



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN CASO CLINICO SOBRE
EMBARAZO EN ADOLESCENTES BASADO EN LA
TEORIA DE CALLISTA ROY**

**PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**PRESENTA
MIRIAM DELGADO QUINTANA**

**ASESORES
L. E. O. M. AURELIA RAMONA SOTO FAJARDO
DR. ROBERTO MENDOZA CONTRERAS**

**REVISORAS
L.A.E. MA ELVIA PEREZ CORONEL
M. C. MA. DOLORES FLORES SOLIS**

MORELIA, MICHOACÁN NOVIEMBRE 2008.

DIRECTIVOS

M. C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

L.E.D. MARIA DE JESUS RUIZ RECENDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAL
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

MESA DE JURADO

L. E. O. MARIA AURELIA RAMONA SOTO FAJARDO

PRESIDENTA

L. E.A MA ELVÍA PÉREZ CORONEL

1ER VOCAL

M. C. MA DOLORES FLORES SOLIS

2DO VOCAL

M. C. MA. LUISA ZAENZ GALLEGOS

SUPLENTE

DEDICATORIAS

A mis padres:

Juanita Quintana Francisco y Zacarías Delgado Calderón. Quiero darles las gracias desde el fondo de mi corazón por ser ustedes mis padres por contar incondicionalmente con su apoyo, por ser los seres más maravillosos de toda mi vida. Por desearme siempre lo mejor, por darme todo lo que necesité, con mucho esfuerzo, por hacer de mí la persona que hoy soy, les dedico todos mis logros que siempre son y serán pensando en ustedes, son lo más importante en mi vida, los amo con todo mi corazón.

A mi hermano y cuñada:

Arturo y Milagros que estando lejos del país siempre han visto por mis padres y por toda la familia, nunca se han olvidados de nosotros, gracias a su apoyo he podido terminar una meta de mi vida.

A mis hermanas y cuñados

Malena, Luís, Rosita, Efrén, Tommy, José, Ana, Adán, Johann, Jesús, y Titino

A todos ustedes por su apoyo económico y emocional, por su cariño por soportarme, por estar cerca aún en la distancia y por los que aquí están.

Especialmente a Rosita y Efrén que estando en los momentos más difíciles de sus vidas me han apoyado incondicionalmente. Yo les dedico mis logros, les deseo y digo que todo se va a arreglar, Dios premia las buenas acciones y ustedes han hecho muchas cosas buenas y merecen ser felices.

A mis sobrinos:

Karina, Jimmy, José Luis, Jaqueline, Yesenia, Orlando, Arturito, Esmeralda, Adancito José Manuel, Jazmín, Paulita y los nuevos integrantes de esta gran familia Neyda, Rubí y Pillito. A ustedes mis niños hermosos que son una de las razones por lo que he querido superarme para poder ayudarles en el futuro a cumplir sus metas y sueños que deseen.

A mi novio:

Fermín Padilla Reyes a ti corazón que durante 5 años has estado a mi lado apoyándome, dándome ánimo, acompañándome en este lugar lejos de mi familia. Por soportar mi mal humor y mis arranques de locura gracias, te dedico este logro y todos los que vamos a cumplir a lo largo de nuestra vida juntos. Te amo.

A mis amigas:

Nancy, Bety, Alma, Eunice, Amalia, Yuridice y Campanita a ustedes amigas que han estado conmigo apoyándome en todo momento con su amistad y compañía.

A mis asesores y revisores:

Por brindarme su tiempo, enseñanza, animarme y orientarme en la elaboración de este trabajo.

INDICE

CAPITULO I

I. Introducción.....	2
II. Justificación.....	3
III. Objetivos.....	4
3.1 general	
3.2 Específicos	

CAPITULO II

IV. Metodología.....	5
----------------------	---

CAPITULO III

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Fisiología y desarrollo del Embarazo.....	6
5.2 Norma Oficial Mexicana.....	20
5.3 Adolescente.....	31
5.4 Adolescente Embarazada.....	34
5.5 Anemia.....	43
5.6 Hipertensión.....	44
5.7 Placenta previa.....	46
5.8 Bajo peso al nacer.....	49
5.9 Proceso de Enfermería.....	52
5.10 Sor Callista Roy.....	66
5.11 Caso clínico.....	69
VI. CONCLUSIONES.....	80
VII. SUGERENCIAS.....	81
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	82
IX. GLOSARIO.....	84
X. ANEXOS.....	87

CAPITULO I

I. INTRODUCCIÓN

Adolescente es la etapa del desarrollo humano que abarca la transición de la niñez a la edad adulta, se refiere a los cambios biológicos y a la maduración sexual propia de esta transición, por lo tanto la adolescencia comprende las dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales. Es vista como uno de los períodos más problemáticos, ya que se presentan situaciones derivadas de comportamientos de riesgos como bajo rendimiento escolar, delincuencia, enfermedades de transmisión sexual, embarazo en adolescentes no deseados, practicas sexuales de riesgo e inicio temprano de relaciones sexuales.

El embarazo en la adolescencia se define como aquel que ocurre durante los primeros años de vida reproductiva de la mujer y el varón, creando una crisis para la niña que está en estado de preñez y para su familia. Las reacciones más comunes son la ira, la culpabilidad y el negarse a admitir el problema. Es por ello que se abarca el tema del embarazo en adolescentes y es que este problema ya es de lo más común en la actualidad, incluso con toda la información que se maneja, surgen con más frecuencia y es imposible tener un control verdadero.

Por lo cual la intención del presente trabajo se basa en un Proceso de Enfermería en el cual se aplica el método científico a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exigen habilidades y técnicas interpersonales, va dirigido a cubrir necesidades del cliente y la familia, las fases del proceso integran las funciones de la resolución del problema para un intento por definir las acciones de enfermería. Para que la usuaria recobre el estado normal de salud.

II. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia se define como aquel que ocurre durante los primeros años de vida reproductiva de la mujer, entre los 10 a 19 años de edad, señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El embarazo en la adolescente constituye un importante problema en salud pública en México actualmente se registran aproximadamente 4 500,000 embarazos en adolescentes. Para el estado de Michoacán hay 477,661 embarazos en la población general. Para el grupo de adolescentes de 10 a 19 años de edad, existen 7,007 embarazos representando así el 1.46% de la población adolescente.

En la capital del Estado, Morelia hay 1,245 embarazos que representa de todos los embarazo en adolescente en un 17.7%. Más sin embargo el embarazo en el estado de Michoacán en los últimos 6 años se ha mantenido estable en cuanto al porcentaje que representa el total de los embarazo para el año 2002 de 53,352 embarazos el 20.8% de ellos son adolescentes y para el año 2007 de 33, 138 embarazos el 21.1% recae en adolescentes. (Anexo N. 1)

Observamos que a pesar de la gran información dirigida a los jóvenes por los medios masivos de información que lanzan diariamente a la población sobre temas relacionados con la salud sexual, de los riesgos, precauciones y complicaciones que conllevan los embarazos a temprana edad de las madres, no se ha podido impactar de una manera importante en este grupo poblacional, sobre todo en aquellos que se encuentran en comunidades marginadas donde la educación es moralista y conservadora hablar de ello con los padres e hijos o asistir a citas al ginecólogo o doctor es un tabú. Así que asisten a ellos cuando se complica y es demasiado tarde. Por lo anteriormente mencionado SE JUSTIFICA EL PRESENTE TRABAJO con relación al PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA en una usuaria embarazada adolescente de la Comunidad de Rancho Seco del Municipio de Taretan del estado de Michoacán.

Desde hace años la comunidad de Rancho Seco municipio de Taretan Mich cuenta con centro de salud, pero poco se asistía a citas prenatales; afortunadamente y gracias a programas sociales como el de Oportunidades y actualmente el Seguro Popular se obligan a las personas a asistir periódicamente a sus citas permitiendo la detección y prevención de embarazos de alto riesgo. Por lo que es competencia del personal de salud el de otorgar información responsable, científica, además de aplicarla para que no se quede en la simple prevención, en donde el embarazo llegue al termino sin complicación alguna para la madre y el producto.

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Aplicar la metodología del proceso de atención de Enfermería en una embarazada adolescente, para identificar las principales respuestas humanas y elaborar planes de intervenciones que favorezcan la recuperación y bienestar de la adolescente embarazada.

3.2 ESPECIFICOS

Identificar problemas y necesidades que alteren el estado fisiológico, psicológico, físico y social de la usuaria.

Elaborar diagnósticos de enfermería en base a la taxonomía de la NANDA con la finalidad de restablecer los problemas y necesidades de la usuaria para una mejor calidad de vida.

Realizar acciones de enfermería que ayuden a mejorar su estado de salud de acuerdo a las capacidades, aptitudes e interés de la usuaria para su recuperación.

Establecer un plan de cuidados individuales y priorizar las intervenciones de acuerdo a las necesidades alteradas.

Evaluación constante del logro de los objetivos de acuerdo a la intervención de enfermería llevada a cabo.

CAPITULO II

IV. METODOLOGÍA

Para la realización del presente trabajo se requirió de diferentes fuentes bibliográficas, así como una base de datos en paginas Web para estructurar el marco teórico, el cual esta conformado, por el Proceso de Atención de Enfermería, modelo de adaptación en sus cuatro modelos (fisiológico, autoconcepto, rol e interdependencia) de Sor Callista Roy, embarazo, adolescencia y embarazo en adolescentes, el establecimientos de los diagnósticos los cuales se llevaron acabo con el apoyo de las etiquetas diagnósticas establecida por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería). El plan de intervenciones se estableció considerando los resultados de intervenciones del NIC y el NOC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería y la Clasificación de Resultados de Enfermería).

En seguida se realizaron las acciones de seguimiento del sistema de enfermería durante cinco meses para posteriormente realizar la evaluación de las acciones identificando el grado de obtención de resultados para hacer la retroalimentación del proceso.

El diagnóstico se elaboró tomando en cuenta la naturaleza del problema y los criterios autorizados por la NANDA. La planeación se realizó jerarquizando los diagnósticos según las necesidades encontradas en la usuaria, diseñando objetivos e intervenciones con razonamiento y fundamento científico; las intervenciones incluyen acciones de enfermería planeadas y llevadas acabo registrando los resultados y haciendo las evaluaciones respectivas, la cual se basa principalmente en la comparación de los resultados obtenidos con los objetivos planeados, valorando el impacto de los resultados de enfermería propuestos.

CAPITULO III

V. MARCO TEORICO



EMBARAZO.

La gestación o embarazo es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento de la fecundación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso se completa cuando la protuberancia villi y el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto ocurre entre el día 12-16 después de la fertilización.

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva condición, y que continuarán durante los nueve meses siguientes.

Es necesario que la mujer acepte llevar estas transformaciones, porque de ello depende que este período vital se convierta en una experiencia irrepetible e inmensa, cuyo fruto es la creación de una nueva vida.

A continuación se conocerán los nueve meses del embarazo, por trimestres y cada trimestre se detalla por mes:

PRIMER TRIMESTRE:

Durante el primer mes de gestación apenas se producen cambios. Es el período en el que se produce la organogénesis del nuevo ser, que en el primero y segundo mes se llama embrión y a partir del tercer mes, feto. En este primer mes es recomendable que la mujer deje de fumar. Además, no debe consumir bebidas alcohólicas, ni tomar medicamentos, sin consultar previamente a su médico. Se evitara las vacunas que no correspondan a su esquema de embarazada y la exposición a cualquier tipo de radiaciones. Durante el segundo mes de gestación comienzan a aparecer los primeros cambios hormonales. Se producen síntomas propios de este período como los trastornos del aparato digestivo.

Se pierde la coordinación entre los dos sistemas nerviosos, el vago y el simpático, y se presentan los primeros vómitos y náuseas. Esta situación suele ir acompañada de abundantes salivaciones (ptialismo) y, a veces, de ligeros desvanecimientos. Puede ocurrir que los vómitos sean excesivos llegando a crear un estado de desnutrición. Si los vómitos y las sensaciones de náuseas son frecuentes, es recomendable que la ingestión de alimentos sea más frecuente y en pequeñas cantidades. Los alimentos sólidos o espesos reducen estos trastornos más que los líquidos. Se aconseja tomarlos fríos o a una temperatura ambiental, nunca calientes.

La mucosa bucal y las encías sufren modificaciones desde el inicio de la gestación. Las encías, debido a la acción hormonal se inflaman. Esto puede favorecer la aparición de caries o el empeoramiento de las ya existentes. Para eliminar posibles infecciones es imprescindible una cuidadosa higiene buco-dental y visitar, de vez en cuando, al odontólogo. Las palpitaciones, un ligero aumento de la frecuencia respiratoria y hasta mareos, son frecuentes en este período. En este mes, la glándula mamaria sufre precoces modificaciones: Los pechos aumentan de tamaño, y al palpar se notan pequeños nódulos, la areola del pezón se hace más oscura y aumenta la sensibilidad mamaria. También, a causa de la acción hormonal, la glándula tiroides puede aumentar su tamaño y provocar un ligero ensanchamiento de la base del cuello.

Durante el tercer trimestre de gestación las probabilidades de abortar son mayores, por lo que es importante tomar precauciones. La embarazada debe evitar llevar cargas pesadas o fatigarse. Además, no emprenderá largos viajes en coche. Los viajes en avión sólo serán peligrosos en los casos en que se viaje a grandes alturas, ya que una

disminución del oxígeno (hipoxia), puede provocar malformaciones congénitas. Las relaciones sexuales deben espaciarse durante todo el primer trimestre.

En el caso de que aparezcan dolores parecidos a una menstruación o hay hemorragia, por leves que sean, se deben extremar las precauciones. Quedan entonces prohibidas las relaciones sexuales y los viajes durante todo este período y se aconseja acudir al Doctor ante cualquier síntoma, además de guardar reposo en cama. Con estas precauciones y los preparados hormonales que ahora existen se consigue, en la mayoría de los casos, salvar el embarazo.

De manera específica podemos decir que tanto la madre como el RN sufren los siguientes cambios:

MES 1

El embrión:

Día 1: Fecundación. Día 4: El huevo llega al útero. Día 7: Se inicia la implantación del huevo en la cavidad uterina. Se forma el tubo neural, la primitiva médula espinal. Una extremidad se abulta: Es la cabeza. Día 25: Comienza a latir su corazón. Se le conoce como embrión. Mide 9 Mm. y pesa 0,5 grs.

