro R; 1996).

Cuadro No 4. Métodos de valoración

Patrones funcionales de salud	Aparatos y sistemas	Céfalo caudal
<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo percepción de la salud. 2. Nutricional metabólico 3. Eliminación 4. Actividad-ejercicio 5. Reposo-sueño 6. Cognitivo perceptual 7. Autopercepción-auto concepto 8. Rol-relaciones 9. Sexualidad-reproducción 10. Afrontamiento-tolerancia al estrés 11. Valores-creencias 	<p>Secuencia lógica de preguntas relacionadas con las principales regiones anatómicas del cuerpo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular • Respiratorio • Gastrointestinal • Neurológico • Genitourinario • Musculo esquelético • Piel y mucosas • Miembros inferiores y superiores. 	<p>Orden lógico de cabeza a pies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel, pelo y uñas • Cabeza • Ojos • Oídos • Boca y garganta • Tórax y pulmones • Corazón y vasos • Tracto gastrointestinal • Aparato genitourinario • Musculo esquelético • Neurológico • Miembros inferiores y superiores.

Patrones funcionales de Marjory Gordon

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz, 2010).

Los patrones son los siguientes:

Patrón 1 Percepción de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar.

Patrón 2 Nutricional – metabólico: Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Patrón 3: Eliminación: Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Patrón 4: Actividad – ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Patrón 5: Sueño – descanso: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Patrón 6: Cognitivo – perceptivo: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Patrón 7: Autopercepción – auto concepto: Describe los patrones de auto concepto y percepción del estado de ánimo.

Patrón 8: Rol – relaciones: Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción: Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Patrón 10: Tolerancia al estrés: Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Patrón 11: Valores – creencias: Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y / o religiosas que influyen en la adopción de decisiones (Alfaro R; 1996).

5.5.2 EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico, siempre es la consecuencia del proceso de valoración y es la suma de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de necesidades o problemas, es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, (NANDA) Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas (NANDA. 2018).

Una taxonomía se define como una «Clasificación: clasificación especialmente ordenada de plantas y animales según sus supuestas relaciones naturales»; la palabra deriva de la raíz 'taxón', «el nombre que se aplica a un grupo taxonómico en un sistema formal de nomenclatura» (Merriam-Webster, 2009). Podemos adaptar esta definición para una taxonomía de diagnósticos enfermeros; específicamente nos interesa la clasificación ordenada de los núcleos diagnósticos que sean de interés para la enfermería, según sus supuestas relaciones naturales.

Los diagnósticos de NANDA-I se construyen mediante un sistema multiaxial. El sistema consiste en ejes cuyos componentes se combinan para conseguir que los diagnósticos sean sustancialmente iguales en forma y en coherencia con el modelo ISO.

Un eje, para el propósito de la Taxonomía de NANDA-I, está definido operacionalmente como una dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico. Hay siete ejes. El modelo de diagnóstico enfermero NANDA-I muestra los siete ejes y la relación entre ellos (NANDA, 2018).

El orden y algunas de las etiquetas y definiciones se cambiaron después de la versión 2005-2006 para adecuarse al International Standards Reference Model for a Nursing Diagnosis: Eje 1: Núcleo diagnóstico.

Eje 2: Sujeto del diagnóstico (persona, familia, grupo, comunidad).

Eje 3: Juicio (deteriorado, ineficaz, etc.).

Eje 4: Localización (vejiga, auditivo, cerebral, etc.).

Eje 5: Edad (bebé, niño, adulto, etc.).

Eje 6: Tiempo (crónico, agudo, intermitente, etc.).

Eje 7: Estado del diagnóstico (real, de riesgo, de promoción de salud, etc.).

Entre las ventajas del uso de la Taxonomía, están:

- El uso de un lenguaje común
- La implantación del PAE (Proceso de Atención de Enfermería) como método de trabajo
- La participación dinámica dentro de los diferentes equipos de salud

Antecedentes históricos de los diagnósticos de enfermería

El término diagnóstico de Enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados. Esta autora afirmaba que... una vez que las necesidades del paciente son identificadas, pasamos al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería.

Años más tarde, Johnson, Abdellah y otras autoras escriben y definen el diagnóstico de enfermería entendido como una función independiente. Durante los años 60, en Estados Unidos, se producen continuos debates sobre el uso del término (diagnóstico de enfermería), sin embargo, gran número de enfermeras continuaban utilizándolo.

Paralelamente se desarrollaban numerosos trabajos de investigación multidisciplinaria, lo que representó un aumento de conocimientos con respecto al tema, que fundamentaron e impulsaron de forma definitiva su expansión en el uso del diagnóstico de enfermería. En la década de los 70, la American Nursing Association (ANA), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluyen los estándares de la práctica de enfermería (Avalos E.; S.F).

Este hecho configura el diagnóstico de enfermería como una parte del proceso de atención, dando legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería. Con este fin, deciden elaborar un sistema de clasificación que permita la identificación, el acuerdo y el uso sistemático de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras del país.

En 1979-1980 se efectuó la Cuarta Conferencia Nacional. En 1982 se desarrolla la Quinta Conferencia Nacional. Se presenta los resultados del trabajo del equipo de las 14 teóricas. (Silé V) (S.F)

Diagnóstico como proceso

La creación de un diagnóstico de enfermería pasa por una serie de etapas:

- Recolección de datos: recogida de datos estadísticos relevantes para desarrollar un diagnóstico.
- Detección de señales/ patrones: cambios en el estado físico (ej. Gasto urinario disminuido)
- Establecimiento de hipótesis: alternativas posibles que podrían haber causado señales o patrones previos.
- Validación: pasos necesarios para desestimar otras hipótesis y simplificar en un solo problema.
- Diagnóstico: decisión sobre el problema basado en la validación (Doenges M. 2014)

Tipos de diagnóstico

El sistema de diagnósticos de enfermería de NANDA-Internacional 2018-2020 nos brinda las siguientes categorías.

Diagnóstico enfocado en el problema: un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso de vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad, se estructura con etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados.

Diagnóstico de riesgo: un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a las condiciones de salud/procesos de vida, se compone de etiqueta diagnóstica y factor de riesgo.

Diagnóstico de promoción de la salud: un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud, está compuesto por etiqueta diagnóstica y características definitorias (Heather T. 2018).

Diagnóstico de Síndrome: Es un juicio clínico en relación a un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta, la mejor forma para ser tratados es conjuntamente, a través de intervenciones similares. Se estructura con etiqueta

diagnostica, características definitorias y factores relacionados. Ejemplo síndrome del dolor crónico.

Enunciado diagnóstico y sus componentes

Etiqueta diagnóstica: Proporciona un nombre para un diagnóstico que refleja, como mínimo el núcleo diagnóstico (El Eje 1 y el juicio de enfermería (Eje 3), es un término o frase concisa que representa un patrón de señales relacionadas.

Características definitorias: Son señales/inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (por ejemplo, signos o síntomas). Una evaluación que identifica la presencia de una serie de características definitorias presta apoyo a la precisión del diagnóstico enfermero. Los factores relacionados son un componente integral de todos los diagnósticos de enfermería enfocados en el problema.

Factores relacionados son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (por ejemplo, causa, factor contribuyente). Una revisión del historial del cliente a menudo ayuda a identificar factores relacionados. Siempre que sea posible, las intervenciones de enfermería deben dirigirse a estos factores etiológicos para eliminar la causa subyacente del diagnóstico enfermero.

Factores de riesgo son influencias que aumentan la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable (por ejemplo, ambiental, psicológico, genético).

En la versión de la NANDA 2018-2020 se incluyen dos categorías que conforman el diagnóstico enfermero, las cuales aparecían en ediciones pasadas como parte de los factores de riesgo o relacionados; sin embargo tales factores no son modificables por las intervenciones enfermeras, por lo que sólo se integran como parte de los componentes para orientar a la enfermera a la identificación del diagnóstico. Tales categorías son:

Población en riesgo Son los grupos de individuos que comparten ciertas características, que les hace más susceptibles a dicho diagnóstico.

Condiciones asociadas: Son diagnósticos médicos que no son modificables de manera independiente por la enfermera y que están asociados al diagnóstico.

Gordon estableció el formato P.E.S., acrónimo cuyas siglas corresponden a:

P = Problema: «en relación con...» o «relacionado con...»

E = Etiología: «manifestado por...»

S = Signos y síntomas.

El diagnóstico se identifica claramente con la formulación de hipótesis que precisan ser contrastadas en una etapa posterior. (Rubiano Y) (S.F)

La taxonomía tiene tres niveles:

DOMINOS (13), es una esfera de actividad estudio o interés, ejemplo, promoción de la salud, actividad/reposo, sexualidad.

CLASES (47), subdivisión de un grupo mayor

DIAGNOSTICOS (172), el juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, o problemas de salud, reales o potenciales. (Carrillo G) (S.F)

Factores que influyen para elaborar un diagnóstico:

- Habilidad para reunir datos
- Conocimientos teóricos
- Experiencia
- Intuición
- Capacidad intelectual
- Filosofía personal y marco conceptual (Doenges M. 2014)

5.5.3 ETAPA PLANEACION

La planeación enmarca como el fortalecimiento de los principios éticos profesionales puede ser parte esencial en la formación y desarrollo de los profesionales de la salud, lo que requerirá de formas propias en su organización, ejecución y control. Debe tomarse en cuenta que existen aspectos normativos o reguladores que contribuyen al control, lo que hace que se cumplan las leyes, que funcione adecuadamente lo administrativo, y que se organice el proceso de acuerdo a lo establecido y desde lo académico. (Reina, C 2010).

Pero otros aspectos requieren un tratamiento cualitativo, como el impacto que puede producir la aplicación de estos principios por parte del personal de enfermería en la atención a los pacientes, a sus familiares, a sus compañeros de trabajo, lo que producirá satisfacciones recíprocas (Reina, C 2010).

