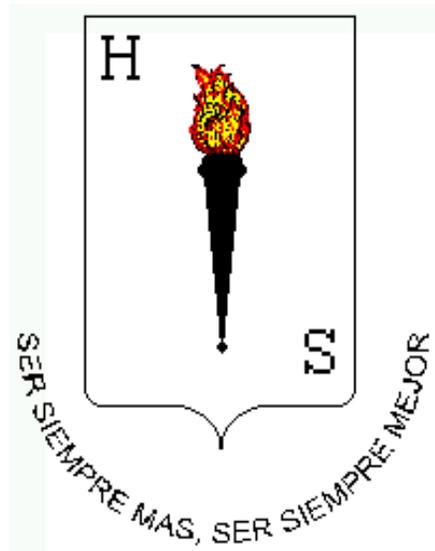


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

CUIDADOS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA EMBARAZADA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MARÍA GUADALUPE MEDINA CARMONA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero darle gracias a Dios por haberme permitido llegar al momento de mi vida en el que me encuentro, por darme salud, sabiduría, paciencia y poner en mí la vocación de ser enfermera, agradezco a mis padres y hermanos por brindarme todo su apoyo, amor, cariño y consejos para sortear todos los obstáculos con los que me enfrente y los supere gracias a ellos, por depositar su confianza en mí, por su cariño comprensión, paciencia y todas las cosas que de ellos aprendí en el transcurso de mi vida, ya que gracias a todo lo que ustedes han aportado a mi vida puedo decir que hoy soy una mujer que cumplió una meta, que no solo es mía sino de todos ustedes y es la herencia más valiosa que pudiera recibir.

Con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi carrera profesional y no encontrando la manera de hacer un reconocimiento sólo espero que comprendan que mi esfuerzo es inspirado en cada uno de ustedes.

Gracias a Dios por mi vida y la vida de todos los seres que amo que son mi familia y si Dios está conmigo quien contra mí.

**CUIDADOS EN LA ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA EN LA EMBARAZADA**

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	III
RESUMEN	V
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 Descripción del problema	2
1.2 Pregunta de investigación	4
1.3 Objetivo	4
1.4 Justificación de la investigación	4
1.5 Viabilidad.....	5
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Ciencias de la salud	7
2.2 Medicina.....	7
2.3 Obstetricia	7
2.3.1 Embarazo	8
2.3.2 Control prenatal	8
2.4 Enfermería	11
2.4.1 Enfermería obstétrica.....	12
2.4.2 Consultas obstétricas.....	12
2.4.3 Atención de enfermería a la embarazada normal	12
2.5 Desarrollo del embarazo normal	13
2.6 Valoración	14
2.6.1 Diagnóstico de embarazo	14
2.7 Cuidados de enfermería.....	15
2.8 Diagnóstico de embarazo.....	16
2.8.1 Signos y Síntomas de sospecha de embarazo.....	16
2.8.2 Signos y Síntomas probables de embarazo.	17
2.8.3 Signos y Síntomas positivos de embarazo.	18
2.9 Cambios físicos del embarazo	19
2.9.1 Cambios en el aparato reproductor	19
2.9.2 Cambios Endocrinos.....	20

2.9.3 Cambios músculo-esqueléticos	21
2.9.4 Cambios Cardiovasculares	22
2.9.5 Cambios respiratorios	24
2.9.6 Cambios digestivos.....	24
2.9.7 Cambios urinarios	25
2.9.8 Cambios psicológicos del embarazo.....	26
2.10 Cálculo de la edad gestacional y la fecha probable de parto	29
2.11 Etapas del desarrollo fetal.....	29
2.12 Cuidados nutricionales	30
2.13 Acciones de enfermería en la educación de la gestante	38
2.14 Ultrasonido en el embarazo.	41
2.15 Educación sanitaria en la mujer embarazada	45
2.16 Hospital de Nuestra Señora de la Salud	48
2.17 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.....	51
Capítulo III Alcance de la investigación.....	54
Capítulo IV Hipótesis.....	56
4.1 Descripción de la hipótesis.....	56
4.2 Definición de las variables.....	56
4.3 Operacionalización de la hipótesis	57
4.4 Construcción de los instrumentos de medición	58
Capítulo V Diseño de la investigación.....	60
Capítulo VI Recolección y análisis de datos.	63
Capítulo VII Conclusiones y recomendaciones.	87
7.1 Conclusiones.....	87
7.2 Recomendaciones	87
Bibliografía	89

INTRODUCCIÓN

En la presente se darán a conocer los cuidados de enfermería que se le deben brindar a las mujeres embarazadas durante todo su embarazo principalmente en el primer trimestre siendo este el más delicado.

En el capítulo uno se describe el planteamiento del problema donde el objetivo es conocer si las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud brindan la información necesaria para que las embarazadas tengan los cuidados pertinentes en su embarazo principalmente en el primer trimestre.

En el capítulo dos se describe el marco teórico donde recabe una serie de información referente a los cuidados que se deben tener por parte del personal de enfermería hacia las embarazadas así como de la orientación sobre los cuidados y cambios que se deben tener en cuenta durante este periodo.

En el capítulo tres se describe el alcance de la investigación en la cual se realizó con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva.

En el capítulo cuatro se describe el alcance de la investigación donde se realizó el estudio y con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación de tratamiento.

En el capítulo cinco se describe el diseño de la investigación, se tomó como población a las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud y se tomó el muestreo no probabilístico.

En el capítulo seis se presenta la recolección y análisis de los datos obtenidos al igual que la interpretación de los resultados y gráficas.

En el capítulo siete se presentan las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación.

RESUMEN

El tema de investigación es “Cuidados en la atención de enfermería en la embarazada” donde el sujeto de investigación son las enfermeras y estudiantes de enfermería del hospital de nuestra señora de la salud en cuanto a si es que se les brindan los cuidados necesarios a las embarazadas y cuál es el conocimiento que se tiene sobre los cuidados y orientación a las embarazadas principalmente en el primer trimestre por lo cual a las enfermeras que laboran en esta dicha institución y estudiantes del mismo se les aplico un cuestionario que consta de 20 preguntas cerradas que las enfermeras contestaron de acuerdo a su conocimiento.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

En general el objetivo de esta investigación es conocer si las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud brindan la información necesaria sobre los cuidados que las mujeres embarazadas deben tener durante todo su embarazo principalmente en el primer trimestre.

El sujeto de esta investigación son las enfermeras y estudiantes.

Los antecedentes de esta investigación son que desde el inicio de la Enfermería, como práctica orientada al mejoramiento de las condiciones de salud y al Cuidado de los enfermos, se reconoce indudablemente que este quehacer, inicialmente una vocación que se convirtió en oficio, exigía una serie de conocimientos que inicialmente se adquirían por transmisión oral de generación a generación, que surgían de la intuición y que fueron constituyéndose en un saber, que derivado de la experiencia, lograba, en muchos casos, resolver los problemas que se presentaban. (Índex Enfermería Nov. 2004).

En cuanto a que el Cuidado es uno de los pilares fundamentales de la Enfermería, en nuestro medio son pocos los trabajos originales de investigación que han explorado de manera sistemática los referentes teóricos que lo sustentan, las diferentes dimensiones, los problemas de una práctica fundamentada en el Cuidado, y los modelos de prestación de servicios de salud que favorecen o dificultan las prácticas de Enfermería fundamentada en el Cuidado. (Derechos de los Pacientes 2009).

Interesadas en que la exploración y comprensión, del fenómeno del Cuidado es un aspecto fundamental, para el desarrollo profesional y disciplinar, de común acuerdo se planteó como, estrategia el construir la línea que permitiera,

durante un período de tiempo de trabajo continuo, aportar al fenómeno del Cuidado y así fortalecer, por un lado, el área de Conceptualización y Práctica, y por el otro enriquecer la mirada particular del Cuidado en nuestro medio, lo cual puede contribuir a mediano plazo a mejorar la calidad del Cuidado de Enfermería y aportar a la formación de futuros profesionales.(Salvador Subirán 2007)

Casi 50% de las muertes maternas podrían ser prevenidas, asumiendo que las gestantes hubiesen tenido acceso y recibido una atención adecuada durante el embarazo, parto y puerperio por personal calificado. En países en vías de desarrollo el cuidado prenatal se hace en forma tardía y sin la regularidad necesaria, la mujer comúnmente acude a la primera consulta en el segundo trimestre o inmediatamente antes del parto. OPS/OMS. Colombia 1998. ¿Qué hacer para tener una maternidad saludable? Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. 1995-2000. (Secretaría de Salud 2009).

En México, al igual que en los países de América Latina, la mortalidad materna representa un problema de salud pública. En la década de los años noventa este indicador mostró una tendencia relativamente estable, con razones de mortalidad de 5.4 y 5.1 por 10,000 nacidos vivos registrados entre 1990 y 1999, respectivamente. La mortalidad se concentra en la región centro y sur del país. Los municipios indígenas presentan una situación particularmente grave. Por ejemplo, en el caso de Guerrero, los municipios con 40 por ciento de población indígena presentaron una razón de mortalidad materna de 28.3 por 10,000 nacidos vivos. Secretaría de Salud Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: Secretaría de Salud, 2001. (Secretaría de Salud, Nov. 17 2007).

Mi perspectiva es del problema es que mediante el proceso de atención de enfermería se permita a la mujer embarazada ser de su conocimiento los cuidados necesarios que debe tener durante este periodo fisiológico de acuerdo a sus

necesidades en el primer trimestre de embarazo para sí evitar riesgos y complicaciones tanto maternas como fetales.

Esta investigación ayudara a las mujeres embarazadas de la siguiente manera haciendo de su conocimiento por medio del personal de enfermería los cuidados necesarios que deben tener en su embarazo al mismo tiempo llevando un control del mismo y aportara a la enfermería la importancia de transmitir la información necesaria a las embarazadas para el buen desarrollo del embarazo así como a las embarazadas el conocimiento del cuidado que deben tener con respecto al estado en el que se encuentran.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimientos que tiene la enfermera para brindar cuidados a la mujer embarazada que acude a consulta externa en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud?

1.3 Objetivo

Investigar el nivel de conocimientos que tiene la enfermera para brindar cuidados en la mujer embarazada que acude a consulta externa en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

1.4 Justificación de la investigación

El personal de enfermería debe tener los conocimientos necesarios para transmitirlos a las usuarias porque los tres primeros meses del embarazo son los más misteriosos para la embarazada, debido a que el primer mes pasa prácticamente desapercibido, en el segundo comienzan aparecer algunos cambios los cuales pueden dar sospechas de un embarazo.