La Madre:

La pared uterina aumenta su espesor y vascularización. La placenta y cordón comienzan a formarse. Se segrega gonadotropina corionica, la cual es detectada en la orina confirmando el embarazo.

MES 2

El embrión:

Se perfila su cara. Se forman sus ojos y tiene párpados. Crecen sus brazos y piernas. Sus huesos largos, sus órganos internos y su cerebro van desarrollándose. El embrión flota en el saco lleno de líquido amniótico. Mide 4 cm. y pesa 5 grs.

La madre:

El cordón umbilical tiene su forma definitiva. El líquido amniótico protege al embrión, manteniendo constante la temperatura y facilitando sus movimientos.

MES 3

El feto:

Mueve brazos y piernas. Puede orinar. Se puede distinguir su sexo. Toma el nombre de feto, midiendo 10cm.y pesando 20 grs.

La Madre:

La cavidad uterina esta llena de líquido amniótico que se renueva constantemente. La placenta es pequeña pero cumple la función de intercambio de nutrientes y productos de desecho y secreción de estrógenos y progesterona. La embarazada podrá sentir mareos y vómitos, cansancio, molestias en la pelvis, necesidad de orinar mas frecuentemente. Notará un aumento de tamaño en sus pechos acompañado de cambio de color en la areola. Su atención se centrara en los cambios físicos. Es frecuente que tenga cambios bruscos de humor y sentimientos contradictorios acerca de la maternidad.

SEGUNDO TRIMESTRE:

El segundo trimestre de la gestación es menos pesado y el menos peligroso. El riesgo de aborto disminuye considerablemente, los vómitos cesan, aunque existen casos, muy raros, en los que persisten durante toda la gestación.

En el cuarto mes se produce un aumento del peso de la madre, el cual hay que observar. Durante este mes el aumento no debe superar los 300 gramos semanales. El peso se debe controlar por lo menos una vez al mes, procurando hacerlo siempre en la misma báscula. En este mes, debido al ensanchamiento de la cintura, comienza la necesidad de vestirse con ropa holgada y cómoda. Pueden aparecer trastornos en la digestión a causa de una hormona llamada progesterona; ésta se hace más perezosa y provoca con frecuencia estreñimiento. Para combatirlo, es conveniente consultar al Doctor, quién indicará el tratamiento más apropiado. En ocasiones un vaso de agua tibia en ayunas y una dieta adecuada es suficiente.

Durante este período se pueden practicar deportes que no supongan demasiado esfuerzo. Es recomendable practicar caminata que favorezca la circulación periférica. Es muy recomendable la natación, en aguas templadas y sin demasiado oleaje, para que el esfuerzo sea menor.

A partir del quinto mes, cuando ya son evidentes los movimientos fetales, el control del peso se hace imprescindible, ya que su aumento comienza a ser considerable. En este segundo trimestre se suele aumentar 4 Kg. Para que la variación de peso se mantenga dentro de los límites normales, es fundamental conocer algunos aspectos sobre la dieta y una correcta alimentación. La embarazada debe comer para dos y no por dos. Hay que cuidar tanto la cantidad como la calidad de los alimentos.

Los requerimientos en proteínas aumentan, siendo necesarios alimentos como la carne (de vaca, ternera o pollo), el pescado blanco, los huevos, la leche y sus derivados como el yogur, etc. Las grasas deben reducirse de la dieta, pero no suprimirse. La aportación de minerales debe ser más alta, sobre todo la del hierro. Por eso resulta muy beneficioso tomar un comprimido diario de hierro junto con las comidas, aunque eso lo decidirá el Doctor. Las necesidades de calcio también aumentan, por lo que deberá llevarse una dieta rica en productos lácteos como la leche y derivados. Los hidratos de carbono se deben tomar con moderación, y no abusar de los alimentos ricos en féculas, como legumbres, pan y dulces.

Resulta conveniente que la dieta sea abundante en frutas y verduras, porque junto con su riqueza en vitaminas favorecen la digestión y regulan el tránsito intestinal que ayuda a evitar el frecuente estreñimiento. En el sexto mes es frecuente encontrar anemia en la embarazada. Los tipos de anemia que pueden aparecer durante la gestación son: La anemia ferropénica y la anemia megaloblástica. La anemia ferropénica es la más frecuente, debida a una deficiencia de hierro. Por eso, como se ha dicho antes, es necesario un aumento de este mineral sobre todo a partir del quinto o sexto mes de gestación. La anemia megaloblástica es menos frecuente, pero sus consecuencias son más peligrosas para la madre y para el feto. Son causadas por la disminución del ácido fólico.

Esta deficiencia se puede evitar con una dieta rica en verduras frescas, frutas y proteínas animales, que son las principales fuentes del ácido fólico. Se seguirá controlando el peso, teniendo en cuenta que el aumento ha de ser de 300 gr semanales aproximadamente. Las glándulas mamarias continúan aumentando de tamaño, por lo que deben cuidarse y prepararse para la posterior lactancia para evitar grietas en los pezones.

De manera específica podemos decir que tanto la madre como el RN sufren los siguientes cambios:

MES 4

El feto:

Su piel es transparente y fina. Su intestino se llena de meconio. Traga líquido amniótico. Sus dedos tienen uñas y huellas dactilares. A veces tiene hipo. Mide 15 cms. y pesa 90 grs.

La Madre:

El fondo del útero alcanza el hueso del pubis. La placenta cumple sus funciones de nutrición, respiración y secreción hormonal. El líquido amniótico aumenta.

MES 5

El feto:

Su cuerpo se cubre de lanugo y vernix caseosa (fino vello y unto) Tiene pelo, pestañas y cejas. Se chupa el dedo. Duerme de 18 a 20 horas al día. Mide 25 cms., y pesa 245 grs.

La Madre:

El útero alcanza el nivel del ombligo.

MES 6

El feto:

Cuando está despierto se mueve. Abre sus ojos. Adquiere grasa debajo de su piel. Mide 30 cms., y pesa 640 grs.

La Madre:

El útero supera el nivel del ombligo. Han desaparecido las náuseas y los vómitos. Se pueden sentir los movimientos del feto. A veces se sienten pequeñas molestias como gastritis, constipación, congestión nasal. Puede subir de peso de 300 a 400 grs., a la semana. Se puede acrecentar el interés por el RN, soñando con el día y noche. Los cambios físicos motivan sentimientos contradictorios. Sientes que el tiempo pasa rápidamente.

TERCER TRIMESTRE:

El organismo, en esta etapa, se ha transformado considerablemente. Empieza a notarse sobremanera el útero crecido, lo que hace, en ocasiones, difícil encontrar una postura cómoda y adecuada para el descanso. En este sentido, es muy útil la práctica de algunos ejercicios como caminata que ayuden a corregir eficazmente las modificaciones (ortostáticas).

Durante este mes la piel de la embarazada sufre cambios, debidos a cambios hormonales. Empiezan a aparecer manchas de color del café con leche en la frente y en las mejillas. También hay un aumento de la pigmentación de los genitales externos. Ninguno de estos cambios es motivo de preocupación, ya que desaparecen por sí solos después del parto. Únicamente debe evitarse una exposición prolongada al sol. Dada la frecuencia de hiper-pigmentaciones y cloasma.

En esta etapa del embarazo el sistema urinario se ve especialmente alterado. En este caso, algunos médicos insisten en la necesidad de administrar antibióticos para evitar en la piel la nefritis aguda, aunque otros dicen que estas anomalías desaparecen entre la cuarta y sexta semanas después del parto. Ante la toxemia gravídica es fundamental vigilar la tensión arterial y observar con detalle la aparición de edema. También deben tenerse en cuenta los aumentos rápidos de peso y los análisis que indiquen la presencia de albúmina en la orina.

De manera específica podemos decir que tanto la madre como el RN sufren los siguientes cambios:

MES 7

El feto:

Responde a los ruidos exteriores con movimientos. Empieza a faltarle sitio en la cavidad uterina. Algunos se colocan cabeza abajo. Mide 40 cms. y pesa 1500 grs.

La Madre:

El útero aumenta notoriamente su tamaño. Disminuye la cantidad de líquido amniótico.

MES 8

El feto:

Es el mes que acumula más grasa. Su piel toma la coloración que tendrá al nacer. Mide 45cm. y pesa 2500 grs.

La Madre:

La parte superior del útero se palpa 8 cm. del ombligo. La musculatura uterina comienza a contraerse.

MES 9

El feto:

El lanugo se ha caído casi completamente. Logra oír sonidos exteriores disfrutando de la música y sonidos agradables. Sus pulmones están preparados para funcionar en el exterior. Mide 50cm., y pesa entre 3300 y 3500 grs.

La Madre:

La altura del útero puede llegar a 33cm. Hay aumento en las contracciones uterinas. Puede aparecer dolor de espalda, gastritis, dificultad para respirar, edema y frecuentes ganas de orinar. La atención se centra en el parto. Hay una mayor necesidad de afecto, atención y cuidados. El tiempo parece detenerse.

HIGIENE DURANTE EL EMBARAZO:

Física: Es importante que durante toda la gestación la mujer mantenga la piel limpia, ya que las excreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas aumentan de forma notoria. El baño de regadera de todo el cuerpo con agua y jabón están recomendados para ser practicados diariamente, pues el agua, aparte de estimular la circulación de la sangre, sirve de relajante. Es recomendable la higiene de los órganos genitales, que debe ser minuciosa, ya que los flujos y secreciones vaginales aumentan. Cuando la mujer se encuentra hacia la mitad del embarazo, debe cuidar sus pezones, ya que comienzan a segregar el calostro que puede producir irritaciones si no se lavan bien con agua tibia y jabón. También es precisa una higiene dental rigurosa después de cada comida, ya que en algunas mujeres embarazadas suelen aparecer algunas pequeñas hemorragias en las encías y caries dentales a causa de la gran necesidad de calcio que la futura madre tiene

en esta época, debido primordialmente a que comienzan a formarse los huesos del niño(a), el cual, como es natural obtiene de la madre el calcio que necesita. En algunos casos, también suele aparecer la caída del cabello, que parece mucho más frágil durante el embarazo, por lo que se debe lavar adecuadamente, evitando los tintes y los permanentes.

Mental: Se entiende por higiene mental de la mujer gestante la preparación psicológica positiva, esperanzada y optimista ante su embarazo, aceptando las limitaciones de su estado y colaborando concientemente en todos los aspectos del mismo hasta llegar al parto. Ciertamente, la embarazada sufre algunos trastornos propios de la gestación que constituyen inconvenientes muy superables, en especial con la ayuda del Doctor y su consejo. Algunas mujeres sufren problemas psicológicos derivados a su cambio físico o de la ansiedad ante el acontecimiento que se aproxima. Unos y otros deben desecharse racionalmente. Conviene, por lo tanto, rechazar durante el embarazo las situaciones conflictivas, los disgustos, depresiones de ánimo, exceso de trabajo, preocupaciones, etc., situaciones que, en algún caso, podrían llegar a provocar un aborto. El más positivo estímulo que puede recibir la embarazada es la comprensión, delicadeza y esperanza confiada de su pareja, familia u amigos del acontecimiento que se aproxima.

CONTROL PRENATAL:

Durante todo el embarazo así como en el parto, el médico realiza una serie de exámenes periódicos a la mujer embarazada, a fin de mantener un control estricto sobre la viabilidad del niño, las dificultades que éste pueda presentar al nacer, la salud de la madre, etc.

a) Vestido y calzado:

- Utilizar vestidos cómodos y holgados. El zapato debe ser confortable, evitando el tacón alto así como el excesivo plano. La faja puede atrofiar la musculatura abdominal, por lo que no es necesario su empleo, salvo en los casos en los que el médico lo aconseje. Las medias y calcetines que produzcan compresión local de la pierna pueden favorecer el desarrollo de várices, por lo que no son aconsejables.

b) Relaciones sexuales:

- Si el embarazo cursa con normalidad no es necesario modificar o interrumpir los hábitos sexuales, siempre y cuando no resulten molestos para la madre. Cuando el vientre comienza a crecer, el coito en la postura clásica puede resultarle molesto; si es así, puede adoptar posiciones que sean más cómodas. Deben evitarse las relaciones sexuales cuando existe hemorragia o pérdida de sangre por los genitales, amenaza de parto prematuro o rotura de la fuente. Se recomienda evitar las relaciones sexuales en las 2 o 3 últimas semanas del embarazo.

Acudir a consulta de emergencia:

Además de las consultas periódicas recomendadas se debe dar a conocer al médico cualquier anomalía, especialmente:

1. Signos y síntomas de alarma.
2. Vómitos intensos y persistentes, diarrea, dolor al orinar, dolor de cabeza no habitual, edema en zonas distintas a los pies y tobillos por la tarde, o en estos lugares si no desaparecen con el reposo nocturno.
3. Hemorragia por los genitales.
4. Pérdida de líquidos por los genitales.
5. Dolor abdominal intenso o contracciones uterinas dolorosas.
6. Fiebre elevada.

PARTO NORNAL:

En condiciones normales, cuando el embarazo va llegando a su término, la madre y el hijo entran en la fase de preparación para el trabajo de parto. El niño ha crecido y madurado lo suficiente para sobrevivir y adaptarse a la vida en el medio externo. El organismo de la madre, por su parte, ha experimentado numerosos cambios durante la gestación que la han preparado para el parto y la maternidad.

La labor del equipo de atención médica (médicos, enfermeras, obstétrica, etc.) comprende el control juicioso y prudente del curso del embarazo para detectar y dar solución a los factores denominados de alto riesgo que pueden poner en peligro la vida

de la madre o del feto durante la gestación, el parto o el posparto, la preparación física y emocional de la mujer durante el embarazo para que comprenda y enfrente con naturalidad y sin miedo los cambios implicados en el proceso del parto y la crianza, y la vigilancia estrecha del proceso del parto para estar atentos a la aparición de situaciones anormales que entorpezcan el curso normal y que obliguen a la intervención sobre alguno de los factores o la terminación anticipada del proceso mediante la cesárea.