Una vez que se ha concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero el cual se desarrolla como la tercera etapa que complementa el proceso cuidado enfermero, esta consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente: enfermera/paciente conducentes a prevenir reducir, controlar corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería.

Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. (UNAM, 2020).

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de Enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades, con base en la jerarquía de Kalish o la de Maslow.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.

El Plan de Cuidados de Enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers, “es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Se trata de todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una persona, familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados. (UNAM, 2020).

Planteamiento de los objetivos

Esto es, determinar los criterios de resultado, describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

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

Hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

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

Elaboración de las actuaciones de enfermería

Esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo. (UNAM. (2020).

Tipo de planeación dependiendo la etiqueta diagnóstica

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

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

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta (UNAM, 2020).

Los indicadores son instrumentos de medición de calidad que deben ir relacionados y dirigidos a la consecución de los objetivos y resultados que cada organización haya planificado para sus procesos con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el Sistema Nacional de Salud.(Hernández, 2014).

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones de enfermería. Caracterizando el estado del paciente, la familia o la comunidad en el nivel concreto. Algunos ejemplos de indicadores son: Utiliza estrategias para potenciar la salud, Mantiene las rutinas familiares habituales e Ingesta adecuada de líquidos. (Connect.E, 2020)

Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones, facilitando la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente (Connect.E, 2020)

La actual Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), *representa* el proceso enfermero el cual se ha ampliado a seis fases: valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, ejecución y evaluación. Sobre estas líneas, compartimos el modelo que se centró en el conocimiento de enfermería y la toma de decisiones clínicas como el marco para que las enfermeras elijan diagnósticos, intervenciones y resultados para un paciente. (Moorhead, N, 2018)

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición tiene cinco niveles de los cuales se clasifican en la 4ta edición de esta manera:

7-Dominios, 31-Clases ,385- Resultados, indicadores de resultados y escala de medición (Blanco, C., 2014).

Los dominios mencionados son los siguientes: salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conducta de salud, salud percibida, salud familiar y salud comunitaria. Los cuales nos permiten identificar el dominio afectado y así ofrecer una intervención de enfermería adecuada para obtener una respuesta concreta de la salud de nuestro paciente (Blanco, C., 2014).

5.5.4 ETAPA DE EJECUCIÓN

En el proceso de enfermería, la implementación, aplicación o ejecución es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería. Usando la terminología NIC (Berman y Snyder, 2013). Es en esta etapa es donde se implementan o se llevan a cabo todas las intervenciones y actividades planteadas por los profesionales de enfermería en la etapa de planificación, que gracias a la NIC podemos clasificarlas y enlazarlas con los resultados del NOC (Universidad de Guanajuato, 2018).

La implementación consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones (Berman y Snyder, 2013).

La implementación implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos
- Realizar las actividades de enfermería
- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones.
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado (UNAM, 2020).

Clasificación de intervenciones de enfermería NIC

La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados, la integración de datos y la investigación eficaz.

La creación de la NIC se produjo en 1987, cuando Joanne McCloskey y Gloria Bulechek formaron un grupo de investigación para definir y desarrollar las intervenciones que habitualmente realizaban las enfermeras. En la actualidad se han publicado un total de siete ediciones a continuación se enlistan según su año de publicación

- Primera edición 1992
- Segunda edición 1996
- Tercera edición 2000
- Cuarta edición 2004

- Quinta edición 2008
- Sexta edición 2013
- Séptima edición 2018 (Bulechek, et al, 2013).

Taxonomía de la NIC

La taxonomía de la NIC es una organización sistemática de las intervenciones en función de las similitudes. La estructura de la taxonomía NIC tiene tres niveles, las cuales se integran por campos, clases e intervenciones, La sexta edición de la NIC contiene 7 campos, 30 clases y 554 intervenciones.

Cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo, la intervención y una bibliografía (Bulechek., et al, 2013).

Etapas de la implementación

Se lleva a cabo en tres etapas:

1. Preparación.
2. Intervención.
3. Documentación (Universidad de Guanajuato, 2018).

1. Preparación

La primera etapa de la fase de implementación consiste en prepararse para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación exige que el profesional de enfermería identifique y realice una serie de actividades tales como:

- La revisión de las intervenciones de enfermería.
- El análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- El reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a las actividades de enfermería concretas.
- La identificación y recolección de los recursos necesarios.
- La preparación de un entorno seguro y privado que conduzca a los tipos de actividades necesarios (Universidad de Guanajuato, 2018).

2. Intervención

En esta etapa del proceso cuidado enfermero es donde se realiza tanto la implementación de la actividad prescrita, como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

El enfoque en la fase de implementación es el inicio de las intervenciones de enfermería, las cuales son diseñada para cubrir la mayor parte de las necesidades identificadas del paciente, así mismo se debe realizar una priorización de las actividades de enfermería, para con ello realizarlas en orden de mayor importancia (Universidad de Antioquia, 2016).

3. Documentación

Dentro de la implementación de intervenciones de enfermería se debe realizar una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería (Universidad de Guanajuato, 2018).

5.5.5 ETAPA DE EVALUACIÓN

Evaluar es juzgar o valorar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales de la salud determinan:

1. El progreso del paciente hacia la consecución de objetivos y/o resultados.
2. La eficacia del plan asistencial de enfermería.

Berman y Snyder (2013) Mencionan que “la evaluación es un aspecto importante porque las conclusiones extraídas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse”.

La evaluación se debe realizar de forma una continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva (UNAM, 2020). La evaluación continua hasta que el paciente consigue los objetivos de salud o es dado de alta, en caso de ser dado de alta debe incluir la capacidad de autocuidado del paciente (Berman y Snyder, 2013).

Componentes de la evaluación

Dentro de los componentes de la evaluación encontramos los siguientes:

1° Recogida de datos relacionados con los resultados deseados (indicadores NOC): el profesional de enfermería realizara la recolección de datos para poder concluir que objetivos se cumplieron y a qué grado.

2° Comparación de los datos de enfermería con los resultados: cuando se determina si se ha conseguido un objetivo se puede extraer 3 posibles conclusiones:

- El objetivo se cumplió
- El objetivo se cumplió parcialmente
- El objetivo no se cumplió

3° Relación de las actividades de enfermería con los resultados: se determina si las actividades de enfermería fueron la causa que contribuyó al resultado obtenido.

4° Extracción de conclusiones sobre el estado del problema: se usar el juicio clínico para determinar si el plan asistencial fue eficaz para resolver, reducir o evitar los problemas del paciente.

5° Continuación, modificación o terminación del plan asistencial de enfermería: independientemente de que se cumpla, el grado de cumplimiento, así como si no se cumplieron los objetivos se debe tomar decisiones sobre continuar, modificar o terminar el plan de cuidados de enfermería (Berman y Snyder, 2013).

5.5.6 EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

Embarazo en población adolescente

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.

El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que inicia cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (OMS .2018).

Aspectos Epidemiológicos

La tasa de fecundidad en las adolescentes pasó de 77.0 hijos por cada mil mujeres de 15 a 19 años en 2014, a 70.6 en 2018.

En 2019 se registraron 695 muertes maternas en el país, de las cuales 66 (9.5%) corresponden a menores de 20 años; entre las que se incluyen seis casos de niñas de 10 a 14 años (INM, 2021).

Embarazo: Desarrollo embrionario y cambios anatomo-fisiológicos de la madre

A continuación se presenta el desarrollo embrionario así como los cambios en la madre por cada trimestre

Primer trimestre

Desarrollo embrionario: comienza con una sola célula denominada **cigoto**, que contiene dos pronúcleos que son los portadores del material genético (ADN) del óvulo y el espermatozoide

Embrión: partir de este momento comienza el proceso de división celular: el cigoto dará lugar a dos células que, a su vez, se dividirán y darán lugar a cuatro células, un proceso que ocurre en el segundo día de desarrollo embrionario las divisiones continúan sucesivamente y, ya en el tercer día de desarrollo, el embrión deberá contar con ocho células.

Mórula: En el cuarto día de desarrollo, estructura que contiene un número elevado de células que se compactan entre ellas.

Blastocito: ya presenta una estructura definida en la que se pueden visualizar y diferenciar las distintas clases de células que constituirán el feto, así como los tejidos y membranas que lo rodearán y mantendrán en Condiciones durante todo el embarazo. Cuando el embrión llega al lugar adecuado para la implantación y comienza el desarrollo fetal (Ráfaga, N, 2019).

5: Semanas: Los sistemas y estructuras principales de un embrión, por ejemplo, el cerebro y la médula espinal, se desarrollan. El tubo neural se cierra y el corazón late a un ritmo regular.

8 Semanas: El embrión ahora se llama un feto. Todas las partes clave del cuerpo están presentes. El cerebro continúa creciendo y los pulmones comienzan a formarse.

10 Semanas: La parte crítica del desarrollo está completa. Los tejidos, riñones, cerebro, hígado e intestinos están comenzando a funcionar.

12 Semanas: El feto puede tragar, los riñones producen orina y se han desarrollado reflejos. Se han formado los genitales, Empieza a moverse adopta una postura fetal, habré y cierra los puños, se forman los huesos del cráneo finaliza la formación de los órganos vitales

Madre: Físicamente: ligeras molestias en zona pélvica, aumento de secreciones vaginales, mareos y vómitos, ganas de orinar frecuentemente, cambios hormonales, endurecimiento de pechos

Segundo trimestre

14 Semanas: El feto desarrolla lanugo, un vello fino y suave en todo su cuerpo. El lanugo ayuda al feto a retener el calor corporal hasta que acumule grasa

16 Semanas: El feto se duplica en tamaño y peso. Se pueden percibir los primeros movimientos fetales.

18 Semanas: Se han formado órganos y estructuras fetales. Un ultrasonido puede revelar el sexo del feto.

20 Semanas: Este es el punto medio del embarazo. El feto ahora está cubierto por un recubrimiento similar al queso, llamado vernix sebáceo, que protege su piel.