La mujer debe confirmar su embarazo y tomar las medidas necesarias que la enfermera le va a proporcionar para enfrentar una serie de cambios principalmente emocionales y físicos que son normales pero que si se dejan sin cuidado y atención se pueden agravar y poner en riesgo el embarazo por tanto es necesario una serie de cuidados imprescindibles para no correr riesgos y tener una gestación feliz.

El personal de le salud debe saber cómo dirigirse a las usuarias para hace de su conocimiento cuales son los cuidados necesarios e identificar signos de alarma que requieran de una consulta inmediata.

1.5 Viabilidad

La investigación resulta viable, ya que se cuenta con los recursos necesarios para su realización, se tiene acceso a la información en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, además de la disposición del investigador; lo cual permitirá adecuado proceso de investigación.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Ciencias de la salud

Es el conjunto de ciencias dedicadas a la adquisición de conocimientos para su aplicación en la promoción del bienestar físico, mental y social de los individuos. Las Ciencias de la Salud se organizan en dos vertientes:

El estudio e investigación para la adquisición de conocimientos sobre la salud-enfermedad.

La aplicación de conocimientos técnicos. (Ramos Domínguez, B. 2006)

2.2 Medicina

"Salud es el perfecto bienestar físico, mental y social de un individuo".
"Salud es el equilibrio que se da entre el agente, el huésped y el medio ambiente"
Como el hombre es el huésped en esta definición, lo presentaremos primero como el individuo ubicado en un medio ambiente sujeto a las acciones de los diferentes agentes y, por eso, susceptible de sufrir enfermedad. (Ramos Domínguez, B. 2006)

2.3 Obstetricia

Proviene del latín, es la rama de la **medicina** que cuida la **gestación**, el **parto** y el **puerperio** (el período que abarca desde el parto hasta que la **mujer** vuelve al estado que tenía antes de la gestación). Los obstetras se encargan no sólo del estado físico de la madre y de su bebé, sino que también cuidan los factores psicológicos y sociales vinculados a la maternidad. (Ramos Domínguez, B. 2006)

2.3.1 Embarazo

Estado fisiológico, pasajero que se inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser. La especie humana está programada para tener solo un producto por embarazo y la duración normal es de 280 días más, menos o bien 40 semanas más, menos. . (Ramos Domínguez, B. 2006)

2.3.2 Control prenatal

El control prenatal (CP), se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia y además permita obtener un recién nacido vivo, sano, de buen peso y sin complicaciones maternas o fetales. . (Benson, R.C 1971)

Los objetivos del control prenatal son:

Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y del niño. Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.

Aliviar molestias y síntomas menores del embarazo.

Preparar a la embarazada para el nacimiento y la crianza del recién nacido.

Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.

Detectar alteraciones en la salud materna y fetal. . (Benson, R.C 1971)

El control prenatal debe tener una serie de características como son:

1. **Precoz:** Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.(Benson, R. C. 1971).
2. **Periódico:** Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. .(Benson, R.C 1971)
3. **Continua:** atención durante el embarazo. .(Benson, R.C 1971)
4. **Completo:** Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad de gestación. Se deben recibir todas las consultas y no deben ser menos de 8. Se hace una consulta pre-concepcional y después la Organización Mundial de la Salud recomienda: Desde la confirmación de embarazo hasta la semana 36^a una visita cada 4 semanas. La primera visita debe hacerse antes de las 12 semanas de gestación. Desde la semana 36^a a la 40^a una visita quincenal. Desde la semana 40^a a 42^a, una visita semanal en el ámbito hospitalario, para controlar el bienestar fetal. A partir de la semana 42^a, se procede a su ingreso para valorar la inducción o estimulación del parto. Cuando existe alto riesgo obstétrico el protocolo de visitas es diferente (son más frecuentes). (Benson, R. C. 1971).

5. Dispensarizada: porque se registran y dispensarizan acciones a cada gestante, de acuerdo con sus características y, se definen estrategias y la atención especializada para los grupos de riesgo. Las gestantes se incorporan al grupo II de dispensarización. (Benson. R.C. 1971)
6. Integral: se tienen en cuenta acciones preventivas, curativas, biológicas, psicológicas y sociales y, además, las condiciones ambientales que rodean a la gestación. (Benson. R.C. 1971)
7. Regionalizada: es el fundamento para establecer interrelaciones entre los diferentes niveles de atención que permiten la máxima utilización de los recursos y materiales. Atención escalonada (Benson, R.C. 1971).
8. En equipo: la atención se realiza por el equipo de salud. El grupo básico de trabajo debe estar formado por el especialista de obstetricia, de pediatría, de medicina interna, de psicología y el trabajador social. (Benson,R.C.1971).
9. Con participación de la comunidad: logra la participación de los miembros de la comunidad en los problemas de salud individuales y colectivos que intervienen en el proceso salud enfermedad.(Benson,R.C 1971)

Un aspecto importante en esta atención es la calidad y prontitud con que se realice la captación: esta puede ser precoz, intermedia y tardía. Se considera precoz cuando se produce antes de las 14 semanas, intermedia cuando se produce entre las 14 y 23,6 semanas y tardía después de la semana 24. También el control prenatal favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materna o fetal que se hayan identificado, así

como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento.(Benson, R.C 1971)

2.4 Enfermería

Se ha definido desde hace tiempo como la ciencia y arte –no una ciencia pura, no un arte puro, sino una combinación de ambos. Sin embargo, la enfermería como profesión abraza más que un arte y una ciencia; es una mezcla de tres factores: arte, ciencia y espíritu de una devoción desinteresada para una causa fundamentalmente dedicada a ayudar a aquellos que están enfermos física, mental o espiritualmente. (Danforth, D.N.1971)

La enfermería es un arte en el que la enfermera debe desarrollar una técnica experta en la realización de los varios métodos requeridos para dar un cuidado al paciente. (Danforth, D.N.1971)

La enfermería es una ciencia en la cual los principios fundamentales del cuidado de enfermería dependen del conocimiento de ciencias biológicas tales como anatomía, fisiología, microbiología y química. Estas son fundamentales para la comprensión del cuerpo humano en su estado físico normal, y el estado anormal que resulta de la lesión o ataque por la enfermedad. (Danforth, D.N.1971)

La enfermería posee una calidad espiritual en la que su propósito fundamental es servir a la humanidad, no solamente dando cuidado curativo al cuerpo del enfermo o lesionado, sino atendiendo también a las necesidades de mente y espíritu. (Danforth, D.N.1971).

La enfermería puede ser definida como servicio al individuo al que ayuda a conservar un estado normal de cuerpo y mente; cuando no puede lograr esto, le

ayuda a obtener alivio del dolor físico, de la angustia mental y también de los trastornos espirituales.(Danforth, D.N.1971)

2.4.1 Enfermería obstétrica

Es la asistencia que se refiere al cuidado y actividades en relación con las futuras madres y su hijo durante todas y cada una de las fases de la gestación incluyendo aparte del embarazo, el parto y puerperio. (Fitzpatrick, E.1971)

2.4.2 Consultas obstétricas

En este período se realizan, como mínimo, 8 consultas hasta las 40 semanas; 4 interconsultas como mínimo por el especialista, las consultas de terreno que se hacen mensualmente y las consultas con nivel de atención secundarias por un especialista obstétrico. Estas últimas son consultas especiales que se le brindan a las gestantes a término entre las 41 y 42 semanas, aunque también a las gestantes con enfermedades asociadas al embarazo y las que presentan riesgos obstétricos que aumentan por otras enfermedades. En cada una de ellas se realiza una atención determinada. (Greenhill, J.P. 1965)

2.4.3 Atención de enfermería a la embarazada normal

El embarazo es un proceso fisiológico que comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y, este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero y finaliza con el parto. La duración del embarazo es de unos 280 días, 40 semanas o 9 meses, o 10 meses lunares a partir del primer día de la última menstruación y finaliza entre las 37 y 42 semanas.(Taylor, E. S.1971)

2.5 Desarrollo del embarazo normal

El embarazo se divide en 3 trimestres. En estos, se producen cambios fisiológicos, tanto en el embrión, como en la madre. El bebé que se está desarrollando recibe el nombre de embrión durante las 10 primeras semanas, después se le denomina feto. Todos sus órganos importantes se desarrollan durante el primer trimestre. (Daza de C R, Torres AM, De Romano GI. Bogotá, 2001.)

En la madre, el cuerpo se prepara para el embarazo y se observan, mes a mes, los cambios que sufre mientras el bebé se desarrolla. En el primer trimestre las náuseas y los vómitos son frecuentes en la mujer gestante, en especial, por las mañanas. Sus pechos aumentan de volumen y se vuelven delicados, y su peso comienza a aumentar. (Daza de C R, Torres AM, De Romano GI. Bogotá, 2001.)

En el segundo trimestre el embarazo en la madre es evidente, tanto externa como internamente. Su ritmo cardíaco y presión sanguínea aumentan para adaptarse a las necesidades del feto. El feto tiene ya una apariencia humana reconocible y crece con rapidez. (Daza de C R, Torres AM, De Romano GI. Bogotá, 2001.)

En el tercer trimestre la mujer embarazada tiende a sentir calor e incomodidades durante este período y su sueño, muy importante en ese momento, se puede ver alterado. Los órganos del feto maduran. La mayoría de los recién nacidos prematuros, nacidos al comienzo del tercer trimestre, sobreviven y sus probabilidades de supervivencia aumentan cada semana que permanecen en el útero. (Daza de C R, Torres AM, De Romano GI. Bogotá, 2001.)

Se le denomina paridad al número de embarazos y se clasifica a toda mujer según el número de embarazos tenidos en: nulípara, cuando no ha presentado

ningún embarazo; primípara, cuando ha habido un primer embarazo y múltipara cuando ha tenido más de uno. (Daza de C R, Torres AM, De Romano GI. Bogotá, 2001.)

2.6 Valoración

El profesional de enfermería debe conocer todos los cambios que se suceden en la anatomía de la gestante, el proceso del desarrollo del embrión y el feto, los síntomas y alteraciones fisiológicas del organismo para comprender y saber atenderlos. (Daza de C R, Torres AM, De Romano GI. Bogotá, 2001.)

Ha de ser el objetivo fundamental educar a la gestante para que esté preparada ante cada evento que le suceda y, de esta forma, ayude a mantener un buen estado de salud durante este período, tanto físico como mental. Debe evitar riesgos y prevenir complicaciones, así como incentivar el apoyo del cónyuge y familiares durante toda la gestación. (Daza de C R, Torres AM, De Romano GI. Bogotá, 2001.)