El trabajo de parto se desencadena por múltiples factores, que intervienen en la aparición de las contracciones uterinas del trabajo de parto y pueden ser tanto de origen materno como fetal. Se habla de los efectos de la placenta, de la madre o del feto, y de factores mecánicos como el tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino. Al parecer, los efectos coordinados de todos estos factores son la causa de la aparición de las contracciones. De manera general se puede decir que el parto es el proceso mediante el cual el feto, la placenta y las membranas dejan el útero, cruzan por el canal del parto y salen al exterior. Hay varios mecanismos implicados en el proceso y éste se divide en varias etapas que se explican a continuación:

A) Preparto:

Es el período de cerca de dos semanas que antecede al parto. Durante él, la mujer experimenta varios cambios que pueden ser indicios de la proximidad. El primero de ellos es el descenso del útero en el abdomen, que parece estar causado por el encajamiento de la cabeza fetal en la pelvis materna, principalmente en las primerizas. Esto trae un alivio relativo de la respiración y la digestión, que estaban siendo dificultadas hasta cierto punto por la presión de útero sobre el diafragma y el estómago. No obstante, el mismo fenómeno tiene el efecto de hacer reaparecer la frecuencia urinaria (polaquiuria) a causa de la presión de la cabeza del niño sobre la vejiga de la madre. El segundo signo es el aumento de la frecuencia y la intensidad de las contracciones de preparación que normalmente hacen su aparición en el octavo mes.

Otro signo es el aumento de la descarga o flujo vaginal y la posible aparición de moco de color marrón o vino tinto (tapón mucoso) proveniente del cérvix. El cérvix sufre un proceso de maduración, por el cual su consistencia se hace más blanda y su posición cambia con relación al suelo pélvico. En las primíparas el cérvix primero se borra (adelgaza) y luego se dilata durante el trabajo de parto. En las múltiparas, en cambio, puede haber dilatación en este periodo de preparto, y el borramiento se produce más

adelante, cuando ya hay contracciones regulares y el bebé está descendiendo. Otro fenómeno corriente e interesante es un aumento momentáneo de energía que la madre usualmente aprovecha para arreglar la casa y dejar todo en orden.

B) Trabajo de parto verdadero:

Las contracciones tienen tres características: frecuencia, o sea el número de contracciones por unidad de tiempo; duración, el tiempo que toma una contracción individual de comienzo a fin; e intensidad, la fuerza de cada contracción, que en general es una medida subjetiva del endurecimiento de la pared uterina a la palpación. Se habla de trabajo de parto verdadero cuando la frecuencia es de tres contracciones en un período de diez minutos, la duración es de 45 segundos a un minuto y la intensidad es buena (la pared abdominal se palpa rígida). A partir de este momento comienza a contabilizarse el tiempo del parto.

El trabajo de parto en su totalidad puede tomar entre 8 y 12 horas en una primigesta, o entre 6 y 8 en una múltipara y puede dividirse en tres etapas: El primer periodo, que va desde el momento en que se regularizan las contracciones hasta cuando se completan la dilatación y el borramiento; este periodo puede dividirse a su vez en dos fases, una inicial o de latencia, que va desde la regularización de las contracciones hasta los 5 o 6 cm., de dilatación del cérvix, que es la más prolongada, principalmente en las primigestas, y otra final, denominada fase activa, que va desde los 6 hasta los 10 cm., de dilatación; su duración es más corta y se caracteriza por el encajamiento y el descenso progresivos del bebé en el canal del parto; el segundo periodo, o expulsivo, comienza cuando la dilatación y el borramiento están completos y termina con la salida del niño. Su duración es variable y depende de la actividad de las contracciones, de la reserva de energía de la madre, del tamaño del bebé y del uso de anestesia o analgesia obstétrica. Puede estar entre 45 minutos y dos horas.

El tercer período del parto se denomina alumbramiento y va desde la expulsión del feto hasta la salida completa de la placenta y las membranas

En condiciones normales tiene una duración de pocos minutos, hasta un máximo de 45 minutos. En la actualidad se habla de un cuarto periodo que sería el de recuperación inmediata, es decir las primeras 2 horas del nacimiento del RN, durante el cual debe haber una observación estrecha de la madre y el hijo.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PARTO:

Son varios los factores que intervienen en el trabajo de parto. Los cinco más importantes pueden resumirse como sigue: El pasajero (el feto, las membranas y la placenta), el canal del parto, las contracciones, la posición de la madre y su respuesta psicológica o emocional. Los primeros cuatro forman la base para la comprensión del trabajo de parto como un proceso, en tanto que el último, en el cual también intervienen factores culturales y educacionales, tiene enorme influencia sobre los otros cuatro y puede hacer que una misma experiencia sea percibida por una mujer y su familia como un acontecimiento natural de gran significado afectivo y poco o ningún sufrimiento físico o psicológico, o bien como un suceso negativo, doloroso, peligroso y atemorizante.

Cuando se habla del pasajero del trabajo de parto, se incluyen todas las estructuras que ocupan la cavidad uterina durante el embarazo. Es decir, feto, placenta, membranas y líquido amniótico. En general se ha contemplado al pasajero como un sujeto pasivo que tiene muy poca participación en la parte mecánica del trabajo de parto. Sin embargo, en condiciones normales las membranas y el líquido tienen una función importante ya que sirven como un amortiguador por delante de la cabeza del feto durante su descenso por el canal del parto.

La presión descendente ejercida sobre el feto por las contracciones uterinas se transmite a la porción de líquido y las membranas que están situadas por delante de la cabeza y tiene el efecto que se describirá más adelante sobre el cuello uterino. Las membranas pueden romperse espontáneamente antes de que comience el trabajo de parto (ruptura prematura) o durante el curso de éste (ruptura precoz). Siempre que ocurre la ruptura, el trabajo de parto se estimula y la protección contra la infección que proporciona la membrana desaparece. En muchas ocasiones el médico es quien rompe la membrana durante el trabajo de parto para estimular las contracciones y provocar el encajamiento de la cabeza del bebé (Amniotomía).

Puede decirse que hay dos factores del feto que influyen sobre el curso del parto: Su tamaño (especialmente el de la cabeza) y su posición:

Tamaño de la cabeza. Durante el embarazo y un tiempo después del parto los huesos de la cabeza del feto no están solidificados. Se unen entre sí mediante uniones

membranosas (llamadas suturas) y en los lugares donde los huesos se encuentran, quedan espacios también cubiertos por una membrana que se llaman fontanela. Conforme la cabeza se introduce y desciende por el canal del parto, las suturas y fontanelas permiten que haya cierta superposición de los huesos del cráneo, con lo que se logra la adaptación de la cabeza al canal. Este fenómeno se denomina moldeamiento, que puede ser bastante notorio. La forma de la cabeza de los recién nacidos se recupera en unos pocos días.

Una vez que la cabeza ha salido del canal del parto, el resto del cuerpo y la placenta salen con facilidad porque los diámetros que presentan en relación con el cuerpo de la madre son mucho menores que los de la cabeza. En ocasiones, sin embargo, sobre todo en fetos de gran tamaño, la salida de los hombros puede suponer un problema.

Posición del feto. En la gran mayoría de los partos en la especie humana (96%) el feto viene de cabeza (en la llamada presentación cefálica o de vértice). El feto adopta esta posición hacia el final del embarazo gracias al peso de su cabeza (la estructura más pesada de su organismo) y la forma de la pelvis materna. Por lo general, en las primíparas la cabeza del feto se encaja en la pelvis al cumplir el séptimo mes de embarazo. En las múltíparas este evento puede tener lugar un poco más tarde.

La denominada presentación de pelvis o podálica (es decir, aquella en la cual los pies o las nalgas del feto están encajados en la pelvis materna) es considerada en la actualidad por la mayoría de los médicos como de alto riesgo por el peligro que representa la retención de la cabeza en el último momento del parto. Por eso la presentación de pelvis y la llamada situación transversa, en la cual el feto viene atravesado, son indicaciones de cesárea.

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.

0. Introducción

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobre vivencia materno-infantil la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para afrontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitócina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, y el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina posparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica

urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia.

Como puede verse, es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno y prenatal que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la Norma Oficial Mexicana contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y prenatal, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

Objetivo

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

Campo de aplicación

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, puérperas y a los recién nacidos.

Especificaciones

Disposiciones generales

La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

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

La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- a) Elaboración de historia clínica.
- b) Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).
- c) Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración.
- d) Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración.
- e) Valoración del riesgo obstétrico.
- f) Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.
- g) Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo).
- h) Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_μ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos.
- i) Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.
- j) Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
- k) Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.
- l) Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica, se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo).
- m) Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a

las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.

- n) Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones económicas y sociales de la embarazada.
- o) Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada.
- p) Promoción de la lactancia materna exclusiva.
- q) Promoción y orientación sobre planificación familiar.
- r) Medidas de autocuidado de la salud.
- s) Establecimiento del diagnóstico integral.

Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer nivel.

La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: Identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contrarreferencia institucional.

Toda unidad médica del segundo nivel con atención obstétrica, debe integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal.

Los dictámenes del Comité y grupo de estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionan las muertes maternas y perinatales.

Atención del embarazo

Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preclampsia, infecciones cérvico vaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: En el transcurso de las primeras 12 semanas
2a. consulta: Entre la 22 - 24 semanas
3a. consulta: Entre la 27 - 29 semanas
4a. consulta: Entre la 33 - 35 semanas
5a. consulta: Entre la 38 - 40 semanas.

La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

La detección oportuna incluye dos etapas:

- a. Durante el embarazo y
- b. Al nacimiento

Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

El manejo de la prematuridad, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores activos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro).

Atención del parto

Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

Toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el parto.

Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica.

No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta.

Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores.

La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer.

El control del trabajo de parto normal debe incluir:

La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.

La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico.

El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica.

El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto.

Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- a. Tipo de parto.
- b. Fecha y hora del nacimiento.
- c. Condiciones del recién nacido al nacimiento: Sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas.
- d. Inicio de alimentación a seno materno.
- e. En su caso, método de planificación familiar posparto elegido.

Atención del puerperio

Puerperio Inmediato: (Primeras 24 horas posparto normal)

Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir:

En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas.

En las primeras 6 horas favorecer la deambulacion, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación.

Se recomienda aplicar a las madres Rho (D) negativas, con producto Rho positivo, la globulina inmune anti-Rho preferentemente dentro de las primeras 72 horas siguientes al parto, aborto, cesárea, amniocentesis o cualquier otro evento obstétrico invasivo capaz de ocasionar hemorragia fetomaterna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D" que estuviese en la superficie de los glóbulos rojos del producto.

Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

Puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día)

- a) Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.
- b) Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura.
- c) Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el posparto.

Atención del recién nacido

La atención del recién nacido vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control a los 7 días y a los 28 días.

Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de cuadros hemorrágicos con el empleo de vitamina K 1 mg., intramuscular y la prevención de la oftalmía purulenta, examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), tablas para la valoración de Apgar, así como para valorar la edad gestacional, madurez física y madurez neuromuscular. (A criterio de la institución, se podrá utilizar cualquiera de las dos opciones que se incluyen), vacunación BCG y antipoliomielítica, el alojamiento conjunto madre/hijo y la lactancia materna exclusiva.

Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.

Promoción de la salud materno-infantil

La promoción de la salud se debe llevar a cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores público y social y en su caso el privado (a nivel unidad). Las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud que comprenda los temas siguientes:

Orientación e información a la madre sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño.

Ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes.

Cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde acudir para la atención.

Importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas del niño.

Prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral.

Prevención de las infecciones agudas de vías respiratorias.

Esquema de vacunación.

Planificación familiar desde el control prenatal e información de los métodos posparto.

Apéndices normativos.

Altura del fondo uterino según edad gestacional

La altura del fondo uterino según la edad gestacional se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino.

De acuerdo con los hallazgos encontrados se clasifica de la siguiente manera:

Normal. Cuando esté entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal. Cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia materna, etc.) y la orientación nutricional correspondiente. Se deberá citar cada 15 días y consultar con especialista.

Valoración del recién nacido

Método de apgar: Se valorará al recién nacido de acuerdo con el método de Apgar al minuto y los cinco minutos.

La valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos se clasificará de la siguiente manera:

- a) Sin depresión: 7 a 10 puntos.
- b) Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- c) Depresión severa: 3 puntos o menos.

Al recién nacido con calificación de Apgar de 7 o más se considera normal.

El recién nacido con calificación de 6 o menos amerita la atención a nivel hospitalario.

Edad gestacional

Método de capurro para evaluar la edad gestacional

Se utilizan: Cinco datos somáticos: 1) Formación del pezón, 2) Textura de la piel, 3) Forma de la oreja, 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares, y Dos signos neurológicos: I) Signo "de la bufanda" y II) Signo "cabeza en gota". Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se deben utilizar sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B"). Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional. Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológica se utilizan los cinco datos somáticos (columna "A"), agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Prematuro o pretérmino: Todo recién nacido que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria y/o pasar a terapia intensiva, de acuerdo a su condición. - A término o maduro: Cuando el recién nacido sume de 261 a 295 días de gestación. Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva - Postérmino o posmaduro: Si el recién nacido tiene más de 295 días de gestación, debe de observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglucemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

Crecimiento y desarrollo intrauterinos peso al nacer en relación con la edad gestacional.

De conformidad con la institución se puede utilizar cualquiera de las dos opciones para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.

De acuerdo con el peso del recién nacido y a las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

ADOLESCENTE

Es la etapa del desarrollo humano que abarca la transición de la niñez y edad adulta la palabra se deriva del latín *adolescere* que significa crecer hacia la madurez implica un concepto mas amplio que el de la pubertad el cual se refiere a los cambios biológicos y a la maduración sexual propio de esta transición, por lo tanto la adolescencia comprende las dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales. Es vista como uno de los periodos más saludables de la vida, pero también uno de los más problemáticos. Dentro de la mortalidad hace sus apariciones algunas situaciones derivadas de comportamientos de riesgos como fracaso escolar, delincuencias, enfermedades de transmisión sexual, embarazo en adolescentes y otras condiciones ginecológicas derivadas de la maduración del sistema reproductivo.

La pubertad comienza entre los nueve y catorce años de edad cuando las hormonas hipotalámicas desencadenan la secreción de hormonas de la glándula hipófisis. Aunque las consecuencias de eventos es universal, el comienzo de la pubertad esta bajo la influencia de varios factores como el sexo, la herencia, el tipo corporal la nutrición y la salud. El primer signo de la pubertad es el crecimiento, un periodo de crecimiento acelerado que tiene lugar alrededor de 2 años, antes en las mujeres que en los hombres y se prolonga durante 3 años. Los cambios que se producen en la apariencia corporal pueden hacer que los adolescentes se sientan tímidos y raros.