22 Semanas: Los rasgos faciales fetales están más definidos

Madre: puede aparecer ardor en el estómago estreñimiento y congestión nasal.

La placenta cumple las funciones de nutrición respiración, excreción y secreción, el líquido amniótico aumenta.

La madre empezara a experimentar las contracciones braxton hicks, no son dolorosas y es una ligera tensión en la parte inferior del vientre.

Se desarrolla el paladar, la lengua y parte inferior de las mejillas donde se desarrolla las papilas gustativas y empieza a crecer las uñas

Tercer trimestre

28 Semanas: Los movimientos respiratorios y la temperatura corporal están ahora controladas por el sistema nervioso central.

30 Semanas: El desarrollo principal del feto está completo. El feto comienza a subir de peso rápidamente.

32 Semanas: Los huesos del feto se están endureciendo, aunque el cráneo permanece blando.

34 Semanas: Los riñones están completamente desarrollados y el hígado puede procesar algunos productos de desecho.

36 Semanas: El feto sube aproximadamente una onza al día y la grasa se desarrolla debajo de la piel.

38 Semanas: El lanugo en su mayoría se ha caído, el feto ha acumulado grasa por todas partes para mantenerse caliente después del nacimiento.

40 Semanas: Este feto está completamente desarrollado. La fecha prevista del parto llega, pero es solo una estimación; es normal dar a luz antes o después de esta fecha

Madre: aparecen dolores de espalda, ardores de estómago, varices, insomnio, estrías, frecuentes ganas de orinar (Davila, E 2007).

Cuadro No.5 Ganancia de peso en el embarazo

Categoría	Intervalo de ganancia de peso total (kg)	Peso ganado en el 2do y 3er. Trimestre media en kg/sem. Rango
Bajo peso (<18.5)	12.7 – 18.1	0.45 (0.45-0.59)
Peso normal (18.5-24.9)	11.3 – 15.8	0.45(0.36-0.45)
Exceso de peso (25.0-29.9)	6.8 – 11.3	0.27(0.22-0.31)
Obeso (>30.0)	5 - 9	0.22 (0.18-0.27)

Fuente (wiliams.2019).

Cuadro No. 6 Cambios fisiológicos durante el embarazo y síntomas asociados

Aparato/ sistema	Cambio fisiológico	Signos, síntomas	Observaciones
Cardiovascular	Relajación de músculo liso vascular/reducción de las resistencias vasculares periféricas	<ul style="list-style-type: none"> • Edema de miembros inferiores • Acentuación de venas varicosas en extremidades inferiores o hemorroides • Reducción de la tensión arterial media 	Además de la hipercoagulabilidad, pueden favorecer el desarrollo de trombosis venosa en miembros inferiores
Cardio/hematológico	Incremento del volumen plasmático y del gasto cardiaco	Anemia fisiológica del embarazo por hemodilución	En casos de deficiencia previa de hierro o falta de aporte

		(volúmenes eritrocitarios normales) • Aumento de la frecuencia cardiaca	puede presentarse anemia por deficiencia de hierro
Respiratorio	Aumenta el volumen de reserva inspiratoria y disminuye la capacidad funcional residual, capacidad total; ascenso diafragmático	Disnea esta progresa conforme aumenta la presión abdominal sobre el tórax • Aumento de la frecuencia respiratoria	Los cambios de postura o realizar ejercicio leve pueden disminuir la sensación de disnea
Gastrointestinal	Relajación del músculo liso del esófago y esfínter esofágico • Compresión gástrica	Náuseas Pirosis Regurgitación Estreñimiento Distención abdominal	Aumento del riesgo de colecistitis por estasis biliar
Hematológico	• Estimulación de la medula ósea y aumento en los niveles de cortisol • Aumento en la síntesis de factores de la coagulación a nivel hepático por efecto de estrógenos	Leucocitosis; aumento de los factores VII, VIII, X, XII, factor de von Willebrand y del fibrinógeno; reducción del tiempo parcial de tromboplastin	El estado de hipercoagulación favorece los eventos trombóticos
Renal y urinario	Compresión del útero sobre la vejiga reduciendo su capacidad *Relajación de músculo liso ureteral	Poliuria Poliaquiuria.	Existe predisposición al desarrollo de infección de vías urinarias

	<ul style="list-style-type: none"> • Compresión mecánica del uréter por el útero grávido 	Reducción de los niveles séricos de urea y creatinina Proteinuria	
Endocrino	Aumento en los niveles de cortisol y de hormonas “diabeto génicas”: lactógeno placentario, prolactina, cortisol, progesterona	Producción y secreción de leche en glándulas mamarias *Aumento de los depósitos de grasa. *Resistencia a la insulina. *Aumento en los niveles de colesterol y triglicéridos.	En mujeres con obesidad o resistencia previa a la insulina se favorece el desarrollo de diabetes gestacional

Fuente: (Carrillo, Mora, A, 2021).

Consecuencias biológicas del embarazo en adolescentes

- Malnutrición: Debido a carencia de nutrientes esenciales para el buen desarrollo del feto (hierro, calcio y ácido fólico principalmente).
- Partos prematuros: Hay un gran número de recién nacidos, hijos de madres adolescentes que nacen antes de la semana 37 de edad gestacional.
- Mayor incidencia de recién nacidos con peso bajo: Esto se debe a que el cuerpo de la adolescente embarazada no ha desarrollado un útero lo suficientemente maduro para alojar y nutrir un feto de manera efectiva.
- En los casos de embarazos de niñas de menos de 15 años, el recién nacido tiene más posibilidades de nacer con malformaciones.
- Mortalidad: En México se estima que la población adolescente representa poco más del 18% de la población total y el 29% de la población en edad fértil.

El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 3700 en los países desarrollados y de 1 en 160 en los países en desarrollo. Además, todavía se desconoce qué otras circunstancias podrían condicionar a un fatal desenlace del embarazo en las adolescentes.

Las causas de defunción más frecuentes son las causas indirectas seguidas de enfermedad hipertensiva y hemorragia. Dentro de las causas obstétricas indirectas se registraron en mayor número las siguientes: enfermedades respiratorias, enfermedades infecciosas y parasitarias que complican el embarazo, parto y puerperio, trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complica el embarazo, parto y puerperio, y enfermedad metabólica (CONAMED.2019).

Consecuencias psicosociales

- Miedo a ser rechazadas socialmente: una de las consecuencias de la adolescencia y el embarazo es que la joven se siente criticada por su entorno y tiende a aislarse del grupo.
- Rechazo al bebé: son niñas y no desean asumir la responsabilidad, el tiempo y las obligaciones que supone ser madre. Sin embargo, esto también las hace sentirse culpables, tristes y su autoestima se ve reducida.
- Problemas con la familia y su entorno social: comunicar el embarazo en la familia muchas veces es fuente de conflicto e incluso rechazo por parte de su propio entorno. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.
- Frecuente abandono de los estudios: al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.
- Embarazos frecuentes: las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

Consecuencias para los bebés de madres adolescentes

- Tienen un mayor riesgo de "muerte súbita del lactante".
- Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional (López R, 2017)

Consecuencias intrauterinas

- Mayor riesgo de muerte intrauterino.
- Bajo peso al nacer.
- CIR (crecimiento intrauterino retardado).
- Prematuridad.

Consecuencias en madres solteras

- Riesgo de sufrir accidentes, enfermedades, o tener una alimentación inadecuada debido a falta de cuidados maternos.
- Más incidencia de enfermedades y problemas funcionales.
- Bajo rendimiento académico.
- Ser madre/padre en la adolescencia, al igual que sus progenitores
- Riesgo de sufrir depresión o ansiedad.
- Problemas económicos (salud y bienestar, 2019).

Promoción a la salud en la mujer embarazada

La adolescente embarazada requiere una serie de intervenciones de promoción de la salud toda vez que se considera un grupo vulnerable a sufrir complicaciones que afectan tanto su salud física como la del producto, por ello es de gran relevancia que la atención de enfermería sea dirigida primordialmente hacia los aspectos de promoción del autocuidado, adopción de conductas saludables e identificación de signos de alarma en el embarazo y en la etapa inmediata al parto. A continuación se señalan las principales recomendaciones dirigidas a la madre.

Nutrición

El consumo de una dieta saludable es esencial durante el periodo preconcepcional, embarazo y lactancia para garantizar la salud materno fetal y del neonato. Es importante tener en cuenta al configurar la dieta materna que ingestas inadecuadas de vitaminas y minerales, así como un elevado consumo de alimentos o bebidas con azúcar refinada, aumentan la incidencia de recién nacidos con bajo peso, mientras que el consumo adecuado de micronutrientes y de hidratos de carbono (principalmente integrales) pueden disminuirla(Martinez,R,2020).

Frutas: Contienen hidrato de carbono en forma de fructosa y fibra soluble, pero son especialmente importantes por su alto contenido en potasio, vitamina C y agua, que ayudan a prevenir la preeclampsia.

Verduras: Su aporte energético es muy bajo y contiene mucha fibra que mejora el estreñimiento. Las verduras contienen potasio para mejorar la retención de líquidos, vitamina C y ácido fólico

Lácteos: El grupo de lácteos aporta los 3 nutrientes: carbohidratos en forma de lactosa, grasas, y proteína de alta calidad como es la caseína, imprescindible para cubrir las necesidades en el embarazo. Los lácteos también aportan grasas saturadas, de las que no se debe abusar, sobre todo en situación de sobrepeso o diabetes. Pero hemos de recordar que en esa grasa también se encuentran vitaminas liposolubles como la A y la D, por lo que no debemos recurrir a desnatados, la mejor opción siempre son los semidesnatados

Proteínas (15-20% kcal totales): Los requerimientos de proteínas aumentan en el segundo y tercer trimestre porque éstas son necesarias para crear tejidos nuevos. Es mejor medir la cantidad de proteína total en gramos por kilos de peso, por eso la cantidad recomendada es diferente para cada persona.