2.6.1 Diagnóstico de embarazo

El diagnóstico, de acuerdo con el momento de la gestación en que se realiza puede ser:

1. Precoz: cuando ocurre en un término hasta la 14 semanas.
2. Tardío: cuando se realiza a partir de las 14 semanas.

El embarazo significa para la mujer el inicio de una nueva etapa en su vida, por lo que va a ser de gran importancia, aun cuando esta tuviera ya descendencia. De ahí que conocer los signos probables de este estado, los signos positivos que lo identifiquen y los síntomas que lo acompañan son de gran utilidad para un adecuado enfoque en su atención. (Today's Health, 49:42-44,Jan.1971)

Es de extraordinaria importancia que el diagnóstico del embarazo se produzca lo más tempranamente posible (diagnóstico precoz) para que el equipo de salud garantice una atención y seguimiento adecuados y para que la futura mamá pueda llevar a cabo todas las acciones que favorezcan un buen estado de salud, tanto para ella como para su hijo y celebren en familia la feliz llegada de ese nuevo ser. (Today's Health, 49:42-44,Jan.1971)

Durante el embarazo se van produciendo cambios en la mujer que dan lugar a signos y síntomas que pueden ser muy útiles. (Today's Health, 49:42-44,Jan.1971)

Diagnosticar un embarazo no siempre es tarea fácil, pero no es imposible si se utilizan los procedimientos y conocimientos de manera adecuada. Para realizar este diagnóstico hay que fundamentarse en determinados síntomas subjetivos y objetivos obtenidos de una detallada entrevista, el examen físico cuidadoso y de algunos procedimientos de laboratorio. Con esto se puede llegar a un diagnóstico positivo, probable o de evidencia presuntiva. (Today's Health, 49:42-44,Jan.1971)

2.7 Cuidados de enfermería

El concepto de cuidados de enfermería ha sido proclamado como la esencia de la enfermería, y se expresa de manera explícita o implícita en el ejercicio profesional. (Ariza C., Daza R, S/F)

Se afirma que es una relación de apoyo y ayuda que brinda la enfermera a la persona que lo requiera. (Ariza C., Daza R, S/F)

2.8 Diagnóstico de embarazo

2.8.1 Signos y Síntomas de sospecha de embarazo.

1. Amenorrea (falta de menstruación), no obstante esto también ocurre en ciertas Enfermedades, situaciones de estrés, anorexia, etc. (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).
2. Náuseas con o sin vómitos (las náuseas están presentes en el 70 a 85% de las embarazadas, y los vómitos en más del 50%). Obedece al acumulo de hormonas en sangre, tanto estrógenos como HCG (Gonadotropina coriónica humana). (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).
3. Cambios en las mamas (aumento del tejido mamario a partir de la octava semana de gestación, más sensibles y dolorosas). También se produce una pigmentación del tejido de la aureola mamaria por acción de los estrógenos. (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).
4. Polaquiuria, aumento de la frecuencia de micción, ya que el útero aumenta su tamaño y presiona la vejiga. (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).
5. Movimientos fetales percibidos por la mujer embarazada; es sospecha ya que se pueden confundir con movimientos esofágicos. Se notan a partir de la 20^a semana de gestación en primíparas y la 22^a en secundíparas. (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).

2.8.2 Signos y Síntomas probables de embarazo.

1. Crecimiento uterino; a veces también ocurre cuando existen fibromas, quistes, ascitis, etc., en la cavidad abdominal. El fondo uterino crece 4 cm por mes. En la mitad de la gestación el fondo uterino está aproximadamente en el ombligo. A las 36 semanas alcanza la altura máxima, a las 40 semanas desciende un poco. (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).
2. Signo de Hegar; el segmento o istmo uterino está reblandecido cuando se hace un tacto bimanual o vagino abdominal. (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).
3. Signo de Goodell; el cuello uterino es plano a la 8ª semana de gestación y ablandado, porque la vascularización cervical está aumentada; en la mujer no embarazada la consistencia del cuello es como la de la nariz. (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).
4. Signo de Chadwick; coloración púrpura, violáceo de la vagina como consecuencia de la congestión vascular de la zona (hiperemia). Pero esto no es exclusivo de la embarazada ya que un proceso oclusivo en el abdomen podría provocar lo mismo. Signo de Peloteo; golpeteo (al realizar el tacto vaginal y del cuello uterino), de algo que se desplaza hacia dentro y vuelve. En 4º y 5º mes. (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).
5. Contracciones de Braxton Hicks; Obstetra que vio que a lo largo del embarazo se producían contracciones (por aumento de la excitabilidad de las fibras del miometrio), que ayudan a favorecer el flujo sanguíneo útero-placentario. Son irregulares, no intensas y ayudan a modificar el cuello uterino. Sirven también para preparar a la mujer

psicológicamente. Suelen aparecer a partir de la semana 16^a. (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).

6. Test de embarazo; Trata de detectar la porción beta de la gonadotropina coriónica humana (β HCG) producida por el trofoblasto en la orina de la embarazada. El test es más fiable en sangre y mediante radioinmunoensayo. (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).

2.8.3 Signos y Síntomas positivos de embarazo.

1. Latidos cardiacos fetales; auscultados con ultrasonidos y efecto doppler desde 10-12 semanas de gestación. Cuando se hace con estetoscopio de Pinard se oyen a partir de la 20^a semana. (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).
2. Percepción de movimientos fetales por el explorador. (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).
3. Detección por ultrasonografía, del saco gestacional a la 5^a semana. (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).
4. Antiguamente se hacía radiografía en el último trimestre. Hoy en día sólo se hace a partir de la 35^a semana, para comprobar desproporciones de la pelvis materna (pelvimetría). (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971). (Williams Obstetrics. New York, Appleton-Century-crofts, 1971).

2.9 Cambios físicos del embarazo

Todos los cambios en la mujer embarazada obedecen a 2 factores:

1. Hormonal
2. Mecánico (aumento de volumen del útero que provoca compromisos de espacio). Además hay también factores psicosociales, estilos de vida, sistemas de apoyo, etc., que influyen en la forma de vivir el embarazo. (Benson, R.C.1971).

2.9.1 Cambios en el aparato reproductor

1. Útero: crecimiento debido fundamentalmente a:
 - Feto en crecimiento que conlleva un aumento del tamaño.
 - Estrógenos. Las fibras uterinas sufren de hiperplasia e hipertrofia (formación de tejido nuevo y aumento del número de células).

Al final de la gestación el útero puede pesar aproximadamente un kilogramo y su capacidad aumenta hasta 1000 veces (desde 70 g. que pesa en una mujer adulta no gestante). (Danforth, D.N.1971.)

2. Cérvix: se va adaptando al parto y al puerperio. Gana en vascularización, también en secreción de mucosidad cervical. Además se va ablandando y suavizando. Poco a poco con las contracciones (no las de Braxton Hicks) se va a ir acortando y borrando preparándose para la dilatación. (Danforth, D.N.1971.)
3. Ovarios: mantienen cierta actividad hasta que la placenta se encarga de la secreción hormonal, o sea, hasta que la placenta adquiere la función completa (aproximadamente 10ª semana). El ovario segrega estrógenos

y progesterona hasta que lo hace la placenta de forma suficiente. (Danforth, D.N.1971.)

4. Vagina: se prepara para en el momento del parto poder distenderse sin dificultad. Se torna más hiperémica (se produce vasodilatación) y la mucosa se prepara para ampliarse. (Danforth, D.N.1971.)
5. Mamas: desde la 8ª semana experimentan cambios. Los estrógenos perfilan el sistema conductual mamario. La progesterona también prepara las glándulas mamarias. Secreción de calostros desde la 10ª semana de gestación hasta tercer día después del parto. Después se instaura la secreción láctea transitoria y finalmente la definitiva. (Danforth, D.N.1971.)

2.9.2 Cambios Endocrinos

1. HCG (gonadotropina coriónica humana): A partir del día 14 después de la fecundación se detecta en sangre hasta la semana 14ª. (Fitzpatrick, E.1971).
2. Lactógeno placentario humano (o somatotropina coriónica humana): se segrega en el sincitiotrofoblasto. Ayuda a la formación y eyección de la leche. También es importante porque provoca un estado diabetógeno ya que libera sustancias para la madre de forma rápida (proteínas y grasas) dejando para el feto y la placenta todas los hidratos de carbono (glucosa) que necesita, (o sea, moviliza las grasas para que sean fuente de energía para la madre). El efecto diabetógeno se produce porque hiperestimula al páncreas haciendo que haya una secreción mayor de insulina, de manera que puede llegar un momento en que se agoten las células pancreáticas y entonces se llega a un estado de diabetes. (Fitzpatrick, E.1971).

3. MSH (hormona estimulante de melanocitos): esta hormona produce una estimulación de los melanocitos de la piel y a su vez la MSH se produce por inducción de los estrógenos. Provoca la aparición de manchas oscuras o aumento de la pigmentación de la piel de la cara o cloasma gravídico. También se le llama paño en la cara, y se produce alrededor de los ojos, mejillas, nariz y cuello. Además aumenta la pigmentación de la aureola mamaria, y provoca la aparición de una línea más oscura de ombligo a pubis que se llama línea negra. Por último también provoca el oscurecimiento de la cara interna de los muslos y del área genital externa de la embarazada (vulva). (Fitzpatrick, E.1971).
4. Aldosterona: aumenta su secreción a partir de la 15ª semana de gestación y así aumenta la retención de sodio y agua. Para contrarrestar esta retención la progesterona hace que se elimine más agua. Cuando no se guarda equilibrio entre estas dos hormonas pueden aparecer problemas hipertensivos. (Fitzpatrick, E.1971).

2.9.3 Cambios músculo-esqueléticos

1. Articulaciones: La hormona relaxina es la causa de que articulaciones y ligamentos estén laxos, y de que la embarazada tenga cierta tendencia a la inestabilidad. Luego es importante la gimnasia prenatal para fortalecer las articulaciones y así evitar esa inestabilidad. (Greenhill, J.P.1965).
2. Postura: El embarazo induce cambios posturales por aumento del tamaño y peso del útero, se modifica la postura de la espalda y también cambia el centro de gravedad. La espalda se incurva hacia atrás y se acentúan la lordosis en vértebras lumbares y la cifosis en las vértebras dorsales. Como consecuencia las embarazadas tienden a echar los pies hacia fuera para mantener el equilibrio. A veces aparecen lumbalgias, ciática, etc. (Greenhill, J.P.1965).