El desarrollo de características sexuales secundarias como las mamas y el vello púbico tienen un efecto particular en la imagen corporal del adolescente, las características primarias incluyen la maduración de los ovarios para la reproducción.

La maduración de los ovarios esta marcada por la aparición de la menarca la cual se produce alrededor de los trece años después del crecimiento y sucede en casi la mitad de ellos cuando tienen 12 años y medio pero puede producirse desde los 10 a los 16 años. A medida que madura el cerebro el niño púber, se estimula el hipotálamo para que secrete hormonas liberadoras de gonadotropinas, esta estimula la hipófisis anterior para que liberen gonodotopinas que, a su vez estimulan a las gónadas para que maduren y liberen los óvulos.

Estos cambios fisiológicos hacen que el adolescente sea capaz de reproducirse, no obstante, los primeros ciclos menstruales por lo general no se presentan y la regulación de las ovulaciones pueden no producirse durante el primer año, el sistema reproductor femenino permite que la mujer produzca óvulos, tenga relaciones sexuales, proteja y nutra al ovulo fertilizado hasta que se desarrolle completamente.

La tarea principal del desarrollo en la adolescencia es la búsqueda de identidad como persona y como miembro de una comunidad mas amplia, la meta ultima es el logro de la identidad que se produce cuando los adolescentes desarrollan su propio sistema de creencias y objetivos profesionales, aunque luchan para mantener la individualidad, tienen dudas sobre si mismos y buscan la aceptación de sus iguales. Además de esta búsqueda de independencia, los jóvenes también dependen de sus padres para el apoyo financiero y emocional.

Algunos alcanzan la identidad de manera prematura, proceso que Ericsson llama Foreclosure (da por terminado una acción antes de su termino natural). Otros experimentan la difusión de la entidad y tienen poco compromiso con metas, valores o con la sociedad incapaces de encontrar papeles alternativos, algunos adolescentes se revelan, adoptan alguna identidad negativa y se convierten en lo opuesto de lo que se espera de ellos. Conforme avanza el informe del niño, sus relaciones familiares tienden a empeorarse por la anatomía de pensamiento y acción que hace que parezca más pertinente, pero cuando llega la adolescencia las fricciones con todos los miembros en especial con los padres, alcanza su máximo grado.

Ahora que ya han crecido físicamente también tienen nuevas habilidades intelectuales que les permiten comprender cosas mas compleja y abstractas, comienza el interés por personas del sexo opuesto, y el tipo de relaciones que llevan con ellos, los padres también sufren un cambio, sus nuevas capacidades les hacen ver y vivir su vida familiar de manea diferente, antes veían a sus padres como súper héroes, gustaban de imitarlos y ser como ellos cuando estos crecieran, y ahora esa concepción a cambia a algo diferente.

Todos estos cambios propios de la adolescencia hacen que los jóvenes sean más silenciosos y pocos dispuestos a cooperar con las tareas del hogar, sus padres comienzan a criticar y a castigar esa conducta y es cuando piensan que nadie los quiere y nadie los comprende. Ahora sienten la necesidad de separarse cada vez más del núcleo familiar y quieren sentirse ellos mismos, probar y experimentar de lo que son capaces, pasar más tiempo con los amigos e iniciar noviazgos. Todo esto que les pasa es parte del desarrollo normal del adolescente y de alguna manera lo viven todos.

La sexualidad es parte integral del ser humano desde que nace y a lo largo de toda la vida, en la adolescencia la sexualidad se manifiesta en gran medida a través de los cambios físicos del cuerpo, en los cambios de la manera de pensar y relacionarse con los demás. En esta etapa entran a escena muchas sensaciones que su cuerpo experimenta cuando es explorado ante la imagen, olor, cercanía y contacto de una persona que manifiesta atracción.

Estas sensaciones son potencialmente enriquecedoras, pero en la adolescencia son una fuente significativa de dudas y angustias por tanto desconocimiento y prejuicios que la sociedad tiene acerca de la sexualidad de los y las jóvenes.

La sexualidad, sus sensaciones y sus manifestaciones, en la adolescencia, como en cualquier etapa de la vida debe ser vista como algo natural, debiéndose hablar de ello con toda libertad para aclarar dudas al respecto y poder así informadamente tomar decisiones pensables sobre su comportamiento.

Actualmente padres, maestros abuelos y muchos adultos que en ocasiones están al cuidado de menores de edad, manifiestan una notoria inconformidad con el comportamiento de los niños y comentan " los niños ya no son como antes " la verdad es que el problema no son los niños sino la forma en como los padres educan.

La educación cambio por muchos factores, uno de ellos por que ya no hay presencia de los padres. Ambos trabajan y el cuidado de los hijos queda reducido solo a supervisión por parte de las personas, que lo único que hacen es entretener y no educar.

ADOLESCENTE EMBARAZADA

El embarazo en la adolescencia se define como “ aquel que ocurre durante los primeros años de vida reproductiva de la mujer ” (entre los límites de 10 a 19 años de edad señalados por la OMS).

El embarazo durante la adolescencia presenta normalmente una crisis para la niña que está en estado y para su familia. Las reacciones más comunes incluyen la ira, la culpabilidad y el negarse a admitir el problema. Si el padre es joven también y se involucra, es posible que las mismas reacciones ocurran en su familia.

Los bebés nacidos de adolescentes corren el riesgo de ser abandonados y abusados porque las madres jóvenes no saben cómo criarlos y están muy frustradas por las demandas constantes del cuidado de los pequeños. Los padres de adolescentes pueden prevenir los embarazos de sus hijas mediante una comunicación abierta y si les dan consejos acerca de la sexualidad, anticoncepción y de los riesgos y las responsabilidades que conllevan las relaciones sexuales y el embarazo. Algunas adolescentes dejar de ir a la escuela para tener al bebé. Así, la adolescente embarazada pierde la oportunidad de aprender las destrezas necesarias para obtener empleo y para sobrevivir en el mundo de los adultos. Las clases en la escuela acerca de la vida en familia y la educación sexual, así como las clínicas que ofrecen información a los jóvenes acerca de la reproducción y el control de la natalidad, pueden también ayudar a prevenir el embarazo no deseado.

Si la adolescente queda embarazada, es imperativo que tanto ella como su familia reciban consejería sincera y sensitiva acerca de las opciones disponibles, desde el aborto hasta dar en adopción al bebé.

El embarazo en la adolescente constituye un importante problema en salud pública, tanto en, México, Michoacán, Morelia y el resto del mundo. En México actualmente se registran aproximadamente 4500,000 embarazos en adolescentes, en Michoacán 7,007 embarazos, en Morelia 1,245 embarazos en adolescentes. Esto ha dado como resultado que los límites quinquenios el embarazo en la adolescencia haya aumentado significativamente y que muchos de estos embarazos, presenten problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno

familiar e inmadurez biopsicosocial. La conjunción de estos factores incidirá de manera adversa tanto en la salud materna, como en la relación madre-hijo y finalmente en el potencial logro de sus expectativas de realización humana. Factores genéticos, psicológicos y factores culturales como cambios en las costumbres de la población en general, en esto cabe la carencia de efecto, conflictos familiares, educativos como ignorancia de parte de los jóvenes acerca de la anatomía y fisiología de la reproducción, educación sexual, así también como el de los métodos anticonceptivos, una inadecuada educación lleva al desconocimiento y desinformación.

El embarazo no deseado se asocia con riesgo elevado de pobreza social y económica así como enfermedades tanto para la madre como para su hijo, y hay secuelas importantes de enfermedades transmitidas sexualmente como: Incremento de la susceptibilidad al virus del SIDA. Las principales causas de embarazo en las adolescentes son de gran carga emocional.

Si vemos las estadísticas estas nos muestran que el 18% de las adolescentes han experimentado el sexo antes de los 15 años. También encontramos que las adolescentes llegan a ser fértiles de 4 a 5 años antes de estar preparadas emocionalmente para la concepción. Los medios de comunicación como la televisión, cine, música y revistas le transmiten mensajes aprobando relaciones sexuales premaritales. Esto y otras causas han hecho que aumente la incidencia de adolescentes embarazadas.

Lamentablemente las soluciones para adolescentes embarazadas son básicamente cuatro abortar, tener al bebe, quedarse con el o darlo en adopción. Esta última se contempla pocas veces como posibilidad, sin embargo, podría ser una manera de aliviar los sentimientos de culpa que suelen venir con el paso del tiempo.

Es importante destacar que los estudios demográficos de la adolescencia, realizados en nuestra cultura, se suelen central en el intervalo que va desde los 12 a los 19 años de edad, lo que implica tener en cuenta el siguiente elementos a la hora de abordar el tema del embarazo juvenil: El conflicto psicosocial fundamental de la adolescencia es el de lograr la identidad.

Debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que la pelvis todavía está creciendo, asimismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los partos. Se observa que el riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna, siendo mayor si la edad de la mujer embarazada es menor de 15 años (en la adolescencia temprana). En las embarazadas menores de 15 años el embarazo es de alto riesgo obstétrico, aunado a un inadecuado control prenatal, y no directamente con la edad materna.

Los hijos de adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más. La principal causa de esto es la prematuridad, pero el retraso en el crecimiento intrauterino (crecimiento inadecuado del feto durante el embarazo) también juega su papel.

Las madres adolescentes tienen más probabilidad de mostrar comportamientos que no son saludables, los cuales dejan al bebé en mayor riesgo de presentar crecimiento inadecuado, infección o dependencia de sustancias químicas. Igualmente, cuanto más joven sea la madre por debajo de los 20 años, mayor será el riesgo para el bebé de morir durante el primer año de vida.

Por todo lo antes descrito creemos que las condiciones riesgosas asociadas a que pueden favorecer el embarazo en adolescente son por comunicación ineficaz de los padres, abandono de la escuela, menarquia precoz, baja autoestima, carencia de proyectos de vida, desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, familia disfuncional, madre o hermana con embarazo en adolescencia, padre ausente, toxicomanías, adicciones, nivel socioeconómico bajo, ingreso temprano al trabajo formal, amigos que han iniciado vida sexual precozmente.

Un programa de prevención es muy importante; por que en principio todo adolescente corre peligro de embarazar o embarazarse, normalmente no se tiene en cuenta el problema emocional y psicosocial que para un varón o mujer adolescente implica una primera paternidad o maternidad problematizada, pero sus repercusiones psicológicas y sociales son mucho mayor de lo que suelen verse: Dificultades en el desarrollo de la adolescencia, trastornos de conducta, dificultades sexuales y de establecimiento de futuro en la familia.

Alimentación y requerimientos de la adolescente embarazada

La alimentación cobra especial importancia durante el embarazo, pero más aún si éste se produce durante la adolescencia. Es un periodo en el que las demandas de energía y nutrientes son mayores que en otras etapas de la vida. La educación nutricional de la futura madre es siempre conveniente, pero imprescindible en una embarazada adolescente.

Para conseguir una correcta valoración y educación nutricional de la adolescente embarazada, se requiere asesoramiento continuo e individualizado. Así como un interrogatorio sobre los hábitos dietéticos. Es importante analizar los hábitos dietéticos antes del embarazo, los posibles trastornos dietéticos, número y horario de las comidas principales y suplementarias, tipos de comida y posible restricción calórica.

- Cambios fisiológicos que se presentan en el embarazo: Cambios en el volumen y composición de la sangre, cambios cardiovasculares y pulmonares, cambios gastrointestinales y cambios renales

Ganancia de peso estimado

- Peso adecuado previo a la gestación de 9 a 12 Kg.
- Bajo peso previo a gestación de 12 a 15 Kg.
- Sobrepeso previo a gestación de 7 a 9 Kg.

Mayores necesidades nutricionales

- 2400-2700 kcal.
- Aumentar de 400 a 500 kcal/día

Proteínas

Durante el embarazo las necesidades proteicas se encuentran aumentadas, ya que la mayor parte de las proteínas de la alimentación de la embarazada se invierten en la síntesis de nuevos tejidos de la madre y del feto.

- Plástica: Constituyente celular principal de músculos, sangre, piel, pelo, uñas, órganos.
- Control genético: Caracteres hereditarios.

- Función inmunitaria: Intervienen en la creación de anticuerpos (inmunoglobulinas)
- Biorreguladora: Necesarias para la formación de enzimas, hormonas.

Requerimientos:

- 15 años es de 1.7 gr./kg./día
- 15 a 18 años 1.5 gr./kg./día.

Carbohidratos

Son la mayor fuente de energía en la alimentación humana.

Los carbohidratos son compuestos que contienen carbono, hidrógeno y oxígeno en las proporciones 6:12:6. Durante el metabolismo se queman para producir energía, y liberan dióxido de carbono (CO₂) y agua (H₂O). Los carbohidratos en la dieta humana están sobre todo en forma de almidones y diversos azúcares. Los carbohidratos se pueden dividir en tres grupos:

- Monosacáridos, ejemplo, glucosa, fructosa, galactosa;
- Disacáridos, ejemplo, sacarosa (azúcar de mesa), lactosa, maltosa;
- Polisacáridos, ejemplo, almidón, glicógeno (almidón animal), celulosa.

Funciones:

- 1) Energética: 50-60 % de la energía total; se considera el "azúcar del músculo", Impide que las proteínas sean utilizadas como sustancias energéticas.
- 2) Plástica: Forma parte de nuestros propios tejidos (regenera).
- 3) Reserva: Glucógeno hepático y muscular

Lípidos

Los lípidos ingeridos en la dieta son fundamentalmente triglicéridos, fosfolípidos y esteroides. Estos lípidos tienen un papel estructural muy importante en el embarazo ya que intervienen en la formación del cerebro y del sistema nervioso central.

Los ácidos grasos esenciales, linoléico y alfa-linolénico, son constituyentes esenciales de la dieta humana porque los vertebrados no son capaces de sintetizar estos dos ácidos de 'novo' y ambos son utilizados en las estructuras celulares.

Es importante considerar el papel protector que desempeña la vitamina E, en los procesos de peroxidación que sufren estos ácidos grasos poliinsaturados. Son la principal fuente de energía para el feto. Son el vehículo para el aporte de las vitaminas liposolubles, componente estructural de las membranas celulares (multiplicación y diferenciación celular). Omega-3. La embarazada debe cuidar especialmente el tipo de grasa que consume, limitando el consumo de grasas saturadas. Es especialmente importante el aporte de ácidos grasos esenciales. En concreto, el ácido docosahexaenoico (DHA) es fundamental para la formación del sistema nervioso del feto, por lo que incluir pescado en la dieta de la mujer gestante puede ser una pauta sencilla para asegurar el aporte de estos ácidos grasos.