Pescados: aportan grasas insaturadas omega-3, como el ácido decosaheptaenoico (DHA), fundamental para el desarrollo del sistema nervioso del feto. Además los pescados azules, y con espina aportan calcio y vitamina D (Sánchez, A, 2016).

Minerales

Hierro: El aporte de hierro es fundamental debido a que el volumen sanguíneo de la madre aumenta. Además, durante el parto hay pérdida de sangre, por lo que sus requerimientos suelen ser altos incluso después del embarazo

El calcio: interviene en la mineralización ósea fetal y estados carenciales están relacionados con osteopenia, calambres musculares y preeclampsia. Dado que su absorción esta aumentada en el embarazo

El ácido fólico interviene en numerosas reacciones de metilación del ADN y su suplementación reduce el riesgo de parto prematuro y morbimortalidad infantil (Martínez, B, África, P, 2020).

El agua purifica el organismo y por tanto apoya la eliminación del sodio innecesario. De este modo, es posible prevenir infecciones en el conducto urinario femenino, hidrata el cuerpo y apoya el desarrollo cerebral del bebé. Al depurar toxinas, el agua hace que la sangre llegue más limpia al bebé en el vientre materno, renueva nutre e hidrata permanentemente el líquido del saco amniótico. Tomar agua puede prevenir un parto prematuro (Saavedra, M, 2020).

Inmunización

La inmunización materna puede proteger a la madre contra las infecciones prevenibles por vacuna y al recién nacido mediante el traspaso de anticuerpos específicos al feto.

Influenza: vacuna se generan títulos de anticuerpos con transferencia transplacentaria, comparables entre mujeres embarazada.

Tdpa (tétanos, difteria y tosferina): el inicio de la vacunación a las 20 semanas de gestación, para evitar asociar erróneamente abortos y / o malformaciones fetales propias del primer trimestre con la vacuna dTpa, de manera de ofrecer una mayor oportunidad de inmunización a las madres que presentan partos prematuros. (Contardo, M 2020).

Covid-19: embarazada, de 18 años de edad o más, tienes derecho a recibir la vacuna a partir de la novena semana de embarazo. Ya que durante el embarazo puede presentar complicaciones graves de COVID-19 que ameriten hospitalización, ingreso a unidades de terapia intensiva

y necesidad de ventilación mecánica, condiciones que aumentan el riesgo de morir por COVID-19(SSA, 2020).

Ejercicios durante embarazo

Se recomiendan ejercicios aeróbicos, ya que mejoran la captación de oxígeno, incrementan la capacidad muscular y permiten que te recuperes más rápido después del ejercicio.

Contraindicaciones del ejercicio durante el embarazo

- Hipertensión inducida por el embarazo (Preeclampsia)
- Ruptura prematura de membranas.
- Amenaza de parto pre término.
- Amenaza de aborto.
- Placenta previa.
- Restricción del crecimiento intrauterino.

Tipos de ejercicios

La natación es el ejercicio aeróbico ideal para la mujer embarazada. Este deporte de bajo impacto tonifica toda la musculatura y, en especial, los grupos musculares de la espalda y el piso perineal.

Caminatas: Esto le ayudará para su digestión, circulación y para mantener su peso en los rangos esperados.

Yoga: Estimula la relajación y enseña a manejar la respiración haciéndola más profunda. También permite concentrarse en la respiración.

Método Pilates: Este método consiste en realizar ejercicios de acondicionamiento y mejoramiento físico y mental.

Beneficios del ejercicio durante el embarazo:

- Evita el exceso de peso: ganan menos kilos y recuperan su peso anterior con más rapidez.
- Evita la sensación de fatiga por el exceso de peso.
- Aumenta la autoestima y la imagen corporal.

- Ayuda a controlar la diabetes gestacional.
- Facilita la recuperación física después del parto.
- Los niños nacen con más peso, menor porcentaje de grasa corporal, responden mejor a los estímulos medioambientales y son más tolerantes al estrés.
- Evita la retención de fluidos.
- Evita la hinchazón y pesadez de las piernas (Martínez, África, P, 2020).

Datos de alarma en el embarazo

Es importante que la mujer embarazada reciba una orientación detallada para la identificación de datos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo, en el siguiente apartado se mencionan los más relevantes.

Cefalea: La mamá deberá de estar muy pendiente de esto, puesto que la importancia de este síntoma nos puede hablar de aumento en la presión arterial, niveles de estrés elevados

Amaurosis: Son períodos en los que la mamá puede estar haciendo sus actividades rutinarias y presentar de forma repentina la ausencia de la vista, esto nos puede estar hablando de una variación en la presión arterial

Acufenos y fosfenos elevación de la presión arterial en la embarazada.

Epigastralgia: Es un dolor localizado en una zona que médicamente conocemos como epigastrio y el motivo es la inflamación de cápsulas que recubren a los órganos internos que se localizan en esa zona, por lo que forma parte también de la elevación de la presión arterial ya con complicaciones, por este motivo es de suma importancia descartar otro tipo de patologías.

Contracciones dolorosas durante el embarazo es un dato muy importante puesto que si ocurren antes de las 37 semanas y existen modificaciones en la estructura del cuello de la matriz (amenaza de parto pre término).

Los estados febriles significan en la mayoría de los casos causas infecciosas que se deben tratar con prontitud, pues pueden afectar al bebé.

Las infecciones vaginales, las infecciones urinarias se asocian con ruptura de membranas y afectan la viabilidad del feto.

Edema: El aumento del volumen de sangre y los cambios de sus propiedades provocan que se acumule más líquido en los tejidos. La presión del útero hace que la sangre que va de piernas al corazón circule más despacio y que el fluido de las venas se retenga en los tejidos de los pies y tobillos.

HTA: hinchazón en la cara o alrededor de los ojos, hinchazón pronunciada en las manos, o hinchazón excesiva y brusca en los pies o tobillos. Preeclampsia.

Sangrado: indica un aborto inminente o una afección que requiere tratamiento inmediato.

Movimientos fetales: La percepción materna de una disminución de los movimientos fetales (DMF) en un feto que los había adquirido de forma adecuada puede estar indicando una pérdida del bienestar fetal. (Last, J, 2021)

Después del parto

- Sagrado abundante.
- Ardor y molestias para orina.
- Fiebre, escalofríos.
- Descensos mal olientes.
- Edema y dolor de mamas con fiebres (Baños P, 2015).

Complicaciones durante la gestación

- Anemia (31 %),
- Infección de tracto urinario (27,6 %)
- Amenaza de aborto (24,1 %)
- Ruptura prematura de membranas (10,3 %)
- Oligodhramios (6,9 %).

Complicaciones asociadas al parto:

- Trabajo de parto disfuncional (13,8 %)
- Desgarros perineales (6,9 %).

Complicaciones en el puerperio

- Anemia (44,8 %),
- Infección de tracto urinario (24,1 %)

- Atonía uterina (6,9 %)
- Endometritis (3,4 %)

Lactancia materna: efectos beneficiosos para la madre y el hijo

La LM ofrece protección inmunológica, promueve el desarrollo mandibular y dental del niño, mejora la función cognitiva y tiene efecto protector contra enfermedades crónicas. Entre los beneficios para la madre destacan los siguientes: favorece la involución del útero a su forma y tamaño inicial, reduce la incidencia de hemorragias posparto, ayuda a recuperar el peso previo, protege frente al cáncer de mama y ovario y se ha evidenciado una relación entre mayor duración de LM y menor riesgo de HTA, diabetes y enfermedad cardiovascular y coronaria materna (Martínez, B, África, P, 2020).

Diez pasos para una lactancia exitosa

La declaración conjunta OMS/UNICEF Protección, promoción y apoyo de la lactancia: función especial de los servicios de maternidad (OMS/UNICEF, 1989) estableció las prácticas siguientes que se denominan: «Diez pasos para una lactancia exitosa», las que se espera sean tomadas en cuenta por todos los hospitales y servicios de maternidad y cuidados del recién nacido, por ser considerados favorables para el bebé.

1. Tener una política escrita sobre la lactancia, que se comunique de rutina a todo el personal responsable del cuidado de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud en las técnicas necesarias para llevar a cabo esta política.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y sobre el manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar a amamantar a la media hora del nacimiento.
5. Mostrar a las madres cómo se amamanta y cómo se mantiene la lactación aunque estén separadas de sus niños.
6. No suministrar a los recién nacidos alimentos o bebidas diferentes a la leche materna, a menos que los indique el médico.

7. Practicar alojamiento conjunto - permitir que las madres y los niños permanezcan en la misma habitación - durante 24 horas al día.
8. Alentar a que se practique la lactancia de acuerdo con la demanda.
9. No suministrar tetas artificiales o chupetes (también llamados chupetes o tranquilizadores) a aquellos niños que se están amamantando.
10. Promover la conformación de grupos de apoyo a la lactancia y referirles a las madres cuando salgan del hospital o servicio de salud.

Ventajas para él bebe

La leche de la madre es la mejor protección para el niño o niña contra

- Diarreas Y La Deshidratación
- Las Infecciones Respiratorias, Tales Como La Bronquitis Y La Neumonía
- Estreñimiento
- Los Cólicos
- Las Alergias
- Enfermedades De La Piel, Como Los Granos Y El Salpullido.
- Desnutrición
- La Diabetes Juvenil
- Deficiencia De Micronutrientes

Ventajas para la madre

- La placenta sale con más facilidad y rápidamente
- La hemorragia es menor. Disminuye el riesgo de anemia
- La matriz recupera rápidamente su tamaño normal
- La madre tendrá pechos menos congestionados cuando baje la leche
- La leche baja más rápido dentro de los primeros días cuando el niño o niña mama desde que nace
- La madre no tendrá fiebre con la bajada de la leche
- Las mujeres que amamantan a sus hijos o hijas tienen menos riesgo de cáncer en el seno.

- Durante los primeros 6 meses después del parto, las madres tienen menos riesgo de otro embarazo si es exclusiva.
- La lactancia facilita e incrementa el amor de la madre a su hijo o hija. Apego (UNICEF, 2017).