3. Peso: Debe oscilar entre 9 y 11 kg en todo el embarazo de manera que la más delgada debe aumentar más (de 11 a 13 kg), y la más gorda menos (de 7 a 8 kg). (Greenhill, J.P.1965).
4. Músculos abdominales: los rectos abdominales se van estirando y adelgazando, incluso pueden separarse y se produce diastasis de los rectos abdominales. Cuantos más embarazos ha tenido la mujer más elongados están los músculos. El ejercicio físico tras el parto hace que se recupere el tono muscular. (Greenhill, J.P.1965).
5. Síndrome del túnel carpiano: dolor que se produce a nivel de la muñeca por compresión del nervio radial, por edema o acumulo de líquido en el espacio intersticial. (Greenhill, J.P.1965).

2.9.4 Cambios Cardiovasculares

Son los más importantes que se producen en el embarazo, no tienen relevancia si la mujer está sana.

1. Corazón: su posición varía, rota hacia la izquierda, y hacia delante y arriba. (Haynes, D.M.1969).
2. Anatómicos: cambian los ejes anatómicos de conducción eléctrica lo cual se refleja en el electrocardiograma que se encuentra modificado. (Haynes, D.M.1969).
3. Gasto cardiaco (es la frecuencia cardiaca por el volumen de eyección): aumenta porque el volumen sanguíneo aumenta y por tanto también el volumen sistólico. (Haynes, D.M.1969).
4. Frecuencia cardiaca: aumenta a razón de 10-15 latidos/min (80 a 85 latidos/min) para garantizar la oxigenación en el tejido placentario. (Haynes, D.M.1969).

5. Aumenta el volumen sanguíneo (30-40% sobre el volumen normal). (Haynes, D.M.1969).
6. Aumenta el volumen plasmático más que el volumen de eritrocitos (anemia falsa de la embarazada por hemodilución). (Haynes, D.M.1969).
7. Aumento de leucocitos (hasta 20.000/mm³ durante el parto y el puerperio) a expensas de los polimorfos nucleares, sobre todo encontramos neutrófilos.
1. Factores de coagulación: aumento de la mayoría de factores de coagulación, sobre todo de fibrinógeno, para evitar hemorragias en el parto por ejemplo si hay desprendimiento de la placenta. (Haynes, D.M.1969).
8. Aumento de la presión venosa femoral debido a la presión mecánica del útero en crecimiento que pone en compromiso la circulación de los miembros inferiores. (Haynes, D.M.1969).
9. Síndrome de hipotensión supina: cuando el útero crece puede oprimir la vena cava inferior y disminuir la circulación a ese nivel, con lo que disminuye la presión sanguínea y aumenta el ritmo cardiaco. Se puede producir mareo, sudor y palpitaciones. Debemos recomendar el decúbito lateral izquierdo (descansar sobre el lado izquierdo). (Haynes, D.M.1969).
10. Presión arterial: en la primera mitad de la gestación se produce un discreto descenso para después volver a la normalidad. (Haynes, D.M.1969).

2.9.5 Cambios respiratorios

1. La disposición respiratoria de intercambio se favorece durante el embarazo debido a que la progesterona que actúa a nivel alveolar (induce bronco dilatación que disminuye las resistencias y facilita el intercambio de gases en el alveolo). (Hellman, L.M.1971).
2. Disminuyen los volúmenes residuales, la capacidad vital no se altera. La progesterona actúa sobre el centro respiratorio del cerebro aumentando la frecuencia respiratoria con lo que aumenta de un 30 a un 45% el volumen de aire circulante, disminuye el aire de reserva y el aire residual. Se mantiene así la capacidad vital. (Hellman, L.M.1971).
3. El diafragma se desplaza hacia arriba debido al útero en crecimiento hasta 4 centímetros, y ensanchamiento compensador de las costillas para que el volumen intratorácico no varíe. (Hellman, L.M.1971).
4. La caja torácica se expande debido al efecto de las hormonas. Se produce una sensación de disnea. (Hellman, L.M.1971).
5. Epistaxis frecuente debido a hiperemia de la mucosa nasal. Esta epistaxis se ve favorecida por la acción de los estrógenos y debido a la fragilidad del epitelio de esta mucosa. Esto no es importante si no existen problemas de hipertensión. (Hellman, L.M.1971).

2.9.6 Cambios digestivos

1. El pH de la saliva disminuye (puede llegar a valores de 6.0 en hiper hemesis). (Villaveces J. 1994.).
2. Gingivorragia y gingivitis: por tumefacción e hiperemia de las encías. (Villaveces J. 1994.).

3. El cierre entre el esófago y el estómago no se produce adecuadamente ya que la progesterona seda la musculatura lisa. Además la compresión del útero en crecimiento, hacen que el contenido gástrico pueda refluir (se produce ardor y pirosis). (Villaveces J. 1994.).
4. El estómago pierde su peristaltismo. Vaciamiento más lento, digestiones pesadas debido a la disminución de HCl. (Villaveces J. 1994.).
5. Absorción aumentada de agua debido al escaso peristaltismo intestinal y estreñimiento. Tendencia a que se formen varices, plexos varicosos y hemorroides en el recto. (Villaveces J. 1994.).
6. Aumento del apetito y la sed; la embarazada necesita comer y beber más, aumentando el metabolismo. (Villaveces J. 1994.).
7. Aumento de eritrocitos para aportar nutrientes a la unidad placentaria. (Villaveces J. 1994.).

2.9.7 Cambios urinarios

1. Polaquiuria: en el primer trimestre acentuado, en el segundo trimestre el útero sale de la pelvis y deja de comprimir la vejiga, con lo cual no se produce. En el tercer trimestre por el encajamiento del feto se vuelve a comprimir la vejiga y aparece de nuevo. (Khun TS. México, 1982.).
2. El riego sanguíneo renal y filtrado glomerular aumentan para expulsar los desechos del feto. (Khun TS. México, 1982.).
3. Compresión de riñones y uréteres (más el derecho). La progesterona seda y disminuye la fuerza con que el riñón inyecta orina en el uréter. Recomendaremos tomar 8 vasos de líquido al día, debido al remanso

de orina en cólicos renales. Con esto disminuiremos el riesgo de infecciones. (Khun TS. México, 1982.).

2.9.8 Cambios psicológicos del embarazo

Para algunas mujeres es una crisis, para otras simplemente supone un cambio de rol. Depende de:

- Edad
- Deseo del hijo.

La imagen corporal (auto percepción), también hace que el embarazo se viva de una manera u otra.

Factores que influyen en la auto percepción:

1. Aspecto
2. Funciones de su organismo: incontinencia, estreñimiento, digestiones pesadas.
3. Sensaciones: suelen ser más placenteras. Las caricias pueden ser más placenteras debido a la hiperemia que aumenta la sensibilidad.
4. Movilidad: pueden ser ágiles o lentas.

Las principales molestias durante el embarazo son:

1. Náuseas y vómitos: se le denomina hiperémesis gravídica. Por lo general son matutinos y se presentan con más frecuencia en el primer trimestre por el aumento de las hormonas, especialmente, de la

gonadotropina coriónica humana, el estrógeno, la progesterona y debido a cambios metabólicos.

2. Cansancio: la mayoría de las mujeres están más cansadas de lo usual, al principio del embarazo.
3. Acidez gástrica: esto ocurre cuando los alimentos digeridos son empujados desde el estómago hacia el esófago. Durante el embarazo todo el proceso digestivo se enlentece y, adicionalmente, el útero engrandecido empuja al estómago hacia arriba.
4. Frecuencia urinaria: el útero aumenta de tamaño, aun al comienzo del embarazo; pero eso no se puede percibir a través de la pared abdominal, sino hasta el final del primer trimestre cuando comienza a levantarse por encima del límite de la pelvis. Mientras está bajo, presiona, cada vez más la vejiga, de modo que la gestante tiene necesidad de orinar con más frecuencia.
5. Mareos y cefaleas (dolor de cabeza): aunque son más frecuentes en la mañana, los mareos pueden sobrevenir en cualquier momento del día, especialmente, si no come con frecuencia y baja la concentración de azúcar en la sangre.
6. Dolor pélvico: la gestante puede referir dolor bajo vientre debido a los efectos que provoca el crecimiento del útero sobre órganos vecinos.
7. También se puede presentar debido a trastornos como son: en las primeras semanas de un embarazo ectópico, donde el dolor se hace más intenso y difuso con irradiación a los hombros por irritación frénica; también se puede deber a la sepsis urinaria tan frecuente en la embarazada y a la amenaza de aborto.
8. Flujo vaginal: la presencia de flujo vaginal puede ser un signo de embarazo, ya que en el cérvix o cuello uterino se está formando el

tapón mucoso para bloquear su orificio, lo cual ayuda a que el bebé no adquiera infecciones.

9. Salivación: es posible que se llegue a segregar 2 Lts de saliva por día, un trozo de hielo en la boca puede aliviar este síntoma.
10. Cloasma: son manchas oscuras que aparecen en la piel y son causadas por las hormonas presentes durante el embarazo y, muchas veces, después del parto. En ocasiones evitar la luz solar ayuda a prevenirlas.
11. Estrías: el sobrepeso hace que la piel tenga que soportar mayor tensión. Las estrías aparecen, por lo general, en el abdomen y desaparecen lentamente después del parto.
12. Várices: por lo general aparecen en las piernas. Se producen por la presión que el útero ejerce en la parte baja del abdomen que hace la circulación dificultosa.
13. Estreñimiento y hemorroides: el efecto de las hormonas en el sistema digestivo incluye el enlentecimiento del tránsito intestinal, esto, junto con la presión que ejerce el útero creciente sobre los intestinos, son la causa del estreñimiento. Durante el último trimestre de embarazo el útero engrandecido aumenta su presión sobre el recto y ocasiona hemorroides.
14. Dificultad al respirar: esto ocurre durante el tercer trimestre, pues el feto está ocupando más espacio en su abdomen.
15. Dolores de espalda: es una consecuencia del aumento del abdomen y del incremento del peso.

16. Hinchazón: se observa especialmente en los pies y se debe a la retención de agua en los tejidos. (. Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 2003.).

2.10 Cálculo de la edad gestacional y la fecha probable de parto

El tiempo de gestación se debe contar en semanas, a partir del primer día de la fecha de la última menstruación conocida. La gestación dura un promedio de 40 semanas o 280 días a partir de ese momento. Se considera dentro de lo normal una desviación entre 37 y 42 semanas (embarazo a término). Cuando se conoce la fecha del coito fecundante (único) la fecha probable del parto se puede calcular al añadirle 266 o 270 días. (. Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 2003.)

2.11 Etapas del desarrollo fetal

Primer mes

1. Longitud de 0.75 cm.
2. El trofoblasto se encaja en la decidua.
3. Desarrollo de vellosidades coriniócas.
4. Estructuración del sistema nervioso, aparato genitourinario, huesos y pulmones.
5. Hay brotes de huesos y piernas.
6. Aparición rudimentaria de ojos, oídos y nariz.