Vitamina A (Retinol)

Los niveles de vitamina A tienden a disminuir a principios del embarazo, elevándose después entre las 13 y 16 semanas, sobrepasando los niveles normales en la semana 21. Se recomiendan 6.000 UI., de actividad de vitamina A para adolescentes embarazadas. Durante el embarazo, la recomendación se eleva a 5.000 UI., por compensar el almacenamiento de la vitamina en el feto. Hay que tener en cuenta que grandes dosis de Vitamina-A preformada son tóxicas, y la hipervitaminosis puede darse cuando se administran preparaciones con elevada concentración de esta vitamina. Fuentes dietéticas: La provitamina A está ampliamente distribuida, y el retinol en la leche y derivados.

Vitamina C (Acido ascórbico)

70 mg.

Antioxidante

Crecimiento óseo

Tejido conjuntivo

Vitamina D (Calciferol)

La vitamina D regula el metabolismo del calcio y del fósforo. Promueve la absorción intestinal de ambos y es probable que influya directamente en la mineralización ósea. Las recomendaciones para la adolescente embarazada son de 600 UI., en la población de riesgo, como es la embarazada que no tiene suficiente exposición solar ni una alimentación equilibrada debe realizarse una suplementación durante el tercer trimestre de dosis fisiológicas comprendidas entre 10 y 15 mcg., por día. Fuentes dietéticas: Aceite de hígado de bacalao, huevos, productos lácteos y margarinas.

Vitamina B1 (Tiamina)

Coenzima en el metabolismo de carbohidratos. Retardo de crecimiento intrauterino. Se recomiendan 1.6 mgs., para la adolescente embarazada, cantidad que fácilmente suministra la dieta común. Fuentes dietéticas: Cerdo, carnes y menudillos, granos completos, legumbres.

Vitamina B2 (Riboflavina)

A medida que el embarazo evoluciona, la mujer tiende a excretar menos riboflavina y a necesitar más de esta vitamina que las mujeres no grávidas que siguen dietas similares. La recomendación es de 0,3 mg/día más de riboflavina como suplemento diario (1,3 mg., para mujeres de 15 a 50 años). Está ampliamente distribuida en los alimentos.

Vitamina B3 (Niacina)

Utilización de fuentes de energía, biosíntesis de ácidos grasos y esteroides. Durante el embarazo los requerimientos de niacina aumentan, siendo lo normal 25 mgs., en la adolescente embarazada las fuentes dietéticas son: Hígado, carnes magras, granos y legumbres.

Vitamina B6 (Piridoxina)

Algunos estudios clínicos sugieren la presencia de deficiencia de vitamina B6 durante el embarazo normal. Se han atribuido algunos casos de convulsiones en lactantes a la falta de piridoxina en las fórmulas alimenticias y se ha reconocido la existencia de una anemia sensible a la pindoxina. Fuentes dietéticas: Carnes, verduras, cereales integrales. 1.9 mg/día.

Vitamina B9 (Acido fólico)

La depleción del ácido fólico es la deficiencia más común durante el embarazo, y la anemia megaloblástica ocurre frecuentemente en este estado. El ácido fólico se encuentra en todas las células y sus requerimientos dependen de la velocidad metabólica y del recambio celular. En consecuencia, las necesidades aumentan durante el embarazo debido a las demandas de la eritropoyesis materna y al crecimiento fetal y placentario. La recomendación se fija en 400 mcg./día en el embarazo y unos 800 mcg./día durante la lactancia. Fuentes dietéticas: Legumbres.

Vitamina B12

6 mgs., en la adolescente embarazada. Esencial en la formación sanguínea normal y en la función neurológica.

Minerales

○ Calcio

Se considera que la ingesta diaria de una adolescente embarazada debe ser de 1.500 mg/día de calcio, lo que representa aproximadamente unos 400 mg., más de lo que se le asigna a una mujer adulta no embarazada. Las necesidades de calcio se acentúan en los últimos meses del embarazo, al comenzar la calcificación ósea fetal. Con el consumo de derivados lácteos y sobre todo de la leche se puede satisfacer fácilmente la necesidad de calcio.

○ Hierro

Durante el embarazo las necesidades de hierro están considerablemente aumentadas. En las adolescentes embarazadas de 30 mg + 60 mg debido al aumento de la eritropoyesis y al tejido fetal y placentario.

La anemia ferropénica se asocia a un riesgo de prematuridad y a un aumento de la morbilidad y mortalidad feto-materna. Las fuentes dietéticas de hierro son los huevos.

Macrominerales

Fósforo	1200 mg.
Magnesio	450 mg.
Sodio	3000 mgs.

Cloro	3500 mgs.
Potasio	5000 mgs.

Microminerales

Cinc	25 mg.
Yodo	175 mcg.
Selenio	65 mcg.

Patrón dietético

GRUPO	MINIMO	MAXIMO
Lácteos	3 rac.	4 rac.
Carnes	4 rac.	5 rac.
Cereales	8 rac.	15 rac.
Huevo	1 cda 3er día	1 diario
Leguminosas	1 cda 3er día	2 rac. Diarias
Verduras	100 gr. 4 rac.	6 rac.
Frutas	4 rac.	6 rac.
Grasas	3 rac.	8 rac.
Azúcares	1 rac.	1 rac.

Control de peso durante el embarazo

Peso del bebé	3,500 Kg.
Peso de la placenta	0,500 Kg.
Peso del líquido amniótico	1,000 Kg.
Peso de tejidos uterinos	1,000 Kg.
Peso de tejido mamario	1,000 Kg.
Peso de agua y grasa retenida	3,000 Kg.
TOTAL	10,000 Kg.

Enfermedades que pueden presentarse en la adolescente embarazada.

ANEMIA

Es una afección en la que hay un número de glóbulos rojos en la sangre por debajo de lo normal, usualmente medido por la reducción en la cantidad de hemoglobina, la parte de dichos glóbulos que transporta el oxígeno y que les da su color rojo.

La causa varía con el tipo de anemia. Las causas potenciales incluyen pérdida de sangre, dieta deficiente, muchas enfermedades, reacción a medicamentos y diversos problemas con la médula ósea donde se producen las células sanguíneas. La anemia ferropénica es la más común en las mujeres que tienen períodos menstruales con flujo abundante.

Los factores de riesgo incluyen períodos menstruales abundantes, embarazo en adolescentes, edad avanzada y enfermedades que causan anemia.

Los posibles síntomas abarcan:

Fatiga, dolor de pecho, dificultad para respirar

En el examen físico se busca la presencia de tez pálida y frecuencia cardíaca rápida.

La anemia se puede confirmar por medio de un conteo de glóbulos rojos o el nivel de hemoglobina. Otras pruebas dependen del tipo de anemia.

El tratamiento se debe orientar hacia la causa de la anemia. En algunos casos, las transfusiones de sangre y uso del medicamento eritropoyetina la corregirán.

El resultado depende de la causa.

La anemia severa puede causar niveles bajos de oxígeno en órganos vitales, como el corazón, y puede llevar a que se presente un ataque cardíaco.

HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Es la presencia de hipertensión arterial y proteína en la orina que se desarrolla después de la semana 20 del embarazo.

La preeclampsia se presenta en un pequeño porcentaje de embarazos y los factores de riesgo abarcan: Herencia, primer embarazo, embarazos múltiples, madres de más de 35 años, antecedentes de diabetes, hipertensión arterial o enfermedad renal.

Los síntomas de preeclampsia pueden abarcar: Dolores de cabeza, hinchazón de manos y cara (edema), aumento de peso, más de 1 kg (2 libras) por semana

Nota: Se considera normal que se presente algo de hinchazón en los pies y los tobillos durante el embarazo.

Otros adicionales que pueden ocurrir con la enfermedad son: Dolor abdominal, agitación, disminución del gasto urinario, náuseas, vómitos y cambios en la visión.

La única forma de curar la preeclampsia es dar a luz al bebé. Sin embargo, si ese parto pudiera ser muy precoz (prematuro), la enfermedad se puede manejar con reposo en cama, control exhaustivo y realizar el parto tan pronto como el bebé tenga buenas probabilidades de sobrevivir por fuera del útero.

Las pacientes generalmente se hospitalizan, pero a veces esto se puede manejar en el hogar con un cuidadoso control de la presión arterial, de la orina y del peso.

Lo ideal es que la afección se pueda manejar de manera tal que la madre pueda dar a luz después de la trigésima séptima semana del embarazo.

El parto se puede inducir si se presentan algunos de los siguientes factores: Dolor abdominal, perfil biofísico anormal (un examen para vigilar la salud del feto), pruebas de la función hepática anormales, presión arterial diastólica superior a 100 milímetros de mercurio de forma sistemática por un período de 24 horas o si hay una lectura confirmada de más de 110 mmHG, eclampsia, insuficiente crecimiento fetal que se descubre en una ecografía, líquido en los pulmones (edema pulmonar), dolor de cabeza persistente o fuerte.

Se ha demostrado que la prolongación de tales embarazos puede llevar a problemas en la madre en la mayoría de los casos y también se puede presentar la muerte del bebé. Los embarazos entre las semanas 24 y 34 de gestación son una "zona gris" y tanto el equipo médico como los padres pueden demorar el parto con el fin de permitir que el feto madure.

Durante este tiempo, se trata a la madre con inyecciones de esteroides que ayudan a acelerar la maduración de algunos órganos fetales, incluyendo los pulmones. Se ejerce un control permanente sobre la madre y el bebé para observar complicaciones.

Cuando se inducen las contracciones del parto y el parto propiamente dicho, la madre recibe medicamentos para prevenir convulsiones y mantener la presión arterial bajo control. La decisión de optar por parto vaginal o cesárea, se basa en la buena tolerancia que pueda tener el feto al trabajo de parto

La muerte de la madre causada por preeclampsia, las muertes fetales o perinatales es alta al comienzo del embarazo y generalmente disminuyen a medida que el feto madura. Existe un riesgo de padecer preeclampsia de nuevo en embarazos posteriores.

La preeclampsia puede progresar a eclampsia y se pueden presentar complicaciones si el bebé nace prematuro.

Es importante que todas las mujeres embarazadas comiencen el cuidado prenatal de manera temprana y lo continúen durante el embarazo. Esto le permite al médico detectar y tratar afecciones como la preeclampsia con prontitud.

PLACENTA PREVIA

Es una complicación del embarazo en la cual la placenta crece en la parte más baja del útero y cubre todo o parte del cuello uterino.

La placenta es el órgano que nutre al feto en desarrollo.

Durante el embarazo, la placenta se reposiciona a medida que el útero se estira y crece. A comienzos de embarazo, es común que se presente una placenta de implantación baja. Pero a medida que el embarazo progresa, el útero que va creciendo debe "jalar" la placenta hacia la parte superior. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, dejando la abertura del cuello uterino despejada para el parto.

Algunas veces, sin embargo, la placenta permanece en la parte inferior del útero, cubriendo parcial o completamente esta abertura. Hay tres tipos de placenta previa:

Marginal: La placenta se localiza cerca del borde del cuello uterino pero no lo bloquea

Parcial: La placenta cubre parte de la abertura cervical

Completa: La placenta cubre completamente la abertura cervical.

La placenta previa ocurre en 1 de cada 200 embarazos y es más común en mujeres que tienen: Útero anormalmente desarrollado, embarazo múltiple (gemelos, trillizos, etc.), cicatrización de la pared uterina causada por embarazos anteriores, cesáreas, cirugía uterina o abortos.

Las mujeres que fuman o tienen niños a una edad avanzada también pueden tener un mayor riesgo. Las posibles causas de placenta previa abarcan: Formación anómala de la placenta, útero anormal, placenta grande o cicatrización en el revestimiento del útero (endometrio).

El síntoma principal de la placenta previa es un sangrado vaginal súbito, indoloro y a menudo profuso que con frecuencia ocurre cerca del final del segundo trimestre o empezando el tercer trimestre. En algunos casos, se presenta sangrado o hemorragia severa. El sangrado puede detenerse por sí solo, pero puede empezar de nuevo días o semanas después.

Se pueden presentar calambres uterinos con el sangrado. El trabajo de parto algunas veces empieza al cabo de varios días después del sangrado profuso. Sin embargo, en algunos casos, el sangrado puede no ocurrir hasta después de que comience el trabajo de parto.

El médico puede diagnosticar la placenta previa con una ecografía.

El útero normalmente está suave y relajado (a menos que haya empezado el trabajo de parto). En un pequeño número de casos, el bebé está en una posición inusual.

El tratamiento depende de diversos factores: Qué tanto sangrado tuvo, si el feto está lo suficientemente desarrollado para sobrevivir por fuera del útero, qué tanta placenta está cubriendo el cuello uterino, la posición del feto, el número de partos previos o si está en trabajo de parto.

Si la placenta está cerca al cuello uterino o está cubriendo una parte de éste, se le puede solicitar a la persona reducir actividades y guardar reposo en cama. El médico ordenará descanso de la pelvis, lo cual significa no tener relaciones sexuales ni practicarse duchas. No se debe colocar nada en la vagina.

Sin embargo, si hay sangrado, la persona será hospitalizada para realizarle un control cuidadoso.

Si ha perdido mucha sangre, se pueden administrar transfusiones sanguíneas. Asimismo, se pueden suministrar medicamentos para prevenir el parto prematuro y ayudar a que el embarazo continúe por lo menos hasta las 36 semanas. Más allá de este tiempo, se tienen que sopesar los beneficios de la maduración del bebé contra la posibilidad de una hemorragia mayor.

Lo más probable es que las mujeres con placenta previa necesiten dar a luz a su bebé por cesárea, lo cual ayuda a reducir la mortalidad de madres y bebés. Se puede llevar a cabo una cesárea de emergencia si la placenta realmente cubre el cuello uterino y si el sangrado es profuso o potencialmente mortal.

La placenta previa se diagnostica con mayor frecuencia antes de que la madre o el feto estén en peligro.

El riesgo más grande es que el sangrado severo requerirá que el bebé nazca antes de término. Normalmente no se presenta sufrimiento fetal, a menos que haya un accidente del cordón, o que la pérdida de sangre vaginal haya sido tanta que provoque desprendimiento prematuro de placenta o shock en la madre.