Figura No.7 Estimulación/extracción

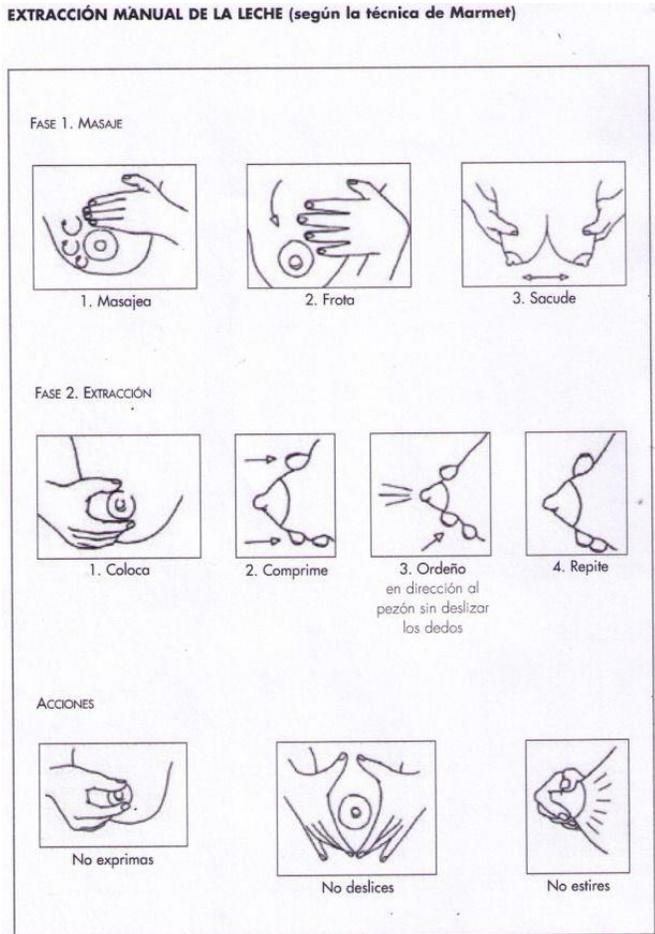


Figura No. 8 Posiciones de lactancia



VI. CASO CLÍNICO

6.1: VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Caso clínico

- Nombre: ADMM
- Edad: 16 años
- Sexo Mujer
- Nacionalidad: Mexicana
- Religión: Católica
- Estado civil: Unión libre
- Nivel de escolaridad: Secundaria trunca
- Alergias: Negadas

Antecedentes heredo/familiares

Niega cualquier enfermedad crónica degenerativa por parte de padre y madre, abuelos paternos con HAS y DM2.

Antecedentes personales no patológicos

Se dedica a las labores del hogar, vive con su pareja y comparte la casa con sus padres, la casa cuenta con luz, agua, drenaje, las condiciones de la casa son adecuadas tiene espacio y ventilación. Viven en una comunidad rural.

Antecedentes personales patológicos.

Actualmente niega enfermedades crónico degenerativas, se encuentra en estado de gravidez por lo cual toma ácido fólico 4 mcgr cada 24hrs todos los días más vitaminas. Mas tratamiento de infección de vías urinarias amoxicilina 1/8hrs por 7dias, se deja paracetamol 1/8hrs en caso de dolor y butiloscina 1/8hrs x 5 días en caso de cólicos.

Tipo de sangre: A positivo

Niega transfusiones sanguíneas

Padecimiento actual

Cursa su primer embarazo de 20 SDG por FUM , cuenta con USG del día 13/05/2021 con producto vivo de 11 SDG , laboratorios de 13/05/2021 Hb, Hto y Plaquetas dentro de los parámetros normales, glucosa casual de 90 mg/dl, VDRL y VIH negativos. Refiere tener nausea por las mañanas y después de consumir algún alimento ocasionalmente, niega dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión borrosa.

Valoración por patrones funcionales

Valoración realizada en el domicilio de la paciente 16 de julio 2021

Patrón percepción/manejo de salud.

La paciente percibe que su salud es buena, ya que no padece de ninguna enfermedad, refiere llevar su control prenatal con ginecólogo particular en el cual hace mención no le gusta como la atiende, actualmente tiene medicamento indicado de hace una semana que aún no ha iniciado para IVUS al interrogar sobre ello comenta que “no lo considera necesario” (sic. Paciente) además de que su médico no le informó para que problema se lo había indicado; refiere no estar preparada para ser mamá mentalmente, su sistema de apoyo económico es su pareja. Refiere tener buenas condiciones de higiene personal, su esquema de vacunación es incompleta ya que no tiene triple viral y DTP, refiere que por la edad no se le puede aplicar la vacuna contra COVID, no realiza actividad física, niega consumo de cualquier sustancia nociva.

Patrón nutricional / metabólico

Paciente refiere haber tenido náusea y vómitos por las mañanas o después de ingerir algunos alimentos, sin embargo ya no los presenta; no recuerda el peso antes del embarazo actualmente pesa 61,500kg mide 1.60mt, IMC: 24.0 está dentro del parámetro normal, su alimentación se compone de carnes, leguminosas, cereales, niega la ingesta de frutas o verduras, realiza 3 comidas al día (Desayuno, comida y cena sin colaciones), refiere tener ocasionalmente más apetito, niega la ingesta de agua, refiere tomar en cada comida la ingesta de coca cola y café.

A la exploración física: Piel seca, pálida, sin presencia de edema, ligera deshidratación de mucosas, uñas cortas limpias, cuello sin presencia de megalias, cabello limpio, ausencia de pediculosis/caspa. Extremidades inferiores y superiores íntegras, sin presencia de edema temperatura axilar 36.7

Patrón Eliminación

Refiere en ocasiones tener ardor/dolor para miccionar en los últimos días se ha hecho más frecuente y aumento de la frecuencia urinaria, sin antecedentes de cálculos renales o alguna otra lesión. Niega síntomas estomacales, más que el vómito ocasional, refiere evacuaciones

con características normales, ocasionalmente tiene flatulencias. Niega tener problema de estreñimiento. Se auscultan sonidos intestinales presentes y normales.

Patrón actividad y ejercicio

T/A: 100/60mmHg, FC: 85x, a la auscultación sin alteración, FR: 18x, respiración simétrica con relación al abdomen, profunda, sin disnea, sin aleteo nasal, Spo2:97%.

Tórax anterior y posterior se encuentra simétricos sin datos de lesiones, a la auscultación sin presencia de estertores o ruidos respiratorios. Mamas y pezones a la misma altura refiere sensibilidad en los pezones los cuales se encuentra formado con cambios de coloración, a la palpación con presencia de galactorrea, sin presencia de grietas o masas.

Paciente refiere que puede ejercer sus actividades cotidianas sin molestias lavar los trastes etc., refiere no tolerar caminar más de 30min ya que le genera dolor tipo cólico. Niega el uso de dispositivos de apoyo para caminar.

Patrón cognitivo perceptual.

Paciente alerta, orientada, memorias conservadas, con dificultades para expresar sus sentimientos en relación a su situación de embarazo. Se observa tranquila, con disponibilidad de aprender, tiene dificultad de toma de decisiones con el plan de alumbramiento ya que no tiene seguro social. No se perciben problemas de lenguaje, niega depresión, ocasionalmente se siente triste, temor y frustración por el embarazo, no cuenta con apoyo psicológico, su principal apoyo emocional es su mama.

Sin problemas de la sensopercepción.

Patrón sueño/descanso

Refiere no tener problema para conciliar el sueño, niega consumo de algún medicamento para dormir, descansa 8 horas diarias, toma siestas por la tarde de 1 o 2 horas después de ello aún se sigue sintiendo cansada durante el resto del día.

Patrón autopercepción y auto concepto

Paciente refiere estar bien, su aceptación ante los cambios de su cuerpo los ha ido aceptando de forma positiva, aunque refiere temor respecto al parto, se considera aun no estar preparada del todo para la llegada del bebe, refiere sentir angustia. Sus planes a

futuro es cuidar de su bebe y ser ama de casa, no tiene interés por seguir estudiando ya que no considera que “sea para ella” (sic, paciente).

Patrón rol-relaciones

Su rol es ama de casa, es hija única, refiere vivir con su pareja en casa de sus padres. Niega tener algún problema de interés familiar, paciente refiere estar insegura con la relación de su pareja pues no ve que se involucre en el embarazo, su principal apoyo es de su mama, Niega tener alguna actividad social y recreativa, el proveedor del ingreso es su pareja. Niega problemas de violencia de género. Refiere que su embarazo no fue planeado, su pareja tiene 20 años, el trato que tiene con ella lo considera respetuoso pero ausente en su embarazo.

Patrón sexualidad-reproducción

Su primera menarca fue a los 12 años; ciclo 28 días x 4, inicio vida sexual activa a los 14 años, solo una pareja sexual, niega haber usado algún método anticonceptivo, y después del embarazo aún no sabe con qué método planificar. Actualmente cursa su primer embarazo de 23SDG, con FUM 23/febrero/2021, con fecha probable de parto por US 28 de noviembre 2021.

Exploración obstétrica:

A la exploración física en el abdomen se logra palpar producto gestacional transverso con presentación podálica y FCF: 140x, vientre bajo con fondo uterino de 20cm, blando al palpar, sin dolor. Refiere movimiento fetal cuando está en reposo.

Niega la presencia de sangrado o flujo vaginal.

Patrón afrontamiento / tolerancia al estrés

Refiere no tener el apoyo suficiente de su pareja para la toma de decisiones sobre el nacimiento de su hijo, por lo cual le genera estrés situacional, aunque hace lo posible por mantener una comunicación efectiva.

Patrón de valores y creencias

Refiere ser católica pues para ella es importante ya que pide por la salud de su bebe y la de ella a la virgen de San Juan.