Segundo mes

1. Longitud de 2.5 cm.

2. Peso de 4 g.
3. El feto se dobla en forma significativa.
4. La cabeza esta aumentada de tamaño en forma desproporcionada debido al crecimiento cerebral.
5. Se inicia la diferenciación sexual.
6. Los centros de los huesos empiezan a osificarse.

Tercer mes

1. Longitud de 7-9 cm.
2. Peso de 5.20 g.
3. Los dedos de la mano y del pie son distintos.
4. La placenta esta entera.
5. La circulación fetal es correcta. (Brunner D.S. Suddarth vol.3).

2.12 Cuidados nutricionales

El embarazo es una etapa donde se necesita energía suplementaria para el crecimiento: fetal, de la placenta, del útero, etc. La mayor necesidad de principios nutritivos empieza en el cuarto mes porque en este período el feto aumenta rápidamente de peso. Las necesidades calóricas se incrementan por día. (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

El buen estado nutricional de la madre es primordial en el crecimiento y desarrollo normal del niño. El aumento de peso promedio está alrededor de los 10 a 11 kg, de los cuales, el feto contribuye en aproximadamente 3 500 g; la placenta, el líquido intestinal y el volumen sanguíneo añaden de 1 200 a 1 800 g; el

crecimiento mamario contribuye con 400 g y otros con 1 640 g que representan el tejido adiposo materno. (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

El estado nutricional de la paciente antes de la fecundación es tan importante como la nutrición durante el embarazo. El personal de enfermería puede ser capaz de influir en el estado nutricional de la embarazada, al mejorar sus hábitos alimentarios desde el inicio temprano del embarazo, en beneficio del binomio madre feto. (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

Se debe tener en cuenta que en la gestación tan peligroso es quedar por debajo de las cifras (peligro de carencia), como sobrepasarlas (peligro de acumulación u otros). (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

El aumento de peso de 8 a 15 kg durante el embarazo se puede aceptar y recomendar como guía. En algunos casos de obesas se puede contemporizar con aumentos menores (hasta 5 kg). (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

Es importante lograr un aumento de peso moderado para, de esta forma, disminuir la cantidad de lactantes de bajo peso al nacer; así como las muertes maternas antes del parto. Además, la nutrición materna adecuada y balanceada conlleva a la disminución del número de malformaciones fetales. (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

La alimentación de la gestante ha de ser sana, que incluya suficientes: carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales provenientes de los grupos de alimentos; aunque su ingestión ha de ser moderada. No es necesario comer como si fuera por 2, ya que puede causarle una ganancia de peso elevada, que después

le dificulta mucho más el parto y provocar complicaciones. (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

La gestante es más susceptible a las intoxicaciones, por lo que algunos aditivos e ingredientes artificiales pueden ser dañinos para el bebé e, inclusive, causar daños congénitos. Antes de ingerir alimentos en conserva se debe leer, cuidadosamente, las etiquetas de los productos, aunque lo ideal es minimizar la ingesta de alimentos procesados o enlatados. (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

Nutrientes indispensables. Uno de los principales nutrientes para la mujer embarazada son las proteínas, las cuales aportan los elementos para el crecimiento de los tejidos del cuerpo, incluyendo el crecimiento del bebé, la placenta, el incremento de los volúmenes de sangre y de líquido amniótico. (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

Una dieta rica en calcio es esencial para la gestante y su bebé. Se deben consumir productos lácteos o suplementos de calcio diariamente, con preferencia en la noche. El adecuado suministro de calcio al organismo la hace menos susceptible a calambres. Consumir yogurt o beber un vaso de leche antes de acostarse le ayuda a dormir mejor. (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

El ácido fólico es un tipo de vitamina del complejo B que puede ayudar a prevenir, en el recién nacido, defectos en el cerebro y la médula espinal, denominados defectos del tubo neural, cuando se ingiere antes del embarazo y durante las primeras semanas de este. Los defectos del tubo neural se originan durante el primer mes de embarazo (generalmente antes de que la madre sepa que está embarazada), por lo que es importante que la mujer tenga suficiente ácido fólico en su sistema antes de quedar embarazada. Los alimentos que

aportan ácido fólico son: la naranja, el melón y vegetales de color verde. (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

El hierro es necesario para los elementos sanguíneos, tanto de la madre como del niño. Aunque algunos alimentos aportan gran cantidad de hierro, como el hígado, las carnes rojas, frutas secas, frijoles, pasas y nueces, la mayoría de las madres no consumen lo suficiente para cumplir los requerimientos durante el embarazo. Se recomienda tomar suplemento de 30 mg de hierro al día durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo. (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

En climas cálidos y durante la actividad física se debe aumentar el consumo de líquidos. Se debe beber entre 8 y 10 vasos de agua al día para mantenerse hidratada. Esto ayuda, además, a eliminar las toxinas de su cuerpo y a evitar infecciones urinarias que, con frecuencia, padecen las mujeres embarazadas. Al aumentar la ingesta de líquidos se hacen más frecuentes las micciones, por lo que se recomienda no aguantar las ganas de orinar. Cuando la orina es clara y casi sin color, indica que se tiene un adecuado consumo de líquido. Se deben evitar las bebidas gaseosas y con cafeína, preferiblemente se debe orientar tomar agua o jugos de frutas con poco dulce y no retener líquidos. (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

Comer alimentos ricos en fibra ayuda a prevenir el estreñimiento, el cual es un problema frecuente en el embarazo. Se debe consumir, varias veces al día, cereales de granos enteros, frijoles, frutas y verduras, por su alto contenido en fibra. (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

Debido a que el embarazo aumenta los requerimientos orgánicos de muchas vitaminas y minerales, es normal que se recete un suplemento vitamínico desde la primera consulta prenatal, siempre bajo prescripción médica, ya que

algunos no se deben tomar en exceso, como por ejemplo la vitamina A. (Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid., 2003.)

Cuidados de enfermería en la embarazada

(Benner P. The crisis of care. Georgetown University Press. Washington, 1994)

Es importante que el personal de enfermería intervenga realizando acciones en la gestante que ayuden a la buena evolución del embarazo.

Las acciones de enfermería independientes consisten en:

1. Asesoramiento dietético durante el embarazo:
 - a. Aconsejar a la madre sobre los cambios que se requieren para remediar las deficiencias.
 - b. Planear la dieta prenatal con la madre para que logre la nutrición suficiente.
 - c. Explicar la importancia de la buena nutrición para la salud global de la madre y su familia.
 - d. Explicar la importancia de los suplementos de hierro, ácido fólico y vitamina C (tabletas prenatales) durante el embarazo.
 - e. Fomentar la ingestión de alimentos que aporten hierro y ácido fólico.
 - f. Destacar la importancia del aumento ponderal óptimo.
 - g. Explorar las preocupaciones sobre la imagen corporal.
 - h. Valorar a la mujer en busca de edemas en la cara y extremidades, así como, proteinuria y glucosuria en orina.

- i. Verificar que la presión arterial sea normal.
- j. En cuanto a las principales molestias realizar recomendaciones, estas son:

- Náuseas y vómitos:

- o Comer galletas o tostadas antes de levantarse.
- o Realizar ingestas fraccionadas de poco volumen y suaves.
- o Evitar alimentos grasos o muy condimentados.
- o Beber líquidos fuera de las comidas.
- o Evitar los olores fuertes y desagradables.

- Micción frecuente:

- o No aguantar la micción.

- Hipersensibilidad mamaria:

- o Utilizar un sujetador adecuado, si es de algodón mejor.

- Leucorrea:

- o Higiene diaria.
- o No realizar duchas vaginales.
- o Utilizar ropa interior de algodón.

- Congestión nasal:

- o Irrigaciones de suero fisiológico.
- o No usar antihistamínicos ni anti congestivos.

- Gingivitis:

- Correcta higiene dental, utilizar cepillos suaves.

- Pirosis:

- Realizar 5 o 6 comidas de poco volumen y suaves.
- Evitar grasas, fritos, sustancias irritantes, café, bebidas con gas, alcohol y tabacos.
- No acostarse después de las comidas.
- Cenar 2 h antes de acostarse.
- Tomar antiácidos con bajo contenido en sodio.

- Estreñimiento:

- Realizar una dieta rica en fibra, verduras, cereales y frutas.
- Aumentar la ingestión de líquidos.
- Conseguir hábitos de defecación regular.

- Hemorroides:

- Evitar el estreñimiento.
- Conseguir la evacuación diaria.
- Realizar higiene local con agua fría.
- Utilizar pomadas locales con anti inflamatorios o anestésicos.

- Várices:

- Descansar en decúbito lateral izquierdo con las piernas elevadas.

- Utilizar medias elásticas.
- Evitar permanecer de pie durante períodos largos.
- No cruzar las piernas ni utilizar prendas que compriman.

- Edemas:

- Descansar con las piernas elevadas.
- Evitar compresión de las extremidades.
- Si tiene que permanecer de pie o sentada durante un período largo, realizar ejercicios de dorsiflexión del pie.

- Lumbalgias:

- Correcta higiene postural.
- Utilizar zapatos cómodos y evitar el tacón alto.
- Realizar ejercicios para reforzar la musculatura.

- Calambres en las piernas:

- Dorsiflexión suave de los pies para estirar los músculos.
- Aumentar en la dieta el calcio y disminuir el fósforo.

- Desmayos:

- Levantarse lentamente.
- Evitar las aglomeraciones o espacios muy cálidos.

- Disnea:

- Postura corporal correcta al estar sentada o de pie.

- o Dormir utilizando más almohadas.

k. Instrucciones a la paciente en cuanto a la nutrición: alimentación completa, variada y fraccionada de la forma siguiente: desayuno, merienda, almuerzo, merienda, comida y cena. Para esto se puede utilizar la guía que se recomienda en la tabla 4.1.

La dieta debe contener alimentos de todos los grupos, tales como:

- a. Frutas.
- b. Verduras y hortalizas.
- c. Cereales y derivados.
- d. Leche, queso y yogurt.
- e. Carnes, aves, pescado y huevos. (Benner P. The crisis of care. Georgetown University Press. Washington, 1994)

2.13 Acciones de enfermería en la educación de la gestante

El objetivo de los cuidados de enfermería a la embarazada es monitorear la salud de la madre y del feto durante el embarazo. Se debe enseñar a la embarazada qué hacer para que sea responsable de su salud.

Toda la educación durante la gestación se debe relacionar con aspectos tales como:

1. Ejercicio y actividad física: en el que debe instar a que:
 - a. Evite la fatiga excesiva y la actividad atlética desacostumbrada.