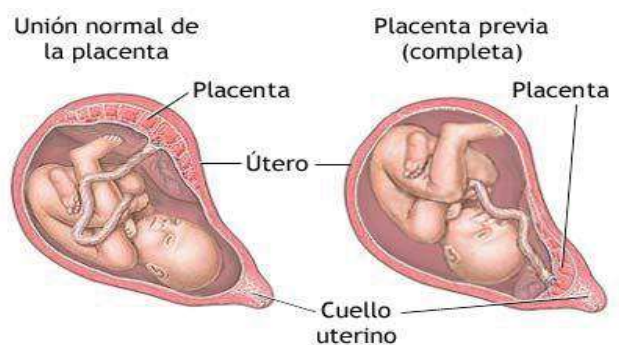
El pronóstico es excelente cuando la afección se maneja apropiadamente. Esto significa hospitalizar a la madre que esté presentando síntomas y practicarle un parto por cesárea.

Los riesgos para la madre abarcan: Muerte, sangrado profuso (hemorragia) o shock

Existe también un aumento del riesgo de infección, coágulos sanguíneos y transfusiones sanguíneas necesarias.

La prematuridad (bebé de menos de 36 semanas de gestación) causa la mayoría de las muertes de bebés en casos de placenta previa. La hemorragia o pérdida de sangre fetal puede ocurrir debido a que la placenta se separa de la pared uterina durante el trabajo de parto. El feto también puede perder sangre cuando se abre el útero durante un parto por cesárea.

La persona debe consultar con el médico si tiene sangrado vaginal en cualquier momento del embarazo. La placenta previa puede ser peligrosa tanto para la madre como para el bebé. Esta afección no se puede prevenir.



ADAM.

BAJO PESO AL NACER

Los bebés que nacen con peso bajo suelen tener serios problemas de salud durante sus primeros meses de vida y es mayor el riesgo de que sufran discapacidades con efectos de duración prolongada tales como retraso mental, parálisis cerebral y mal funcionamiento de los pulmones, la vista y el oído. Se dice que un bebé nace con bajo peso si al momento del parto pesa menos de 2,500 kg., si pesa menos de 1,5 kg se lo considera de muy bajo peso al nacer.

Hay dos categorías:

- Los bebés nacidos antes de término (también llamados prematuros), es decir aquellos que nacen antes de la semana 37 del embarazo. Más del 60 por ciento de los bebés nacidos con peso bajo son prematuros. Cuanto antes nace un bebé, menos pesa y mayor es el riesgo de que tenga problemas de salud.
- Los bebés pequeños para su edad (“pequeños para su edad de gestación” o con un “retraso en su crecimiento”) son los que han cumplido el plazo de gestación pero pesan menos de lo normal. Esta condición es el resultado, al menos en parte, de una desaceleración o interrupción temporal del crecimiento en el útero materno.

Algunos bebés son prematuros y tienen además un retraso en su crecimiento, por lo que corren el riesgo de experimentar muchos problemas vinculados con el bajo peso al nacer.

Se conocen algunas pero no todas las razones por las que los bebés son demasiados pequeños al nacer, o nacen prematuramente, o ambas cosas. Los defectos fetales resultantes de enfermedades hereditarias o de factores ambientales pueden limitar el desarrollo normal. Los bebés de un embarazo múltiple (mellizos, trillizos, etc.) suelen nacer con bajo peso, incluso si nacen en término. Si la placenta no es normal, es probable que el feto no crezca como debería.

Los problemas médicos de la madre influyen en el bajo peso de su bebé, especialmente si sufre de presión arterial alta, diabetes, infecciones o problemas de corazón, riñones o pulmones. Si el útero o cuello de la madre es anormal, es mayor el riesgo de bajo peso en el bebé. La conducta de la madre antes y durante el embarazo puede afectar el peso de su bebé.

Algunos factores socioeconómicos como los bajos ingresos y la falta de educación también están relacionados con un mayor riesgo de que el bebé nazca con bajo peso. Las mujeres de menos de 17 años o de más de 35, las mujeres solteras y las que han tenido un nacimiento prematuro con anterioridad corren un mayor riesgo de tener un bebé de bajo peso. Es probable que las adolescentes no tengan buenos hábitos con respecto a la salud. A su vez, las mujeres que sufren un excesivo nivel de estrés y las víctimas de violencia familiar u otras formas de abuso pueden correr mayores riesgos de tener un bebé de bajo peso.

Cuando una mujer recibe atención prenatal adecuada, es posible identificar los problemas en una etapa temprana y utilizar el tratamiento recomendado para reducir el riesgo del bajo peso del bebé al nacer.

En comparación con los bebés de peso normal, los recién nacidos de bajo peso son más proclives a los problemas médicos y las complicaciones del desarrollo. Un bebé prematuro y de bajo peso tiene más posibilidades de padecer problemas respiratorios. En su mayoría bebés nacidos antes de la semana 34 de gestación sufren el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), una de las principales causas de muerte y discapacidad entre los bebés prematuros. A estos bebés les falta un compuesto químico natural llamado surfactante que impide que se cierren los pequeños sacos de aire de los pulmones. La sangre no recibe suficiente oxígeno o no puede desprenderse de suficiente dióxido de carbono. A partir de la aplicación de un tratamiento con surfactante en 1990, las muertes por SDR se han reducido. Muchos de los bebés de muy bajo peso al nacer sufren hemorragias cerebrales que pueden causar daños serios o incluso la muerte.

Los recién nacidos que sobreviven suelen tener después problemas de aprendizaje o de conducta. Cuando todo indica que una mujer habrá de tener un parto prematuro, el tratamiento con drogas llamadas corticoesteroides ayuda a reducir la incidencia de las hemorragias cerebrales en un 70 por ciento y el SDR en un 50 por ciento.

Los bebés prematuros pueden tener problemas cardíacos graves. Antes del nacimiento, una arteria grande llamada ductus arteriosus permite que la sangre se desvíe y no pase por los pulmones del bebé, que aún no funcionan. En los bebés prematuros, la arteria puede no cerrarse debidamente después del parto y provocar insuficiencia cardíaca.

Algunos prematuros tienen enterocolitis necrotizante, una inflamación potencialmente mortal del intestino cuyas causas todavía no se conocen bien. A su vez, la retinopatía resultante de un parto prematuro, que es un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos de los ojos, puede provocar problemas de vista o incluso ceguera.

Algunos bebés de peso bajo padecen un desequilibrio en la cantidad de sales o de agua, o bajo contenido de azúcar en sangre (hipoglucemia), y estos trastornos pueden provocar daños cerebrales. Los bebés prematuros son más proclives a desarrollar ictericia porque el hígado todavía no está listo para funcionar debidamente. Y la ictericia severa puede provocar también daños cerebrales.

Un bebé prematuro puede ser anémico (no tener suficientes glóbulos rojos). Normalmente el feto almacena hierro durante los últimos meses de la gestación y lo utiliza después del nacimiento para producir glóbulos rojos. Es muy probable que los bebés prematuros no hayan tenido suficiente tiempo para acumular hierro.

También es posible que los bebés de bajo peso no tengan suficientes grasas para mantener una temperatura corporal normal, y la baja temperatura puede producir cambios químicos en la sangre y un crecimiento más lento.

La causa del BPN (Bajo Peso al Nacer) es multifactorial y se atribuye a factores maternos, fetales y ambientales. Dichos factores no son absolutos y varían de un lugar a otro, e influye de manera especial el nivel de desarrollo socioeconómico.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de Atención de Enfermería es el método de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por lo 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.

Es un proceso compuesto de distintas etapas ordenadas lógicamente que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente. Utilizando un método sistemático que permite recoger la información necesaria, manejarla, concretarla en intervenciones adecuadas y evaluar sus resultados aplicados al marco conceptual de Callista Roy, facilita de forma extraordinaria la identificación de las necesidades del cliente en el plano psico-social, cultural y espiritual y la búsqueda de las fuentes de dificultad que impiden su satisfacción. Igualmente permite poner en práctica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de dificultad y de satisfacer las necesidades del cliente.

El Proceso de Atención de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cubrir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente y si este estado cambia proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.

Propósito

Proporcionar un sistema dentro del cual puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. Además de identificar las necesidades de cuidados actuales o potenciales de un cliente, familia o comunidad para establecer planes y realizar acciones específicas que satisfagan esas necesidades.

Estructura

Esta organizado en cinco etapas que se convierten en los elementos concretos para operativizar el proceso en el hacer cotidiano del profesional de enfermería.

- **Valoración:** Es la primera fase del proceso de Atención de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- **Diagnóstico:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación:** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

Objetivo

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda individualizar 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.

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el Proceso de Atención de Enfermería 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.

Utilidad

Quedan evidencias ante las exigencias cada vez de mayor nivel de los avances de salud que demandan cuidados de calidad: Impide omisiones y repeticiones, favorece la individualización y permite una buena comunicación.

Características

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Por estar conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados. Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Humanista: Por considerar al hombre como un ser holístico que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
- Intencionado: Por que se centra en el logro de objetivos, permite guiar a las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valorar los recursos, el desempeño del usuario y de la propia enfermera.
- Es dinámico: Por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- Es 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.

VALORACIÓN

Es la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: Éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. Desde un punto de vista holístico, es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

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

- Convicciones del profesional.
- Conocimientos profesionales.
- Habilidades.
- Comunicación de forma eficaz.
- Observar sistemáticamente.

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

- Criterios de valoración siguiendo un orden de cabeza a pies.
- Criterios de valoración por Sistemas y Aparatos.
- Criterios de valoración por Patrones Funcionales de Salud

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar: Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente y factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, debemos tener en cuenta: Confirmar los problemas de salud que hemos detectado, análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente, determinación de la continuidad del plan de cuidados establecidos y obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

Métodos para obtener datos: Entrevista clínica.

Existen dos tipos de entrevista: Formal e informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. Informal es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

Cualidades que debe tener un entrevistador:

Empatía: Se entiende por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor.

Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador.

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

DIAGNÓSTICO:

Análisis y síntesis de los datos

Segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería que identifica las capacidades y los problemas de salud del paciente que pueden evitarse o resolverse mediante intervenciones propias de enfermería o colaborando con otros profesionales.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual.

Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

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

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

Los pasos de esta fase son:

Identificación de problemas y formulación de problemas.

Para poder investigar sobre los problemas de salud que los profesionales de enfermería están capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos.

Tipo de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establecerán que tipos de diagnósticos, son de cuatro tipos: Reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar y posibles.

- Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definatorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: Enunciado, definición de características y factores relacionados que deben ser descriptivos de (Gordon 1990). El término "real" forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, PES: Problema (P) + Etiología, factores causales o contribuyentes (E) + Signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- Alto Riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona que va precedido por el término "alto riesgo" que consta de dos componentes, PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: Son enunciados que describen un problema que se sospecha y para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, PE: Problema (P) + Etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: Deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos

Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indicar el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- No escribir un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautizar un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de Enfermería.

PLANEACIÓN:

Una vez concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos de enfermería, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamientos de enfermería. En esta fase se trata de

establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Determinación de prioridades:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera(o). En realidad las actividades que la enfermera desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, favorece la recuperación de la salud.

Planteamiento de los objetivos

Los objetivos nos permitirán:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos: Objetivos de enfermería o criterios de proceso y Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.

- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera(o). Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables y accesibles para lograrlos.
- Deben ser medibles, describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento.
- Deben ser específicos en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: El paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Documentación en el plan de cuidados de enfermería

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, ello se obtiene mediante una documentación.

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".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados
- La continuidad de los cuidados
- La comunicación, y
- La evaluación.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Tipos de planes de cuidados: Individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten 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: «Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto de una enfermedad»

- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten 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 informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

EJECUCIÓN:

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

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

La enfermera(o) tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

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

EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: La eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes

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

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa.
- Examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia clínica familiar

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios.

4.- Capacidad psicomotora habilidades y destrezas.

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados de enfermería, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear

correcciones en las áreas de estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

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

De forma resumida la evaluación se compone de: Medir los cambios del paciente/cliente, lograr los objetivos programados como resultado de la intervención enfermera con el fin de establecer correcciones.

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

CALLISTA ROY

El modelo de adaptación tuvo sus inicios en 1964, se fundamenta en dos teorías: La teoría de sistemas propuestas por Rapoport y Bertalanffy, que sirvió para considerar a la persona como un sistema adaptativo humano y en la teoría de adaptación de Nelson donde se origino el modelo y el cual se desprende que los seres humanos son seres adaptativos, con capacidad para adaptarse y crear cambios en el ambiente y cuyas respuestas están dadas en función de los estímulos entrantes y del nivel de adaptación de la persona, representando en las formas como los seres humanos enfrentan los procesos vitales.

Para Roy este modelo es una forma de articular un cuerpo de conocimientos científicos de enfermería, que pueden utilizarse para guiar la práctica de la profesión, dados a través de una perspectiva conceptual sobre fenómenos interrelacionados, los cuales ayudan a conocer y entender de un modo más amplio el cuidado

ELEMENTOS DEL PARADIGMA

PERSONA: Es un sistema adaptativo con procesos internos, que actúan para mantener la adaptación en sus cuatro modos (fisiológico, autoconcepto, rol e interdependencia).

SALUD: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; la salud se considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo.

ENTORNO: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afecta al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. En el Modelo, los factores del entorno que afectan a la persona reciben el nombre de estímulos, que se clasifican en focales, contextuales y residuales.

ENFERMERÍA: Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.

Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.

Para Roy el sistema adaptativo humano esta compuesto por:

ENTRADAS: Que corresponden a los estímulos internos y externos que afectan a las personas y son los estímulos, focales, contextuales, y residuales.

SALIDAS: Son las respuestas y comportamientos observables en el sistema a través de los modos de adaptación (fisiológico, autoconcepto interdependencia y función de rol), y toma la forma de respuestas adaptativas o inefectivas.

PROCESOS DE CONTROL: Conformado por subsistemas, procesadores internos; regulador y cognitivo, que corresponden a los mecanismos utilizados por el sistema para adaptarse o afrontar los estímulos.

RETROALIMENTACIÓN: Aquella respuesta dada por el sistema, puede constituirse, en un nuevo estímulo que da origen a una nueva respuesta.