6. 2 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>Eliminación</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Datos Subjetivos: Refiere micciones frecuentes Refiere Dolor/ardor. Baja ingesta de líquidos</p>	<p>Dominio: 3 eliminación e intercambio</p> <p>Clase: 1 : Concepto incontinencia</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria</p> <p>Definición: Disfunción en la eliminación urinaria</p> <p>Factores(s) relacionado(s) Infección del tracto urinario</p> <p>Características definitorias : Micciones frecuentes Disuria</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		<p>Dominio: salud fisiológico(II)</p>	<p>Clase: Eliminación (F).</p>	
		<p>Criterio de resultado: (1) gravemente comprometido hasta no comprometido (5) Eliminación urinaria (0503)</p>		
		<p>Indicador (es)</p> <p>050331: Micción frecuente.</p> <p>050313: Vacía la vejiga completamente.</p> <p>050304: Color de la orina.</p> <p>050307: Ingesta de líquidos.</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>4</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		
<p>Campo: Fisiológico básico</p> <p>Clase: Control de eliminación (B)</p> <p>INTERVENCION: Manejo de la eliminación urinaria (0590).</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria • Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario. • Enseñar al paciente a beber un vaso de agua entre cada comida. • Remitir al médico si persisten los signos y síntomas de infección. • Informar al paciente la importancia del medicamento prescrito (Amoxicilina). 	<p>La importancia de prevenir una IVU durante el embarazo radica en que constituyen un factor de riesgo importante en la mortalidad perinatal debido a la predisposición de algunas mujeres a desarrollar pielonefritis y al uso subsecuente de fármacos teratogénicos o con efectos tóxicos para el producto (Szweda & Józwick, 2016).</p> <p>La bacteriuria asintomática aumenta el riesgo de parto pre término, de bajo peso al nacimiento y de PA (Herráis M, 2020).</p> <p>Dada su toxicidad fetal mínima, el uso de amoxicilina en el tratamiento de la BA y las IVU es bajas durante el embarazo (GPC, 2017).</p>	<p>Criterio de resultado: (1) gravemente comprometido hasta no comprometido (5)</p>		
		Indicador (es)	Puntuación final: 18	
		Micción frecuente. Puntuación inicial: (3)	4	
		Vacía la vejiga completamente. Puntuación inicial(3)	5	
		Color de la orina. Puntuación inicial(3)	5	
Ingesta de líquidos. Puntuación inicial (2)	4			
		<p>La paciente aceptó el medicamento farmacológico con corrección de los síntomas, únicamente persiste la baja ingesta de agua.</p>		

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica



CRUZ ROJA
MEXICANA



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Rol relaciones Autopercepción y auto concepto.</p> <p>Datos objetivos: Apoyo insuficiente de la pareja Plan de alumbramiento no realista</p> <p>Datos Subjetivos: Estrés Angustia Insegura</p>	<p>Dominio: 7 rol/ relaciones</p> <p>Clase: 3 concepto relación</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00223 Relación ineficaz</p> <p>Definición: Patrón de colaboración mutua insuficiente para atender las necesidades del otro.</p> <p>Factores(s) relacionado(s) Expectativas no realistas Habilidades de comunicación ineficaz</p> <p>Características definitorias Equilibrio insuficiente en la colaboración entre pareja. Insatisfacción con la relación complementaria entre pareja. Insatisfacción con la relación intercambio de ideas e información entre pareja.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: salud familiar (VI)		Clase bienestar familiar (X).	
		Criterio de resultado: integridad de la familia (2603)			
		Indicador (es) 260308: Implica a los miembros de la familia en la resolución de conflictos.	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		260304: Se ayudan entre sí para ejecutar roles.	3	4	
260306: Los miembros comparten pensamientos, sentimientos interés y preocupaciones.	2	4			
260307: Los miembros se comunican de forma abierta y honesta.	2	4			
	3	4			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:5: familia</p> <p>Clase: x: cuidados de la vida</p> <p>INTERVENCION: Fomentar la implicación familiar (7110)</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las dificultades de afrontamiento del paciente junto con los miembros de la familia. • Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto al paciente. • Animar a los miembros de la familia y el paciente a ayudar a hacer un plan de cuidados. • Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas. • Animar a los miembros de familia a acudir a terapia familiar. 	<p>Las relaciones dentro del cuidado de la salud son reconocidas como de gran importancia para hacer frente a la experiencia de un embarazo dentro de la familia, siendo estas no solo consideradas como ejes centrales para el cuidado en sí, sino también para el propio cuidado.</p> <p>Los fundamentos del enfoque de cuidado centrado en la familia enfatizan el rol integral que sus miembros desempeñan en la vida y en el bienestar, transformando como meta principal la creación de un ambiente de colaboración entre paciente y familia (porta medico).</p>	<p>Criterio de resultado: (1)nunca demostrado hasta siempre demostrado (5)</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final: 16
		260308: Implica a los miembros de la familia en la resolución de conflictos. Puntuación inicial: (3)	4
		260304: Se ayudan entre sí para ejecutar roles. Puntuación inicial: (2)	4
260306: Los miembro comparten pensamientos, sentimientos interés y preocupaciones. Puntuación inicial: (2)	4		
260307: Los miembros se comunican de forma abierta y honesta. Puntuación inicial: (3)	4 Ambos aceptan que necesitan más comunicación, pero niegan recibir apoyo psicológico.		

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Cognitivo perceptual. Tolerancia al estrés. Nutricional metabólico. Sexualidad y reproducción.</p> <p>Datos objetivos: Se observa confusión de rol Desconoce qué método de PF emplear Dieta inadecuada</p> <p>Datos Subjetivos: Dificultad de toma de decisiones sobre su embarazo. Apoyo insuficiente de su pareja ante el embarazo. Temor, angustia relacionada al parto.</p>	<p>Dominio:8 sexualidad</p> <p>Clase: 3 proceso de maternidad</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00221 Proceso de maternidad ineficaz</p> <p>Definición: Incapacidad para prepararse o mantener un embarazo y proceso de parto saludable, así como los cuidados del recién nacidos para asegurar el bienestar.</p> <p>Factores(s) relacionado(s) Preparación cognitiva insuficiente para la crianza</p> <p>Características definitorias: Cuidado prenatal inadecuado Planes de alumbramiento no realista Acceso insuficiente a sistemas de apoyo</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		<p>Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)</p>	<p>Clase: conocimientos sobre salud (s)</p>		
		<p>Criterio de resultado: Conocimiento gestación(1810)</p>			
		<p>Indicador (es)</p> <p>181026:importancia del cuidado prenatal</p> <p>181028:Importancia de las visitas frecuentes</p> <p>181003: Signos de aviso de las complicaciones de la gestación</p> <p>181034: Opciones de nacimiento.</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>	

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: familia (V)</p> <p>Clase: W cuidados al nuevo bebe</p> <p>INTERVENCION: Cuidados prenatales (6960)</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente sobre la importancia de los cuidados prenatales. • Animar al padre a que participe en los cuidados • Ofrecer una guía al paciente acerca de los cambios fisiológicos y psicológicos durante el embarazo • Instruir a la paciente en el crecimiento y desarrollo fetal • Remitir a la paciente clases de cuidados de bebe/maternidad. • Remitir al paciente a programa de alimentación. • Proporcionar información acerca de la alimentación. • Vigilar el estado de nutrición. • Orientar sobre métodos de PF • Fomentar la anticoncepción hasta que esté preparada para un nuevo embarazo. 	<p>Los principales objetivos del control prenatal son identificar aquellos pacientes de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado perinatal. Esto se realiza a través de la historia médica y reproductiva de la mujer, el examen físico, la realización de algunos exámenes de laboratorio y exámenes de ultrasonido. Además es importante promover estilos de vida saludables, la suplementación de ácido fólico, una consejería nutricional y educación al respecto (Aguilera, S, 2017).</p>	<p>Criterio de resultado: (1) ningún conocimiento hasta extenso(5)</p>	<p>Puntuación final: 16</p>
		<p>Indicador (es)</p>	
		<p>181026:Importancia del cuidado prenatal puntuación inicial (1)</p>	<p>4</p>
		<p>181028:Importancia de las visitas frecuentes Puntuación inicial:(2)</p>	<p>4</p>
		<p>181003: Signos de aviso de complicaciones. Puntuación inicial (2)</p>	<p>4</p>
		<p>181034:Opciones de nacimiento Puntuación inicial: (2)</p>	<p>4</p>
			<p>Se involucra con interés en los temas, pero no accede a ir al centro de salud para llevar su control parental.</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>Percepción /manejo de salud</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>No toma el medicamento indicado Esquema incompleto de vacunación Dieta inadecuada, bajo consumo de agua</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Mal manejo de tratamiento de infección IVUS Conocimiento deficiente.</p>	<p>Dominio: 5 percepción / cognición</p> <p>Clase: 4 cognición</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00126 Conocimientos deficientes</p> <p>Definición: carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisidores.</p> <p>Factores(s) relacionado(s) o</p> <p>Información insuficiente</p> <p>Características definitorias: -Conocimiento deficiente -Seguimiento incorrecto de instrucciones</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		<p>Dominio: conocimientos y conductas de salud(IV)</p>	<p>Clase conocimientos sobre salud (S):</p>	
		<p>Criterio de resultado: Conocimiento : régimen terapéutico(1813)</p>		
		<p>Indicador (es)</p> <p>181302: Responsabilidad de los propios cuidados para el tratamiento actual.</p> <p>181304: efectos esperados del tratamiento.</p> <p>181306: medicación prescrita</p>	<p>Puntuación inicial</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>Puntuación Diana</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:2 fisiológico Clase: H control de fármacos INTERVENCION: (5616) Enseñanza de los medicamentos prescritos ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente acerca del propósito y acción del medicamento • Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender la medicación • Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación • Informar a la paciente de la importancia de la inmunización (toxoides tetánico). <p>Campo: 3: conductual Clase: S educación de los pacientes Intervención: facilitar el aprendizaje (5520). ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer metas realistas objetivas con el paciente. • Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida. • Relacionar la información con las necesidades personales (nutrición). • Mantener sesiones de enseñanzas cortas • Fomentar la participación activa del paciente 	<p>La información relevante sobre el uso del fármaco en mujeres embarazadas (p. ej., dosificación, riesgos fetales) e información acerca de si existe un registro que recoja y mantenga datos sobre cómo el medicamento afecta a las mujeres embarazadas</p> <p>En las Mujeres embarazadas durante cada embarazo (preferentemente entre las semanas 20 y 36 de la gestación) para prevenir el tétanos materno y neonatal (GPC, IMSS).</p> <p>Basado en Martínez, K, El aprendizaje es el proceso a través del cual se adquieren nuevas habilidades, destrezas, conocimientos, conductas o valores, como resultado del estudio, la experiencia, instrucción, que en conjunto ayuda al individuo a seguir creciendo como persona en la vida diaria.</p>	<p>Criterio de resultado: (1) ningún conocimiento ha extenso(5)</p>	<p>Indicador (es)</p> <p>Puntuación final: 12</p>
		<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación final</p>
		<p>181302: Responsabilidad de los propios cuidados para el tratamiento actual. Puntuación inicial (2)</p>	<p>4</p>
		<p>181304: Efectos esperados del tratamiento. Puntuación inicial (2)</p>	<p>4</p>
		<p>181306: Medicación prescrita Puntuación inicial (2)</p>	<p>4</p> <p>La paciente acepto seguir el tratamiento pero no ha acudido a la aplicación de la vacuna Td.</p>