- b. Abandone la actividad laboral no saludable, donde esté en contacto frecuente con humos, polvos, etc.
 - c. Evite los deportes bruscos o virtualmente peligrosos, fomente la natación ligera.
 - d. Aumente las horas de descanso y de sueño.
2. Vestimenta:
- a. La ropa debe ser confortable, ligera y adecuada al clima que exista.
 - b. Debe evitar usar ligas y medias elásticas, si existen várices.
 - c. Utilizar ajustadores adecuados desde el principio del embarazo.
3. Sentido común: muy importante, ya que rige la conducta útil para que la gestante sea razonable en las decisiones que tome en su comportamiento; y que le permitan evitar los riesgos innecesarios por ejemplo:
- a. Los gatos pueden ser portadores de una toxoplasmosis activa, los amantes de estos animales de compañía, con frecuencia, desarrollan una inmunidad contra esta enfermedad; pero es mejor utilizar guantes de goma para limpiar los excrementos o pedirle a alguien que lo haga.
 - b. Evitar el exceso de calor de los baños calientes, saunas y mantas eléctricas.
 - c. La gestante debe avisar al dentista y al radiólogo de que está o puede estar embarazada, aunque los expertos aseguran que los modernos equipos de rayos X de baja potencia, raramente provocan daños en el feto.

4. Actividad sexual: es frecuente la no realización de actividad sexual durante el embarazo, lo cual está muy ligada a una pobre educación sexual. Se les debe orientar que, si el embarazo evoluciona de manera correcta, el coito no tiene restricción hasta las 37 o 38 semanas de embarazo. Solo se restringe en casos de antecedentes obstétricos patológicos, riesgos de aborto, infecciones vaginales, etc.

5. Fármacos, drogas y tabaquismo:
 - a. Durante el embarazo no se debe tomar ningún tipo de píldoras o medicamentos, sin previa autorización del médico.

 - b. Todas las drogas ilegales y adictivas suponen un riesgo potencial para el bebé que se está desarrollando. Algunas de ellas pueden ser un riesgo al atravesar la placenta e incluso dañarla, como son: la marihuana y la cocaína; las que a su vez, provocan problemas de crecimiento fetal y algunas complicaciones serias al embarazo, incluyendo el aborto. Además de afectar a largo plazo al feto, produciéndoles irritabilidad, llanto excesivo y malformaciones físicas y mentales.

 - c. El alcohol es una droga que puede dañar al espermatozoide y al óvulo antes de la gestación, y también al embrión en desarrollo. Los principales riesgos para el niño en la gestación son el retardo mental y el daño del sistema nervioso en general, a lo que se le llama síndrome fetal del alcohol. El exceso de bebida alcohólica también puede provocar la muerte prenatal.

 - d. El tabaco es uno de los mayores culpables de problemas durante el embarazo, desde el aborto hasta el nacimiento prematuro. Hay una estrecha relación entre los niños nacidos con bajo peso y el

fumar de las madres durante el embarazo. El ser fumadora pasiva también puede afectar el desarrollo del bebé. (Benner P. The crisis of care. 1994)

2.14 Ultrasonido en el embarazo.

Es un método en el cual se obtienen imágenes del feto y de los órganos pélvicos de la mujer durante el embarazo.

El aparato de ultrasonido envía ondas sonoras de alta frecuencia, las cuales reflejan las estructuras corporales creando una imagen.

Las consideraciones generales que se han de tener en cuenta son:

1. El ultrasonido es un procedimiento estándar que se utiliza durante el embarazo, en el que se emplean ondas sonoras de alta frecuencia para detectar estructuras internas del cuerpo. El sistema es muy parecido a la manera en que el sonar de un barco puede localizar un banco de delfines. Se basa en el rebote de ondas sonoras sobre el cuerpo del feto en desarrollo; los ecos producidos por estas ondas se convierten en una imagen denominada monograma, que aparece en un monitor de televisión.
2. Se considera un procedimiento muy seguro, tanto para la madre como para el feto, siempre y cuando no se utilice indiscriminadamente, ya que no produce radiación ionizante, porque se utilizan ondas sonoras en lugar de radiaciones.
3. Mediante el ultrasonido se puede ver el crecimiento fetal y detectar un mayor número de alteraciones, tales como: meningocele, enfermedades cardíacas congénitas, anomalías renales, hidrocefalia, anencefalia, pie zambo y otras deformidades.

4. Alternativamente también se le denomina como: ecografía del embarazo, sonograma obstétrico, ultrasonido obstétrico, escaneo de ultrasonido, etc.

En el mes la gestante debe aumentar de 1 a 2 kg aproximadamente (0,5 kg/sem). Si este aumento es escaso, se corre el riesgo de obtener un recién nacido bajo peso y, si hay exceso, se corre el riesgo de obtener una macrosomía fetal o de una enfermedad hipertensiva del embarazo.

Esta prueba se realiza para confirmar sospechas de alguna anomalía por motivos clínicos y también con fines exploratorios, por lo que tiene muchas aplicaciones durante el embarazo, permitiendo encontrar respuestas a las dudas médicas. Algunas de las utilidades más importantes son las siguientes:

1. Confirmar un embarazo.
2. Detectar fetos múltiples (gemelos, trillizos o más).
3. Determinar la edad, tamaño, madurez o condición del feto.
4. Monitorear el desarrollo del feto.
5. Detectar alteraciones, tales como: espina bífida, o malformaciones de corazón, riñón, intestino y extremidades.
6. Detectar hidramnios (presencia de demasiado líquido amniótico).
7. Determinar la posición del feto.
8. Identificar la ubicación de la placenta.

9. Guiar procedimientos, tales como: la amniocentesis, o muestreo de vellosidad coriónica.

El procedimiento es el siguiente:

1. El ultrasonido se realiza en el policlínico o en el hospital; para esto la paciente tiene que colocarse una bata de hospital o simplemente bajarse la falda o pantalón, de manera que el vientre quede expuesto y, acostarse de espalda sobre la mesa de examen.
2. Luego el técnico aplica un gel conductor especial sobre el vientre y pasa un transductor manual sobre este, utilizando presión moderada. En el caso de ultrasonido que se realiza muy al comienzo del embarazo (antes de que el útero sobresalga por encima del hueso pélvico) o cuando el médico necesita observar con más cuidado el cuello uterino, se inserta en la vagina un transductor del tamaño de un tampón, para complementar el ultrasonido abdominal al que se le denomina ultrasonido transvaginal.
3. Las imágenes obtenidas del útero y del feto son revisadas en la pantalla de la computadora, de las cuales se pueden imprimir algunas.

Los elementos que se han de tener en cuenta durante el procedimiento son los siguientes:

1. Verificar que la vejiga esté llena para obtener buenas imágenes (primer trimestre).
2. Ayudar a acostar a la paciente.
3. Cuidar su privacidad.

Orientar que sentirá una pequeña molestia, como consecuencia de la presión que ejerce la vejiga llena y por el gel conductor que se puede sentir un poco frío y húmedo, pero las ondas del ultrasonido no se sienten. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

Ultrasonido transvaginal o endovaginal. Se realiza mediante una sonda o transductor apropiado introducido de manera adecuada en la vagina, como se explicó antes. Se pueden obtener imágenes más claras y confiables que las obtenidas por vía abdominal, la cual está en muchas ocasiones interferida por: gases intestinales, material fecal, contextura de la paciente o por la imposibilidad para retener la orina. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

Se suele indicar en casos de:

1. Embarazos tempranos.
2. Sospechas de embarazo extrauterino.
3. Complicaciones en embarazos tempranos.
4. Coexistencia del dispositivo intrauterino y el embarazo.
5. Embarazos tempranos con úteros en posiciones anormales.
6. Obesidad.
7. Embarazos en pacientes con miomatosis uterina.
8. Sospecha de anomalías uterinas. (Esteban A. El control de la calidad asistencial 1988.).

2.15 Educación sanitaria en la mujer embarazada

* La vivienda

Durante el embarazo habrá de procurar mantener una buena ventilación en la vivienda, intentar evitar que haya humedad y mantener una temperatura ambiental entre 18 y 20°C. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

* El cuidado del cuerpo

En general se procurará una buena higiene personal para lo que se aconseja: Baño y ducha que se tomaran una vez al día evitando temperaturas extremas e inmersiones muy prolongadas. En principio el baño no está contraindicado, pero es más recomendable la ducha cuando existan metrorragias, cuello uterino permeable o rotura de las membranas ovulares. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

Las duchas vaginales no se deben de hacer si no están prescritas, sin embargo se recomienda una buena higiene de los órganos genitales externos con jabón suave. La higiene dental es muy importante ya que durante el embarazo es muy frecuente la gingivitis gravídica, caracterizada por encías hemorrágicas. Se recomienda realizar un buen cepillado de dientes después de cada comida con un cepillo suave. Durante la gestación también aumenta la secreción de saliva que puede llegar a ser incómodo y por tanto es importante una buena higiene bucal. Al inicio del embarazo también se aconseja una visita al Odontólogo para prevenir posibles infecciones. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

La higiene de las mamas se debe de hacer diariamente durante la ducha o el baño. Para prevenir las fisuras en la piel está indicada la utilización de una crema anti estrías que también se puede aplicar en abdomen y muslos. Hay que procurar que las mamas queden bien sujetas usando sujetadores especiales para

embarazadas ya que al estar aumentadas de tamaño y de peso se pueden producir problemas de descolgamiento. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

Tomar el sol con exceso durante el embarazo no es recomendable, ya que tanto en las mamas como en el resto de la piel pueden aparecer manchas que posteriormente no desaparecen, puede provocar también eritemas y aumenta el riesgo de varices en las extremidades inferiores. Si se toma el sol, debe de hacerse con moderación, y proteger la piel con cremas con filtro solar adecuadas a cada tipo de piel. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

* Prendas de vestir

Las prendas se han de adaptar a las modificaciones corporales. Serán amplias, confortables, que no opriman y adaptados a la época del año. Es importante la estética, y para ello la mujer se ha de sentir cómoda con la ropa que lleve. La faja de embarazo esta desaconsejada, excepto en casos particulares. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

Se recomienda usar calzado con tacón medio de unos cinco centímetros, ya que los tacones muy largos agravan la curvatura dorsal, mientras que el zapato plano favorece el aplastamiento de la bóveda plantar. Los calcetines apretados o el uso de ligas están contraindicados ya que dificultan el retorno venoso. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

* Las actividades

Las mujeres gestantes pueden continuar realizando sus actividades cotidianas tanto profesionales como de ocio, pero siempre evitando una sobrecarga de fatiga para prevenir un posible parto prematuro. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