Adaptación y nivel de adaptación: Roy define a la adaptación: Como el resultado de las respuestas a un estímulo que surge en relación con el nivel de adaptación. Los procesos de la vida de las personas corresponden a tres condiciones posibles:

1.- Nivel integrado: Describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que funcionan como un todo para satisfacer las necesidades humanas.

2.- Nivel compensatorio: Se presenta cuando los mecanismos regulador y cognitivo se activan por un estímulo y se produce alteración de los procesos integrados.

3.- Nivel comprometido: Aparece cuando los procesos integrados y compensatorios son inadecuados y se presenta un problema de adaptación.

Estímulos, es todo aquello que provoca una respuesta y Roy los identifica así:

FOCALES: Son aquellos que afectan en forma inmediata y directa a las personas, provocando una respuesta o comportamiento y que puede ser adaptativa o inefectiva.

CONTEXTUALES: Son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.

RESIDUALES: Corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencia en la situación presente.

Mecanismo de afrontamiento o procesos de control: Se dicen que son mecanismos innatos y adquiridos de origen biológico, psicológico y sociológico que ocurren en la persona para enfrentar y responder a los estímulos de manera efectiva en el proceso salud-enfermedad para Roy estos dos mecanismos son el regulador y cognitivo. El regulador actúa por medio de modos adaptativos fisiológicos en tanto que el cognator se apoya en el autoconcepto, la interdependencia, el desempeño de rol.

Los modos adaptativos (fisiológico, autoconcepto, interdependencia, función de rol), pueden servir para identificar los niveles de adaptación del paciente reflejando su uso y mecanismos de afrontamiento.

MODO FISIOLÓGICO: Implica las necesidades básicas del organismo y de las formas de adaptación. Incluyen los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad, descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos, electrolitos función neurología y endocrina.

MODO DE AUTOCENCEPTO: Se refiere a las creencias y los sentimientos a uno mismo. Los componentes del modo de autoconcepto son el yo físico que incluye las sensaciones corporales, y la imagen corporal; el yo personal (como me siento conmigo mismo), el yo moral, ético y espiritual (creencias, valores principios y religiosidad es el evaluador del comportamiento) y el yo ideal (como quisiera ser, expectativas y metas de las personas).

MODO DE ROL: Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otra en una situación concreta. Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular).

MODO DE INTERDEPENDENCIA: Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto.

CASO CLINICO

F. C. C. tiene 15 años de edad, es originaria de Rancho Seco municipio de Taretan Mich. Vive en unión libre, Es la segunda de 4 hijos, secundaria terminada. Actualmente vive en el rancho con su pareja de 15 años de edad, es de religión católica, es ama de casa, su pareja es jornalero y son de bajos recursos económicos.

Habita casa tipo rural, de madera, piso de cemento, cuenta con los servicios intradomiciliarios, consumo de agua purificada, su alimentación es regular, ya que no lleva una dieta de acuerdo a su embarazo, consume alimentos bajos en grasa, frutas, verduras y lácteos los cuales por el embarazo los ha disminuido.

La usuaria acude al centro de salud de Rancho Seco a su cita de control prenatal. Cuenta con 33 semanas de gestación, su presión arterial es de (100/60), cansancio, mareos, estreñimiento, sin edema en miembros inferiores; Es valorada por el médico y enfermera pasante del servicio social.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

La Madre sufre de las siguientes enfermedades: Depresión, asma, reflujo, presión arterial baja 90/60, hipocondríaca. Por parte de su padre ninguna. Abuelos paternos los desconoce y abuela materna HTA 160/110 y DM tipo II, abuelo materno artritis reumatoide desde hace 10 años.

ANTECEDENTES PERSONALES

La usuaria dice haber padecido las enfermedades propias de infancia como varicela, a su corta edad se consideraba una fumadora y bebedora social desde los 13 años de edad.

El peso ideal se puede calcular con la siguiente formula:

Formula para el Peso Ideal: Talla en cm. Menos de 20 hombres, menos de 25 mujeres

PI: 53 kg.

Peso antes del embarazo: 51 Kg.

Peso actual: 59.200 kg.

Talla: 1.56 cm.

I. M. C. antes del embarazo: 21.25

I. M. C. Actual: 24.6

Punto de corte normal de 20.0 a 24.9

F. U. R. 30 de agosto del 2007

F. U. 30 cm

T/A 100/60

F/C 70 latidos x min.

F/R 18 respiraciones x min.

Temperatura: 36.5 °C

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Paciente femenina de 15 años de edad, vive en casa propia, con su novio de la misma edad, viven solos.

Refiere la paciente arrepentirse de haberse embarazado a su corta edad, pues esto no era lo que quería para ella, aun y con todo desea con ansiedad la llegada de su primogénito. Tiene miedo de que se presenten problemas en su embarazo y no llegar a término por no tener información de lo que es un embarazo. Menciona ser una persona con muy poca comunicación con los demás vecinos del rancho, ya que dice son personas muy conflictivas y problemáticas (chismosas). Su vida ha dado un giro total ya que antes de embarazarse e irse de su casa era una joven feliz, muy guapa y asediada por los chicos, era divertida, amigable y amable, le gustaba ir todas las tardes a jugar básquet a la cancha del pueblo acompañada de sus amigas y novio.

Pero desde que se embarazo todo cambio su padre y hermanos no la visitan, la única que a veces lo hace a escondidas de su padre es su madre aunque le reprocha su embarazo y le molesta cada vez que lo hace. Se fue a vivir con su pareja, el cual vive solo con su padre, el los apoya y les dejo la casa para que vivieran a gusto. La paciente dice pasar parte del día sola porque su pareja tiene que trabajar en el campo y llega por la noche.

Ella solo sale a la tienda, la mayor parte del día esta sola, se la pasa cansada, fatigada, sin ánimos de hacer nada ni en el hogar ni mucho menos en su persona, dice haber perdido el interés de arreglarse, pues ya no le importa como se ve. Se preocupa mucho y le incomoda el estreñimiento que en el embarazo a presentado de igual manera le

preocupa no ser una buena madre por su corta edad y no tener información sobre los cuidados a su bebé.

⇒ MODO FISIOLÓGICO (NEUROLOGIA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS)

* Conciente, orientada en tiempo lugar y persona, con fácil desconcentración, sus sentidos de la visión y audición funcionan perfectamente, ojeras, el gusto por los alimentos a disminuido un poco, cocina cosas sencillas para no cansarse, pues también no le gusta comer sola.

* Oxigenación y circulación:

Frecuencia respiratoria 20 respiraciones x minutos

Frecuencia cardíaca 72 latidos x minutos

Presión arterial 100/60

Cansancio, intolerancia a la actividad dice sentir que al hacer actividad se siente muy fatigada sin energía, desaliño en casa y persona.

* Nutrición: Ha disminuido su apetito un poco, tiene todas sus piezas dentales pero siente debilidad en la dentadura, se lava los dientes una o dos veces cada tres días, no lleva una dieta, consume lo que le apetece mientras no le de náusea el alimento elegido, come cualquier cosa por que le fatiga cocinar y no le gusta comer sola.

* Eliminación de líquidos y electrolitos: Refiere estreñimiento, sin dolor al evacuar, su piel es reseca, sin lesión ni ulcera, toma de 1 vaso de agua o a veces ninguno.

* Actividad y descanso: Cansancio a la actividad, menciona dormir toda la noche y parte del día ya que siempre anda cansada, cuando se fatiga le falta la respiración y le da sueño, desde su embarazo sus actividades las ha disminuido y su sueño se ha prolongado.

* Protección: Piel reseca sin lesiones ni úlceras, tiene esquema completo de vacunación de acuerdo a su edad y a su embarazo.

* Endocrina y reproductiva: Evita lo más posible tener relaciones sexuales, pues le da miedo que la lastime su pareja, lastimarse o lastimar a su bebé, ha escuchado muchos mitos sobre relaciones sexuales en el embarazo y hasta que obtenga información de que si debe o puede evitar tener intimidad. A su corta edad no se ha hecho exámenes de CACU y de mama.

⇒ MODO DE AUTOCONCEPTO

Siente haberse fallado así misma por completo, se siente triste, cree que ya no podrá hacer lo que ella tenía planeado en su futuro, dejó de interesarse en su aspecto físico, le da flojera arreglarse y no ve la necesidad de hacerlo, ya no le interesa la religión, ni ir a misa pues siente que todos le reprochan estar embarazada tan joven. Dice que su mamá le inculco los valores del matrimonio y ya con lo que paso no podrá casarse de blanco como lo había soñado.

⇒ MODO DE FUNCIÓN DE ROL

Femenina de 15 años de edad embarazada, vive en unión libre secundaria terminada, por el momento no hace nada mas que cuidar su embarazo, trata de no salir mucho a la calle pues cree que para la gente que la rodea es una pecadora y prefiere estar en su casa sola además se fatiga y siente que le falta la respiración cuando camina mucho.

⇒ MODO DE INTERDEPENDENCIA

La relación con su familia se ha perdido al igual que su apoyo, su padre y sus hermanos no le dirigen la palabra, la única que en ocasiones la visita a escondidas de su esposo es su madre, menciona sentirse triste pues quisiera disfrutar su embarazo con su familia.

Su pareja aunque es muy joven la apoya pero trabaja en el día por lo que se ausenta pero cuando esta con el, ella es feliz.

PLANES DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES SUGERIDAS	FUNDAMENTACIÓN
Intolerancia a la actividad relacionado con dificultad respiratoria manifestado por fatiga y cansancio.	La usuaria mostrará una frecuencia respiratoria eficaz y experimentará una mejora en el intercambio de gases en los pulmones.	<p>0180 Manejo de la energía (NIC 2005 p. 537) - Distraer a la usuaria para que deje de pensar en el estado de ansiedad, haciendo que mantenga contacto visual con la enfermera.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Practicar deporte que no suponga demasiado esfuerzo que favorezca la circulación periférica. - Salir a realizar actividad física en un tiempo considerable para la usuaria (como caminar o jugar.) - Permanecer junto a la usuaria, al realizar actividades y enseñarle a realizar respiraciones lentas y eficaces. 	La finalidad de los ejercicios respiratorios y actividad física es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial. Para ello es indispensable la actividad física ya que el corazón bombea con más rapidez para aumentar el suministro de oxígeno que a su vez favorece la relajación disminuye el estrés y la fatiga.

EVALUACIÓN: Se logra el objetivo planteado ya que la usuaria confía en las medidas de seguridad para establecer su frecuencia respiratoria, realizó actividad física y recreativa como: caminata 20 minutos diarios y juegos de básquet-bol dos días por semana (por lo menos tirar a la canasta), lo cual le permitió percibir una sensación agradable y no sentirse fatigada durante el día.

PLANES DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES SUGERIDAS	FUNDAMENTACIÓN
Alteración de la nutrición relacionado con embarazo manifestado por disminución del apetito mareos y nausea	Lograr que la usuaria consuma una dieta balanceada que contenga los nutrientes necesarios para su etapa de embarazo. Kcal,, Hc, Lip, Prot, Vit, Liposolubles, Microminerales y Agua (2400 a 2700 Kcal./día).	<p>120832 disminución del apetito (NIC 2000 p. 438)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar la importancia de una nutrición adecuada, tanto para ella como para su bebe - Negociar con la usuaria los objetivos de ingesta en cada comida y aperitivo. - Enseñar a utilizar los condimentos para mejorar el sabor y aroma de los alimentos. - Pedirle a algún familiar o amiga de la usuaria a acompañarla a comer en alguna ocasión. - Organizar las comidas de forma que se sirvan los alimentos más ricos en proteínas y calorías en el momento en que guste mas comerlos. 	La nutrición es fundamental ya que un individuo bien nutrido vive en estado de equilibrio, su gasto energético es repuesto con regularidad y en cantidad suficiente para que le permitan seguir cumpliendo sus funciones eficientemente. En el niño, el organismo se mantiene en balance positivo debido a su crecimiento.

EVALUACIÓN: De acuerdo con el objetivo planteado se logra que la usuaria tenga conocimientos acerca de los alimentos ricos en proteínas, vitaminas, minerales etc. Y así mismo consuma una dieta balanceada y nutritiva por lo que mantendrá un óptimo estado de salud.

PLANES DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES SUGERIDAS	FUNDAMENTACIÓN
Estreñimiento relacionado con insuficiente ingesta de líquidos manifestado por presentar solo una evacuación diaria o cada tercer día provocando dolor al evacuar.	Lograr que la usuaria evacue diariamente de forma normal, evitar dolor, incrementar su actividad física diaria e ingesta de líquidos.	<p>020402 Estreñimiento (NIC 2000 p. pendte).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una pauta para la toma de un mínimo de 2 litros de agua al día sino existen contraindicaciones. - Recomendar un vaso de agua tibia 30 minutos antes del desayuno. - Revisar que la dieta sea abundante en fibra, frutas y verduras, por que junto a su riqueza en vitaminas favorecen la digestión y regulan el tránsito intestinal que ayuda a evitar el estreñimiento. - Establecer un plan de ejercicio diario moderado y regular. 	<p>El agua interviene en múltiples procesos como son la ingestión, digestión, absorción y eliminación en el intestino, se realiza una importante absorción de agua, sirve como medio de transporte en la sangre de los productos de desecho que deber ser eliminados por la orina.</p> <p>El agua tibia interviene en múltiples procesos, favoreciendo la evacuación intestinal al mantener heces hidratadas. Así mismo la fibra vegetal ejerce una acción intestinal y modifica algunos aspectos, funciones tanto como por su presencia como por su capacidad de retener agua, la fibra aumenta el volumen de contenido o residuo intestinal, esta propiedad la hace útil contra el estreñimiento ya que al aumentar el</p>

			volumen del contenido calórico provoca un aumento en el peristaltismo, facilitando la función evacuatoria. Se hace énfasis en la actividad ya que es importante que influye en la eliminación intestinal mejora el tono muscular, estimula el apetito y el peristaltismo.
--	--	--	--

EVACUACIÓN: Se logró el objetivo planteado ya que la usuaria defeca sin molestias de una a dos veces al día, la consistencia de las heces fecales es blanda, incrementó la ingesta de líquidos de 4 a 6 vasos de agua diario y agregó a su dieta alimentos ricos en fibra, de igual manera se logró que la usuaria realizara actividad física diario, se siente tranquila, relajada y sin presencia de estreñimiento.