CRUZ ROJA
MEXICANA



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
Patrón (es): Actividad-ejercicio Datos objetivos: Datos Subjetivos: Dolor tipo cólico	Dominio: 11 seguridad protección Clase: 2 lesión física Etiqueta diagnóstica: 00206 Riesgo de sangrado Definición: susceptible de disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud. Factor(es) de riesgo: Complicaciones del embarazo	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: II: salud fisiológica		Clase: E cardiopulmonar	
		Criterio de resultado:			
		Severidad de la Pérdida de sangre (0413)			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
041307:Sangrado vaginal	5	4			
041309: Diminución de la presión arterial	3	4			
041312:Perdida de calor corporal	4	4			
041313: Palidez de piel y mucosas	4	4			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		
<p>Campo: 2: fisiológico complejo</p> <p>Clase: w control de perfusión tisular</p> <p>INTERVENCION: (4010) Prevención de hemorragias</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente de posible sangrado. • Mantener en reposo en cama • Administrar medicamentos si procede • Instruir al paciente/familia acerca de los signos de hemorragia y que acciones tomar. 	<p>La hemorragia es una de las causas más frecuentes y potencialmente más graves en la consulta de urgencias durante la gestación, que compromete la vida de la madre e hijo (Gutiérrez G, 2018).</p> <p>Una de las principales causas de hospitalización en el Departamento de Obstetricia y Ginecología es la amenaza de parto prematuro, que concuerda con el alto porcentaje de partos pre término en ambos grupos, siendo un poco más alto en las adolescentes(Gómez ,D,2006).</p>	Criterio de resultado: (1) grave a (5) ninguno		
		Indicador (es)	Puntuación final: 16	
		041307:Sangrado vaginal Puntuación inicial: (5)	4	
		041309:Diminución de la presión arterial Puntuación inicial: (3)	4	
		041312: Perdida de calor corporal Puntuación inicial: (4)	4	
041313: Palidez de piel y mucosas Puntuación inicial:((4)	4			
		La presión arterial aún sigue siendo un poco baja.		

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5

** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica.

VII. PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: ADMM

EDAD: 16 SEXO: femenino.

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: Embarazo

FECHA DE ELABORACIÓN: 11 de agosto de 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Centro de salud de san Nicolás de los Jassos, ya se encuentra más cerca de la zona.
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	reconocimiento de signos y síntomas de alarma y, en caso de presentarlos, debe acudir inmediatamente a un hospital o centro de salud más cercano, como son los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Fuerte dolor de cabeza• Zumbido en el oído• Visión borrosa con puntos de lucecitas• Náuseas y vómitos frecuentes• Disminución o ausencia de movimientos fetales por más de 2 horas, después de la semanas 28• Disminución o ausencia de movimientos fetales por más de dos horas en embarazo mayor de 28 semanas• Palidez marcada• Hinchazón de pies, manos o cara• Pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales aumentar más de dos kilos por semana,• Fiebre• Contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas.• Dolor abdominal persistente (en el bajo vientre) de cualquier intensidad• Dificultad para respirar• Aumento en el número de micciones y molestia al orinar
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	Tener en cuenta los datos de alarma Tener a la mano la papelería en caso de urgencia

<p>DIETA (Información relativa a la nutrición)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trata de evitar los olores y alimentos que te hacen sentir náuseas. • Comer alimentos bajos en grasa y fáciles de digerir, como pan, arroz y pasta. • Evitar alimentos fritos, picantes o enriquecidos que puedan irritar tu estómago. • Bebe al menos 2 litros de agua al día.
<p>AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	<p>Involucrar a los familiares a realizar actividades como: Caminata a tolerancia Talleres de bordado</p>
<p>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)</p>	<p>Practica de yoga Taller de respiración y relajación Manualidades Taller de cocina(ablactación/LM)</p>
<p>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</p>	<p>Llevar un control sobre los medicamentos prescritos y vitaminas. Hacer un calendario con horarios Apoyo psicológico</p>
<p>ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)</p>	<p>Asistir a un retiro espiritual dentro de la iglesia ayudara manejo de estrés.</p>

VIII. Conclusiones

Como se mencionó en la introducción del presente trabajo, el estudio se desarrolló según los objetivos específicos planeados basados en el modelo de Dorothea Orem "Autocuidado", en cual se abordó a la paciente enfocando a la autocuidado de sí misma durante el embarazo, en base del proceso cuidado enfermero se identificó su problemática/ conocimientos deficiente en los cual atreves de NIC,NOC, se le brindo asesorías e intervenciones de enfermería para logara un avance en la vida de la paciente , en algunas de ellas no fueron de todo óptimas.

Aun se sigue dado el seguimiento a la paciente con intervenciones a los problemas detectados y a las futuras complicaciones que pudiera ver hasta el final de su embarazo.

El realizar plan de cuidados individualizado ha sido una experiencia aún más interesante ya que la evolución de la paciente puede cambiar de un estatus a otro. Y el poder intervenir como enfermera con herramientas de prevención y promoción a la salud.

Me quedo la experiencia de este proyecto para seguir investigando y poder tener más conocimiento de tal manera que ayude a las pacientes a llevar un embarazo con el menor riesgo posible.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, S (2017). Control Prenatal, Revista Artículo, Consultado El 17 De Agosto De 2021, Disponible En: [Https://www.Sciencedirect.Com/Science/Article/Pii/S0716864014706340](https://www.Sciencedirect.Com/Science/Article/Pii/S0716864014706340)

Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1996.

Álvarez Suarez J., Del Castillo Arévalo F., Fernández Fidalgo D. y Muñoz Meléndez M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Servicios de Salud Principado de Asturias. Consultado el 31 de Julio de 2021; Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>

Amaro Cano, M. (2004). Historia Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Ciudad de la habana. Revista cubana enfermería v.20 n.3.

Ávalos Torres E, Silé Rojas V, Roche Molina H, y Gómez Rodríguez J, (2007). Diagnóstico de Enfermería. Evolución histórica y diagnósticos más frecuentes en afecciones cardiovasculares. Julio, 2021, de Portales médicos.com Disponible en:

Ben S. (1994) Análisis comparativo de la conceptualización y teorías de cuidado. En Morse J. Comportamiento contemporáneo de liderazgo. IV edición J.B. Lippincott

Benavent MA, Rodríguez J, (2006). Enfermería ciencia arte y cuidado., de HospitaClínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras Consultado el 17 de Julio 2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007

Berman, A. y Snyder, S. (2013). Fundamentos de Enfermería. Madrid España: PEARSON.

Blanco, C, Saribia.R, Larazo.M (2014). Metodología de Enfermería. (Julio, 27,2021). Disponible en: <https://es.slideshare.net/jjmijana/5-2taxonomianicnoc>

Bulechek, G. Butcher, H. Dochterman, J. y Wagner, C. (2013). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. Barcelona España: ELSEVIER.

Carrillo Gonzales G, y Rubiano Mesa Y. (julio, septiembre, 2007). La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. Julio, 2021, de Scielo disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300009

CEPAL (2013). Comisión Económica Para América Latina Y El Caribe. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe Montevideú, 12-15 ago. 2013. Disponible en: <https://bit.ly/2XPK5JZ> >. Acceso el: 10 agosto. 2021

Connect.E (2020). Clasificaciones de enfermería: razonamiento clínico y desarrollo de conocimiento (Julio, 27,2021). De Connect.E Disponible en:

Doenges M, Frances Moorhouse M. (2014). Proceso y diagnósticos de enfermería. Julio, 2021, de Manual moderno.

Enfermería. Consultado el 20 Julio 2021. Disponible en <https://hdl.handle.net/10901/14589>

García Flores-M, Ariza-C, Durán DM., Sánchez HB, Colliere-MF, Marriner-Tomey A, García-Martín Caro C. (9-10 de marzo de 2006). La Importancia del Cuidado enfermería. O 14/04/2009, de Reunión Nacional de Enfermería. 1° semana internacional de calidad en la salud Consultado el 16 de julio 2021. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/beneficios.