** Ejercicio, descanso y sueño:*

En general no es necesario limitar el ejercicio, siempre y cuando no se fatigue mucho. Para ello es aconsejable caminar o pasear un rato cada día ya que así se favorece el retorno venoso en las extremidades inferiores. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

Es muy importante que la mujer descansa el tiempo suficiente ya que la necesidad de sueño está incrementada, por lo que se recomienda que duerma unas ocho horas. La postura adecuada, sobre todo a partir de los seis meses, es la de decúbito lateral, ya que el peso del feto sobre la vena cava puede producir el síndrome de la vena cava, provocando una hipotensión postural. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

Durante el día se recomienda que realice descansos varias veces al día, y durante estos periodos es recomendable que mantenga las piernas elevadas para favorecer el retorno venoso y así evitar las varices. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

La posición de relajación más confortable para la mujer embarazada, consiste en tumbarse en decúbito lateral con las piernas flexionadas y colocar un cojín entre los muslos y otro debajo del abdomen. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

En general en cuanto a las actividades profesionales, no es necesario que dejen de trabajar durante el embarazo, siempre y cuando no existan complicaciones y que su trabajo no constituya una amenaza para ella o para el niño. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

** Vida sexual:*

No existen datos que indiquen que las mujeres embarazadas sin complicaciones, no puedan seguir manteniendo relaciones sexuales, incluso hasta poco antes del parto. Sin embargo, estará contraindicado si hay antecedentes de algún aborto durante el primer trimestre, y en caso de amenaza de parto prematuro. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

** Los viajes*

En general viajar no está contraindicado, aunque hay que tener precaución con los viajes largos ya que pueden producir un parto prematuro. Si la mujer ha de conducir, ha de tomar muchas precauciones, ya que durante el embarazo disminuye la atención y los reflejos. Ha de tener precaución al colocarse el cinturón de seguridad para no ejercer una presión fuerte sobre el feto, lo que podría provocar problemas posteriores. (Esteban A. El control de la calidad asistencial. 1988).

2.16 Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Hace 60 años atrás, en la ciudad sólo existían 3 parroquias que eran: “San José”: representada por el reverendo P. Edmundo Contreras; “Las Monjas”: por Monseñor Luis G. Laris; “La Merced”: por Monseñor Mariano Cerda.

Estos sacerdotes vivían muy unidos y preocupados por la salud de los pobres que eran atendidos por el hospital General Dr. Miguel Silva, que en ese tiempo carecía de todo y era insuficiente. Tratando de dar solución a este problema surge la idea de hablar con un grupo de médicos de la ciudad para plantearles la problemática existente y tras varias reuniones llegaron al acuerdo de que se construyera un Hospital donde se cobrara muy poco o nada según la

condición económica del enfermo. (Manuscrito del Hospital de Nuestra Señora de la Salud)

Esta era la propuesta, pero para llevarla a cabo significaba esfuerzo y cooperación, hicieron saber a los fieles de cada parroquia pidiéndoles que colaboraran con lo que tuvieran ya fuera dinero o material de construcción; así solicitaron a la “Diócesis” la donación del terreno que en ese entonces eran las hortalizas de la casa ubicada en la calle Zaragoza #226 y su petición fue aceptada, Monseñor Edmundo Contreras que en ese momento terminó de restaurar las torres de la Iglesia de “San José” donó todo el material de construcción que le había sobrado y sus colectas; con lo que se pudo construir la planta baja y el primer piso, así como la fachada de la calle Ignacio Zaragoza. Desde este primer momento se puso bajo la advocación y protección de la Virgen de “Nuestra Señora de la Salud” y así recibió el nombre de “Sanatorio de Nuestra Señora de la Salud” poco a poco se fue haciendo más grande por la demanda del servicio hasta que tomó el nombre de: “Hospital de Nuestra Señora de la Salud”. (Manuscrito del Hospital de Nuestra Señora de la Salud)

El Excmo. Sr. Arzobispo don Luis María Altamirano y Bulnes, queriendo dar conciencia y estabilidad a la obra, le encargo a Monseñor Contreras, formara la Asociación de Beneficencia Privada Dr. Simón W. García. El 24 de Junio de 1947 se reúnen los señores:

- Rafael Ramírez Jones.
- José Lino Cortés.
- Lic. Miguel Estrada Iturbide.
- Luis Tena Vales
- Lic. Antonio Chaves Camorlinga
- Lic. Adolfo Sánchez

- Lic. José Ugarte
- Lic. Filiberto Torres Caballero
- Ing. Alfredo Lara Acosta
- Sr. Rafael Villalobos
- Sr. Agustín Carrillo
- Sr. José Laris Rubio.
- Sr. Salvador Garmendia
- Sr. Manuel Llano Andraca
- Sr. Rafael Alarcón Navarrete
- Prof. Fidel León Luviano.

Firmando el acta constitutiva en escritura pública el día 16 de julio de 1947.
(Manuscrito del Hospital de Nuestra Señora de la Salud)

El siguiente paso era saber quiénes atenderían a los pacientes y de primera intención se pide a las Madres Josefinas; las cuales no pudieron por falta personal, entonces Monseñor Contreras consulto al Sr. Arzobispo, y este le aconsejo fuera a solicitar Hermanas “Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul” que hacía poco habían llegado a México. De inmediato Sor Mercedes Setmenat aceptó el ofrecimiento y mandaron traer de España 10 hermanas para hacerse cargo de la fundación; fue el 22 de abril de 1952 cuando llegaron las hermanas y desde ese momento inician a confeccionar toda la ropa y material de curación y así se inaugura el 8 de diciembre de 1952 el Dr. Juan Alanís asume la dirección del Hospital, la buena voluntad de los sacerdotes, para dar asistencia gratuita totalmente. Era imposible por la gran demanda, se toma la decisión de construir un tercer piso para clínica privada, donde todos los enfermos hospitalizados cubrirían sus cuotas en su totalidad, lo que ayudaría para la atención de salas generales

contribuyendo con ello al fin con el que fue construido el hospital. (Manuscrito del Hospital de Nuestra Señora de la Salud)

Años más tarde se construye el Auditorio y sobre esta la capilla quedando terminada e inaugurándose el 15 de agosto de 1959. El señor Don Pablo Díez, dono el elevador lo que vino a facilitar y mejorar gradualmente el trabajo y servicio del hospital.

El segundo Director fue el Dr. Francisco Rivadeneyra Hinojosa, su periodo fue desde 1953 a 1963.

Posteriormente el Dr. Enrique Sotomayor de 1964- 1971 el Dr. Alvarado Torres Valle 1971- 1973.

(Manuscrito del Hospital de Nuestra Señora de la Salud)

2.17 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

El Sistema Integral de Consulta Externa permite llevar el control, tanto de las citas de los pacientes, como de su expediente clínico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. (Sistema Integral de Consulta Externa (SiCE), http://www.sihosys.com/consulta_externa.pdf, 12-mayo-2012)

Procesos típicos de consulta externa

Agenda Médica (Programación de Citas):

Esta opción permite capturar y programar el paciente a atender, dependiendo del tipo de cita. Es posible realizar pre-citas y citas, también maneja una lista de espera para pacientes. Cuando el paciente asiste a su cita, el sistema valida que exista una cita o bien espacio disponible, así como el estado del pago, si el consultorio lo permite es posible poner al paciente en lista de espera y en el

Primer espacio disponible lo asignan (Sistema Integral de Consulta Externa (SiCE), http://www.sihosys.com/consulta_externa.pdf, 12-mayo-2012).

Atención médica:

El proceso de atención médica permite la captura y/o actualización de la historia clínica, misma que puede ser trasladada al expediente del paciente una vez que éste se encuentre internado en alguna clínica u hospital que maneje el expediente clínico. Cuando el paciente recibe atención médica, es posible registrar la sintomatología, el tratamiento y el diagnóstico en las notas de control, así como las indicaciones médicas incluyendo recetas médicas. También es posible generar reportes generales y estadísticos como: listas de asistencia, agenda del día, directorio de pacientes, cartas especiales (como cartas de recomendación o para el pasaporte), historia clínica, notas de evolución, estadísticos de diagnósticos, entre otros. (Sistema Integral de Consulta Externa (SiCE), http://www.sihosys.com/consulta_externa.pdf, 12-mayo-2012)

CAPÍTULO III

ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo III Alcance de la investigación

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir el conocimiento que tiene la enfermera del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, respecto a los cuidados que requiere la mujer gestante durante el primer trimestre del embarazo.

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de las ciencias de la salud, la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar a los cuidados de enfermería a la mujer embarazada, durante el primer trimestre.

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, (lo que define la tendencia predictiva del alcance de la investigación), donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación.

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS

Capítulo IV Hipótesis

4.1 Descripción de la hipótesis

Las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud no cuentan con los conocimientos necesarios para brindar atención a la mujer embarazada en el primer trimestre.

4.2 Definición de las variables

Enfermería

Cuidados de enfermería

4.3 Operacionalización de la hipótesis

Variable	Definición	Instrumento de medición	Que se va a medir
Enfermería	Como profesión abraza más que un arte y una ciencia; es una mezcla de tres factores: arte, ciencia y espíritu de una devoción desinteresada para una causa fundamentalmente dedicada a ayudar a aquellos que están enfermos física, mental o espiritualmente.	Cuestionario	Cuál es el conocimiento de la enfermera
Cuidados de enfermería a la embarazada	La esencia de la enfermería, y se expresa de manera explícita o implícita en el ejercicio profesional. Se afirma que es una relación de apoyo y ayuda que brinda la enfermera a la persona que lo requiera.	Cuestionario	Medir cual es el conocimiento de los cuidados que brinda la enfermera a la embarazada

4.4 Construcción de los instrumentos de medición

Se creó un cuestionario de 20 preguntas en base a las variables, para así poder comprobar la hipótesis, el cual fue aplicado a enfermeras que laboran en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

CAPÍTULO V

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo V Diseño de la investigación

Esta investigación es no experimental descriptiva transeccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis (“Las enfermeras del HNSS no cuentan con los conocimientos necesarios para brindar atención a la mujer embarazada en el primer trimestre”) es verdadera.

Para fines de esta investigación se tomó como población a las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 20 preguntas cerradas y de opción múltiple.

En la operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario

Se realizó la prueba piloto a seis alumnas del cuarto año de la licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó a 30 enfermeras que laboran en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su

operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable.

Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario.

Con base en éste análisis de los datos, se construyó el capítulo VI.

CAPÍTULO VI

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Capítulo VI Recolección y análisis de datos.