PLANES DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES SUGERIDAS	FUNDAMENTACIÓN
Déficit de autocuidado baño/higiene relacionado con baja auto estima y falta de motivación manifestado por no bañarse ni cepillarse los dientes	Lograr concientizar a la usuaria de la importancia del baño diario y cepillar sus piezas dentales tres veces al día para poder expresar una sensación de comodidad y satisfacción con la limpieza corporal y lograr que se acostumbre al cepillado dental.	<p>1801 Ayuda con el autocuidado baño/higiene (NIC 2000 p. pendte).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover en la usuaria el autocuidado personal - Motivar a la usuaria elevando la autoestima invitándola a que realice su aseo personal mencionando los beneficios que obtendrá con ello. - Promover la salud bucal, mencionar las enfermedades que trae una mala higiene bucal, enseñar la técnica de cepillado correctamente. 	<p>La importancia del baño diario ayuda a conservar un buen estado de salud y un óptimo bienestar a la usuaria. Lo que le permitirá motivarse y sentirse cómoda, percibir una sensación agradable, y así transmitirlo a la gente que la rodea.</p> <p>Una limpieza adecuada de las piezas dentales disminuye el riesgo de caries, gingivitis y halitosis. El no cepillarse los dientes daña el esmalte de los dientes ocasionando que sea más sensible la placa bacteriana.</p>

EVALUACIÓN: La usuaria ha comprendido que una limpieza exterior es sumamente importante para sentirse bien con ella misma y con la gente que la rodea, aprendió y mejoro su técnica de cepillado. Dice sentirse agradable y relajada.

PLANES DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES SUGERIDAS	FUNDAMENTACIÓN
Temor relacionado con el miedo de perder a su primer hijo manifestado por nerviosismo y preocupación	Otorgar toda la información necesaria a la usuaria, respecto a sus temores y preocupaciones para que se sienta tranquila y así disminuir su nerviosismo.	<p>181027 Descripción de la importancia de la educación prenatal. (NIC 2000 p. 232).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar a la usuaria embarazada respecto a los riesgos que presenta su embarazo por su edad y tomar medidas para que su embarazo llegue a su término satisfactoriamente. - Relacionarse en forma oportuna con su familia. - Al realizar el proceso se debe hablar claro, preciso y tranquilamente respecto al estado de salud que guarda en relación con su embarazo - Procurar estabilidad de las personas para favorecer la comodidad y familiaridad. 	<p>Los sentimientos de seguridad aumentan cuando una persona se identifica con otra que ha enfrentado con éxito una sensación de temor semejante.</p> <p>Las personas de apoyo y los mecanismos de afrontamiento son semejantes para disminuir la ansiedad.</p> <p>El diálogo franco y sincero puede ayudar a iniciar una solución constructiva de los problemas y puede infundir esperanza.</p>

EVALUACIÓN: La usuaria se siente satisfecha con la información que se le brindó ya que es de suma importancia para ella, por lo que se siente tranquila y en confianza para salir bien de su evento.

PLANES DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES SUGERIDAS	FUNDAMENTACIÓN
Aislamiento social relacionado con personas significativas manifestado por soledad y tristeza	La usuaria deberá de enfrentar a la familia con honestidad sobre sus sentimientos para lograr el perdón y apoyo de su familia.	<p>260309 implica a los miembros de la familia en la resolución de problemas. (NIC 2000 p. pendt).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a la usuaria a identificar los factores emocionales que contribuyeron al sentimiento de aislamiento social. - Planificar el aumento progresivo de los contactos familiares ayudando a la persona a identificar soluciones alternativas (escribir o telefonar). - Intentar reanudar las relaciones familiares con todos los integrantes de su familia por medio de visitas. 	El proporcionar un ambiente familiar adecuado y tranquilo favorece el ánimo de la usuaria, el saber que es aceptada y querida nuevamente por su familia disminuye el concepto de aislamiento social y mejora su nivel de autoestima.

EVALUACIÓN: La usuaria se siente aceptada por su familia y dice ya no sentirse sola ni triste.

VI. CONCLUSIONES

El hacer uso de los planes de cuidados basados en modelos que permitan llevar a cabo una práctica profesional de enfermería con un sustento metodológico, garantizando con esta, la atención de calidad de las usuarias, el modelo de Roy permite identificar el nivel de adaptación de la usuaria y su familia, haciendo de esta manera que el profesional de enfermería actué con intervenciones oportunas y adecuadas.

Es inevitable brindar una atención de calidad sin un sustento metodológico, ya que la Enfermera tiene una responsabilidad de brindar cuidados de calidad y con esto garantiza la atención integral al paciente. Se requiere mayor información y orientación en el tema del embarazo y el proceso de reproducción, pese a que la adolescente es capaz de concebir, pero el cuerpo de esta no es apto para un embarazo, no planeado y/o deseado.

Al aplicar el proceso de atención de enfermería en una usuaria permite enseñar que la práctica es la herramienta de la enfermera logrando cosas importantes para la profesión y el profesionista en este caso fue de esta manera.

El trabajar específicamente con una adolescente embarazada se comprueba la existencia de información, la cual no es accesible a la población rural dispersa, lo importante en este caso es cumplir con las necesidades de la usuaria logrando disfrutara de la pronta llegada de su primogénito y gozara de un embarazo saludable dentro de las necesidades requeridas en este momento.

El embarazo se llevó satisfactoriamente sin complicaciones, la futura madre se encuentra en un proceso de aprendizaje que le ayudará a ella y a su futuro bebé.

VII. SUGERENCIAS

Las sugerencias van encaminadas a la investigación y creación del profesional de enfermería, es importante fomentar y promover novedades que sirvan a áreas comunitarias y a instituciones de salud, aplicando y orientando a todo aquel usuario que lo requiera con el objetivo de brindar información precisa y de utilidad.

Organizar sociodramas con grupos y redes de apoyo en donde se representen problemas del embarazo en adolescentes, capacitar al personal de salud para hablar y fomentar temas nuevos como el parto psicoprofiláctico y otros temas de importancia, se requerirá de capacitaciones dentro del programa escolar y las instituciones, para la preparación de los profesionales de salud.

En los talleres de capacitación e información se sugiere se exponga la experiencia de un caso real en donde la embarazada adolescente, refiera como aprender a cuidar su salud durante la gestación y no solo sobre embarazo, sino de cómo prevenir enfermedades de transmisión sexual y la forma de utilizar métodos de planificación familiar.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- A. Borroughs, G. Leiter y Mc Graw, Hill. (2002). Enfermería materno infantil, 8 ED. Pp. 51-73.
- Ann Mariner Tomey, Martha y Alligood Mosby, Raile. Cord. (2005). Modelos y teorías de enfermería. (5 Ed)., Pp. 189-201.
- B. Stright y Mc Graw, Hill. cord. (1999). Enfermería Materno Neonatal, Interamericana, Pp. 55-65.
- Botero, V. J. et al. (2004). Obstetricia y ginecología, (7 Ed)., Colombia: Corporación para la Investigación biológica, Pp. 373
- Carreon Vásquez, J., Et al. (2004, Sep.-Dic). Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes, Archivo de Medicina Familiar, Vol. 6 Núm. 3.
- Catherine, P. A. y Thibodeau, G. A. Anatomía y fisiología, (10 Ed.) México: Interamericana Pp. 92.
- Cueva, Arana. Et al, Características Sociales y familiares de los adolescentes embarazadas, México.
- Guillermo P. A, (2005). Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes, (revisión medica en el hospital general de México), Pp. 13-19
- Hernández, A. J. (2003). Comprendo a los adolescentes, México: Ediciones Michoacanas, P. 17- 80.
- Julian M, (2002). Para adolescentes y padres, España: Se feliz, Pp145-146.
- Low Dermilk, P. B. (1998). Enfermería. (6 ed), España: Océano, Pp.952-53.
- M, Julián. (2002). Para adolescentes y padres, España, Pp. 145-166.
- Silverman Schult, Dicka Son y Harcourt, Brace. (1998). Enfermería materno infantil, tomo 1, pp. 151-152.
- Sistema Nacional de Salud Dirección General de Epidemiología 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. Pp. 77- 94
- Valerio L., José L. R. et al., (2004). Funcionalidad familiar en la adolescencia, UNAM, vol. 47 num. 1, enero-febrero.

PAGINAS VISITADAS EN EL INTERNET

<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> VALORACIONES (Rev. 17 febrero del 2008).

<http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo>. (Rev. 15 julio 2008)

<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (Rev. 16 mayo 2008)

<http://dgenesyp.inegi.gob.mx/bibliografia/BsitDemhtml.programanacionaldepoblación2001-06M,DFconsejoNacionaldepoblación2001pp61-63>. (Rev.20 de Julio del 2008)

<http://www.telemedik.com/articulos.php?id=47> influencia de los padres. (Rev. 08 de enero del 2007)

<http://www.untp.org/updo/2006/sttistics.sp.htm.estdisticasdeadolescentes>, (Rev. 17-julio-2006)

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/español/rutinas/ept.95p?t=mpob3yc=3180estadisticadeadolescentes>. (Rev. 17-julio-2006)

<http://www.gire.org.mx/.embarazoenadolescentes.publicaciones2003>. (Rev. 16 julio 2006).

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/teenegeprenanay.html>. Lo que los poderes deben saber y hacer para ayudar a prevenir el embarazo en los adolescentes. (Rev. 12 de Julio del 2006).

<http://www.adolescente.org.mx/español/consultas/fam.htm>.Familia (Rev. 06-julio-2006)

IX. GLOSARIO

Amniotomía: Incisión de las membranas fetales en la inducción del parto o para acelerarlo.

Blastocito: Célula embrionaria indiferenciada previa a la formación de la capa germinal.

Calostro: Secreción acuosa de la mama durante los primeros días de la lactancia con menos caseína y más albúmina que la leche conteniendo numerosos leucocitos cargados de grasa (corpúsculos del calostro).

Cérvix: Cuello del útero.

Ciclo Menstrual: Ciclo- prefijo que denota círculo o ciclo, también se usa para referirse al cuerpo ciliar. (De menstruar, derivado a su vez del Lat., mensual). Fenómeno fisiológico de la vida sexual femenina, por la cual se elimina periódicamente parte de la mucosa uterina con flujo sanguíneo y moco.

Cigoto: (Del gr. Cigotos, uncidos) Célula resultante de la conjugación de dos gametos, ovulo fecundado.

Cloasma: Coloración cutánea en placas de contornos irregulares de color amarillo oscuro que aparece en la cara de las mujeres embarazadas y otros estados. También se denomina melasma.

Distocia: Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

Edad Gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

Edema: Hinchazón patológica del tejido subcutáneo o de otros órganos.

Embrión: Las primeras 8 semanas de vida en el útero cuando se forman órganos diminutos.

Estrógenos: Producen la primera etapa de la menstruación que se llama: etapa estrogénica o proliferativa, al aumentar los estrógenos disminuyen los folículos estimulantes y aumenta la luteinizante.

Estroma: Trama o armazón, generalmente de tejido conjuntivo, de un órgano o una glándula que sirve para sostener entre sus mallas los diferentes elementos celulares. Debe diferenciarse del parénquima, que es la parte funcional.

Eutocia: Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

Feto: Fase del desarrollo humano desde la 8ª semana de la fertilización al parto, marcado por un rápido crecimiento.

Gen: Unidad de información hereditaria de ADN que contiene suficiente información para fabricar una proteína específica.

Hipoxia: Disminución de oxígeno.

Lanugo: Vello, especialmente del feto. En algunos casos, puede ser especialmente persistente.

Meconio: Materia pardo verdosa compuesta de moco, bilis y restos epiteliales que evacua el intestino del recién nacido.

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

Poliuria: Micción excesiva.

Profiláctico: Agente o medio que previene la diseminación de la enfermedad.

Profilaxis: Conjunto de medios que sirven para preservar a los individuos de las enfermedades.

Progesterona: Hormona sexual del cuerpo lúteo que prepara el endometrio para la implantación y desarrollo del óvulo fecundado. Se emplea farmacológicamente para el tratamiento del aborto y trastornos menstruales.

Ptialismo: Aumento de la secreción de saliva. Hipersialorrea. Puede ser de origen psicógeno.

Vermis: Lóbulo medio del cerebelo, entre ambos hemisferios o lóbulos laterales.

Vermix: Apéndice cecal, apéndice vermiforme.

Vérnix: Unto sebáceo de la piel del feto.

Bebés del gran tamaño (peso al nacer superior a los 4000 gramos).

Desproporción céfalo pelviana: El tamaño y la forma de la pelvis materna no son adecuados para un parto por vía vaginal.

Pretérmino: Todo recién nacido antes de la semana 37 de gestación.

De término: Los recién nacidos entre las semanas 37 y 42 de gestación.

Posttérmino: Recién nacido después de 42 semanas de gestación.

XANEXOS

**PORCENTAJE DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR JURISDICCIÓN
CON RELACIÓN AL TOTAL ATENDIDAS EN LA SECRETARIA DE SALUD
EN EL AÑO 2007. (Anexo N. 1)**

JURISDICCIÓN	TOTAL EMBARAZOS	%	EMBARAZOS EN ADOLESCENTES	%	%
MORELIA	5,887	17.7	1,245	17.7	21.1
ZAMORA	4,770	14.3	980	13.9	20.5
ZITACUARO	5,644	17	1,032	14.7	18.2
PATZCUARO	5,363	16.1	1,218	17.3	22.7
URUAPAN	4,551	13.7	870	12.4	19.1
LA PIEDAD	2,882	8.7	607	8.66	21
APATZINGAN	1,910	5.8	509	7.26	26.6
LÁZARO CÁRDENAS	2,131	6.4	546	7.79	25.6
TOTAL	33,138	100%	7,007	100%	21.1

FUENTE: SIPS 2007

**Porcentaje de Embarazos en Adolescentes con relación al total de Embarazos
atendidos en la Secretaria de Salud 2002-2007 (Anexo N. 2)**

AÑO	TOTAL DE EMBARAZOS	EMBARAZOS EN ADOLESCENTES	PORCENTAJE
2002	53,351	11,124	20.8%
2003	47,504	9,608	20.2%
2004	43,344	9,234	21.3%
2005	44,935	9,975	22.0%
2006	45,154	10,080	22.0%
2007	33,138	7,007	21.1%

FUENTE SIS: 2002-2007

**Porcentaje de Embarazos en Adolescentes con relación al total de Embarazos
atendidos en la Secretaria de Salud 2002-2007**