Gayosso, IE, (2019) proceso de atención de enfermería (revista). Consultado el día 21 de julio 2021, disponible en:

Godínez, L, (2016). Aumento De Embarazos En Adolescentes Artículo, Consultado 22 De Julio, 2021, Disponible En: [https://Cimacnoticias.Com.Mx/Noticia/Aumentan-Embarazos-Tempranos-Y-Muertes-De-](https://Cimacnoticias.Com.Mx/Noticia/Aumentan-Embarazos-Tempranos-Y-Muertes-De-Adolescentes/#:~:Text=En%20M%C3%A9xico%2C%20desde%20hace%2016,La%20cifra%20mortal%20a%20142)

[Adolescentes/#:~:Text=En%20M%C3%A9xico%2C%20desde%20hace%2016,La%20cifra%20mortal%20a%20142](https://Cimacnoticias.Com.Mx/Noticia/Aumentan-Embarazos-Tempranos-Y-Muertes-De-Adolescentes/#:~:Text=En%20M%C3%A9xico%2C%20desde%20hace%2016,La%20cifra%20mortal%20a%20142).

Gómez, D 2006, Revista De Ginecología Y Obstetricia, Artículo, Consultado El Día 17 De Agosto De 2021, Disponible En: <https://Www.Redalyc.Org/Pdf/1952/195214306003.Pdf>

Hernández Y, concepción A, Rodríguez M, 2017.la teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth orem, revista, consultado el 30 de julio 2021, disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009. Esto pasarlo a las referencias donde corresponde.

Hernández. (2014).Indicadores de calidad (Julio, 27,2021).De Hernández Disponible en: <https://es.slideshare.net/veronikamayo/indicadores-de-calidad-40095982>

https://www.educsa.com/pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.pdf

INM, 2021, estadística de la mujer adolescente. Consultado 10 de agosto 2021 disponible en: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Madres_adolescentes.pdf

León Román, C. (2006). Editorial ciencia enfermería, Vol. 2, Enfermería ciencia y arte del cuidado. Revista Cubana Enfermería, 1, 5

López R, (2017) Prospectivas De Los Cuidados De Embarazo De Alto Riesgo, Revista, Consultado El 19 20 De Julio 2021 Disponible En: https://Scielo.Isciii.Es/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1695-61412017000200500

Marly, F. (2013). Proceso de atención de enfermería. Consultado el 12 Julio, 2021, de ssaver disponible en: <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>

Marriner A, Raile MA. (2007). Fundamentar la ciencia en cuidado. En construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería (74-80). ESPAÑA: Elsevier Mosby.

Martínez Martín, M. y Chamorro Rebollo, E. (2016). Historia de la Enfermería, Evolución Histórica Del Cuidado Enfermero. 3. Edición. Ed. Elsevier

Martínez, R, 2020, Nutrición en el embarazo, revista, consultado el 10 de agosto 2021, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000600009

Martinez, K, 2013, Teorías Del Aprendizaje, Familiar, Pdf, Consultado El Día 17 De Agosto 2021, Disponible En: <https://Es.Slideshare.Net/Karinamartinezchun/Fundamentos-Del-Aprendizaje-24392049>

Meleis, A, Kise Larson, Gordon S, Farrel M, Duran de Villalobos, Benner P, Boykin, A. (2000). EL cuidado como objeto de la enfermería. 0, de Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Consultado el 14 Julio 2021. Disponible en:

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2013). Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process. Rev. Salud Pública Parag. 2013; Vol. 3 N° 1. Consultado el 31 de Julio 2021. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>

Montaño, J. (2018). Callista Roy: biografía, teoría y obras. Lifeder. Disponible en: <https://www.lifeder.com/callista-roy/>.

Moorhead N., Marion.J., Meridean L., Maas., Swanson.E. (2018). Clasificación De Resultados De Enfermería (Julio, 27,2021). De Moorhead, N. Disponible en:<https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/edu-relacion-entre-las-clasificaciones-de-enfermeria-NOC>

NANDA. Herdman T, Kamitsuru S. (2018-2020). Diagnósticos Enfermeros. Julio 15, 2021, de Edición Hispanoamericana.

Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. y Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Universidad de ciencias médicas Cuba. Revista vol.19 n.3

OMS (2020), Embarazo En La Adolescencia Consultado El 22 De Julio De 2020disponible En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Ponti, L. (2016). La enfermería y su rol en la educación para la salud, Ed.UAI. Disponible en: https://www.academia.edu/25884140/La_enfermer%C3%ADa_y_su_rol_en_la_educaci%C3%B3n_para_la_salud

Portal Medico (2013) Importancia De Cuidado Familiar .Consultado El 17 De Agosto 2021, Disponible En: <https://www.Revista-Portalesmedicos.Com/Revista-Medica/Familia-Cuidados-Pacientes/>

Potter, A. (2013). Proceso de atención de enfermería. Consultado el 12 Julio, 2021, de salud pública de Paraguay disponible en: <file:///C:/Users/NominaTemporal/Downloads/proceso.pdf>

Raile Alligood, M y Marriner Tomey, A (2006) Modelos y teoría de enfermería sexta edición Elsevier.

Rangel Flores, YY; García Rangel, M. (2010). Influence of gender role on the sexual behavior of university students. *Index de Enfermería*, 19(4), 245-248. Recuperado en 07 de septiembre de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300003&lng=es&tlng=en.

Reina (2010) El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. (3-4), 2021, Julio, 14 De Umbral Científico disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

Rosales Barrera, S. (2004). Fundamentos de enfermería. Ed. El Manual Moderno.

Saaverdra, M, 2020, importancia de la ingesta de agua durante el embarazo, artículo, consultado el 10 de agosto 2021, disponible: <https://www.elevit.com.mx/herramientas/de-mama-a-mama/5-razones-para-tomar-agua-durante-el-embarazo>

Secretaria De Salud(2020) , Información Numero En Mujeres Nacimiento Menos De 20 Años, Consultado 22 De Julio 2021, Disponible En: <https://Slp.Gob.Mx/SitioNuevo/Paginas/Noticias/2020/SEPTIEMBRE%202020/260920/De-2015-A-2019-Se-Redujo-En-18-98-EI-N%C3%BAmero-De-Nacimientos-En-Mujeres-Menos-De-20-A%C3%B1os.aspx>

Torres Barrera, S y Zambrano Lizárraga, E. (2010). Breve historia de la educación de la enfermería en México. Revista Enferm Inst Mex Seguro Soc. 18 (2): 105-110. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102h.pdf>

UNAM. (2020). El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado julio 14, 2021, de UNAM Disponible en: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>

UNFPA (2020) El Embarazo En Adolescentes Es Una Fábrica De Pobres En América Latina, consultado el 22 de julio 2021, disponible en: <https://Www.Dw.Com/Es/Onu-EI-Embarazo-Adolescente-Es-Una-F%C3%A1brica-De-Pobres-En-Am%C3%A9rica-Latina/A-55569024>

UNFPA MEXICO :(2020) Acelerar El Programa De Reducción De Embarazo En La Adolescencia En América Latina, consultado el 22 de julio de 2021 disponible en: <https://Mexico.Unfpa.Org/Es/News/Am%C3%A9rica-Latina-Y-El-Caribe-Tienen-La-Segunda-Tasa-M%C3%A1s-Alta-De-Embarazo-Adolescente-En-El-Mund-3#:~:Text=La%20tasa%20mundial%20de%20embarazo,Y%20son%20s%C3%B3lo%20superadas%20por>

UNICEF, 2017, lactancia materna, artículo, consultado el 10 de agosto 2021, disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf>

Universidad de Antioquia. (2016). Ejecución de las intervenciones en el proceso de atención de enfermería. Consultado julio 14, 2021, de Universidad de Antioquia Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61962>

Universidad de Guanajuato. (2018). Unidad didáctica 4: Proceso enfermero. Consultado julio14, 2021, de universidad de Guanajuato Disponible en: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-proceso-enfermero/>

Vélez A., Consuelo Vanegas G., José Hoover. (2011). Epistemología del cuidado en Ventura, H y Johnson, D.(2011). Modelo de sistema conductual. Instituto superior de Enfermería. Chiapas. Disponible en pdf.

X. Glosario.

Adolescencia: define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. Normalmente la dividen en dos fases; adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años.

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

CONAMED: Comisión Nacional De Arbitraje Médico.

Cualificación: Preparación necesaria para el desempeño de una actividad, especialmente profesional.

DM: diabetes mellitus

EBE: Enfermería basada en la evidencia. Proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles.

Embarazo: parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

Enfermedad: es la de "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Epidemiología: rama de la salud pública que tiene como propósito describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, permitiendo intervenir en su curso natural.

Ética: Disciplina filosófica que estudia el bien y el mal y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano.

Feto: producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.

GPC: Guía De Práctica Clínica

HTA: presión arterial

INM: Instituto Nacional De La Mujer.

Lactancia materna: a la proporcionada a la persona recién nacida, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.

Legal: Que está establecido por la ley o está conforme con ella

Meta paradigmas: 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

Mortalidad: Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.

Muerte materna: ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

OSD: Objetivos del desarrollo sostenible

Paradigmas:

Teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento.

Parto vertical: a la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas.

Parto: al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

PBE: Practica basada en evidencia

Periodo intergenésico: aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo.

Preeclampsia: Es la presión y signos de daño hepático o renal que ocurren en las mujeres después de la semana 20 de embarazo. Si bien es poco frecuente, la preeclampsia también se puede presentar en una mujer después de dar a luz a su bebé

Prematuro: Que ha nacido antes de que se cumplan los nueve meses desde que fue engendrado.

Producto de la concepción: al embrión post-implanta torio o feto, de acuerdo a la etapa del embarazo.

Promoción de la salud: estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

Salud pública: s la respuesta organizada de una sociedad dirigida a promover, mantener y proteger la salud de la comunidad, y prevenir enfermedades, lesiones e incapacidad.

Sexualidad: Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo.

Teoría: Conjunto de reglas, principios y conocimientos acerca de una ciencia, una doctrina o una actividad, prescindiendo de sus posibles aplicaciones prácticas.

Transplacentario: suele referirse al intercambio de nutrientes, desechos, medicamentos, microorganismos infecciosos u otras sustancias entre la madre y el feto.

UNFPA: Fondo De Población De Las Naciones Unidas

Urgencia obstétrica: a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.