Se realizó como ya fue mencionado un cuestionario de 20 preguntas cerradas y de opción múltiple, a enfermeras que laboran en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

En el cual se formularon de acuerdo al capítulo III, en la operacionalización de las variables, se tomó la muestra en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud con una muestra de 30 enfermeras.

1. ¿Sabe usted cuántas consultas prenatales son las mínimas que debe tener la embarazada?
Si
No
2. ¿Usted sabe identificar cuáles son los signos y síntomas de embarazo?
Si
No
3. ¿sabe usted que la atención del embarazo puede ser precoz inmediata o tardía?
Si
No
4. ¿usted sabe cuáles son las divisiones del embarazo?
Si
No
5. ¿sabe usted identificar cuáles son los cambios cardiovasculares que ocurren en la embarazada?
Si
No

6. ¿sabe usted identificar cuáles son los cambios normales en el aparato gastrointestinal en la embarazada?

Si

No

7. ¿usted sabe cuáles son los principales cambios en el aparato urinario en la embarazada?

Si

No

8. ¿Usted sabe cuáles son los cuidados que una embarazada debe tener en cuestión a su higiene íntima?

Si

No

9. ¿sabe usted cuantos líquidos son recomendables que la embarazada tome al día?

Si

No

10. ¿usted sabe cuánto es el requerimiento diario necesario de hierro en la embarazada?

Si

No

11. ¿usted brinda asesoramiento dietético a las embarazadas?

Si

No

12. ¿usted fomenta el aporte de hierro y ácido fólico en la embarazada?

Si

No

13. ¿usted brinda recomendaciones a la embarazada en cuanto a cómo puede combatir las náuseas y el vómito?

Si

No

14. ¿usted brinda recomendaciones a la embarazada en cuanto a su dieta diaria para evitar el estreñimiento?

Si

No

15. ¿usted sabe cuáles son las recomendaciones en cuanto al ejercicio que la embarazada debe realizar?

Si

No

16. ¿usted recomienda a la embarazada que consulte previamente al médico antes de consumir cualquier medicamento?

Si

No

17. ¿usted recomienda que se realice ultrasonido en el primer trimestre de embarazo?

Si

No

18. ¿usted explica a la embarazada cuales son los beneficios de realizar el ultrasonido?

Si

No

19. ¿usted recomienda el descanso en la embarazada durante el día?

Si

No

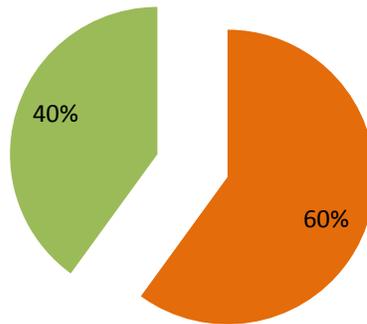
20. ¿usted explica a la embarazada por qué no es recomendable que se realicen duchas vaginales?

Si

No

1. ¿Sabe usted cuántas consultas prenatales son las mínimas que debe tener la embarazada?

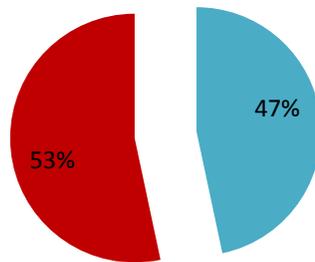
■ si ■ no



En este caso las mayoría de las enfermeras sabe cuánto es el mínimo de consultas a las cuales debe acudir la embarazada para tener un buen control prenatal.

2. ¿Usted sabe identificar cuáles son los signos y síntomas de embarazo?

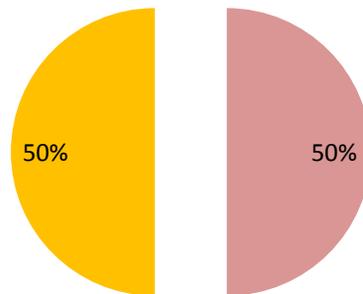
■ si ■ no



Aquí se puede identificar que más de la mitad del personal de enfermería no sabe cuáles son los principales signos y síntomas para identificar un embarazo por tanto no será posible que lo puedan transmitir a las usuarias embarazadas.

3. ¿sabe usted que la atención del embarazo puede ser precoz inmediata o tardía?

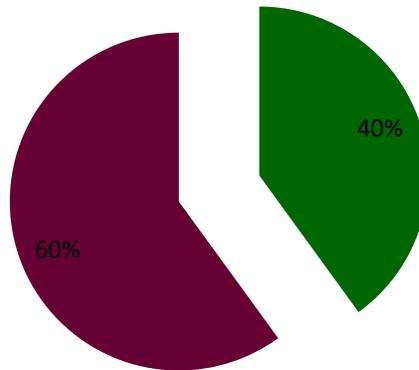
■ si ■ no



En este caso la mitad del personal lo sabe pero la otra mitad no por tanto es conveniente que el personal que tiene el conocimiento le haga saber al personal que carece de esta información para que así se le pueda brindar la orientación necesaria a las usuarias.

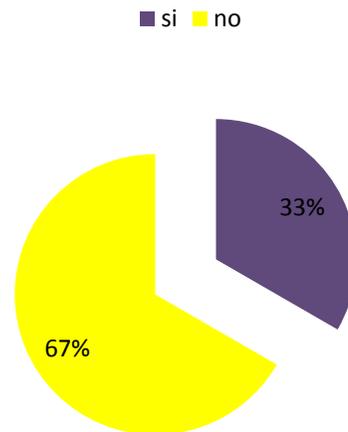
4. ¿usted sabe cuáles son las divisiones del embarazo?

■ si ■ no



En este caso un 60% de enfermeras no cuentan con la información necesaria acerca de cuáles son las divisiones del embarazo lo cual es necesario para que se le haga saber a las usuarias y su vez poder brindarles las recomendaciones y cuidados necesarios.

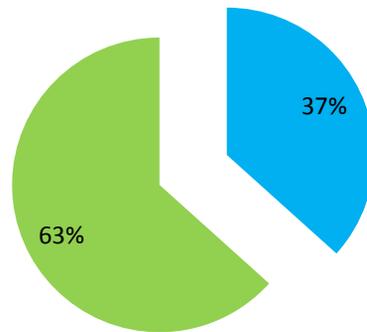
5 ¿sabe usted identificar cuales son los cambios cardiovasculares que ocurren en la embarazada?



Se puede percibir que el conocimiento del personal de enfermería es deficiente porque es necesario que tengan en cuenta cuales son los cambios en la embarazada para hacer de su conocimiento para que sepa que es normal y saber identificar qué es lo anormal o patológico.

6. ¿sabe usted identificar cuales son los cambios normales en el aparato gastrointestinal en la embarazada?

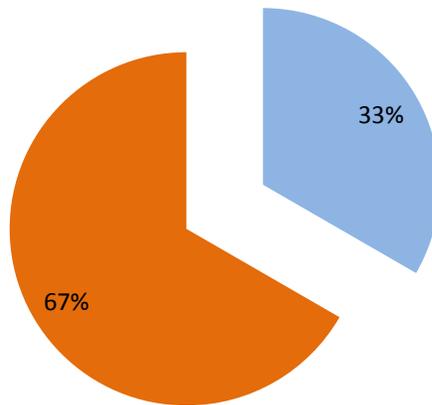
■ si ■ no



El personal no cuenta con el conocimiento resisaría para que haga de su conocimiento a las embarazadas para que sepan cómo es que pueden combatir esta serie de cambios que son normales pero que si se descuidan se pueden convertir en patológicos.

7 ¿usted sabe cuales son los principales cambios en le aparato urinario en la embarazada?

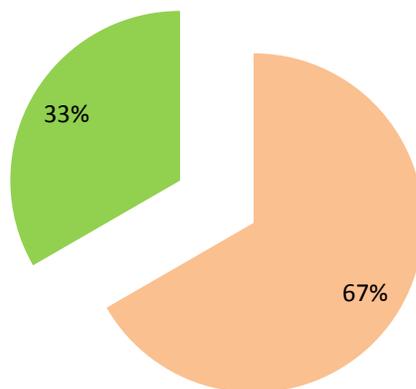
■ si ■ no



El personal no cuenta con el conocimiento suficiente para identificar los principales cambios y a su vez dar las recomendaciones necesarias para evitar que se presenten infecciones urinarias.

8. Usted sabe cuales son los cuidados que una embarazada debe tener en cuestión a su higiene intima?

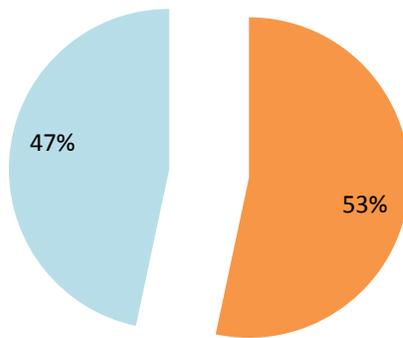
■ si ■ no



El personal cuenta con la información necesaria para brindarle a la embarazada las recomendaciones que se requieren para llevar un buen embarazo

9. ¿sabe usted cuantos liquidos son recomendables que la embarazada tome al dia?

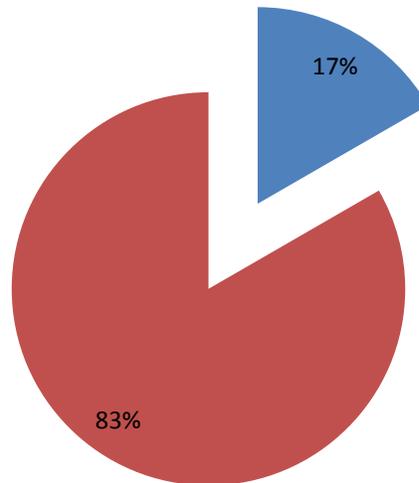
■ si ■ no



Es bueno que se sepa el promedio del consumo de líquidos en la embarazada para que así se le recomiende cuanto y que se consuma, que es lo que se debe consumir.

10 ¿ usted sabe cuánto es el requerimiento diario necesario de hierro en la embarazada?

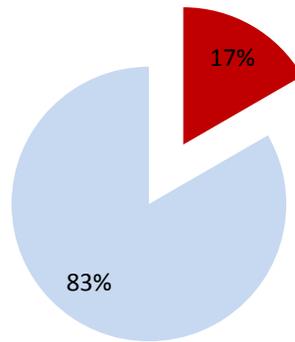
■ si ■ no



El personal debe saber cuánto es el requerimiento necesario de hierro que es muy importante tanto para la mujer como para el producto y así llevar a buen término el embarazo.

11. ¿usted brinda asesoramiento dietético a las embarazadas?

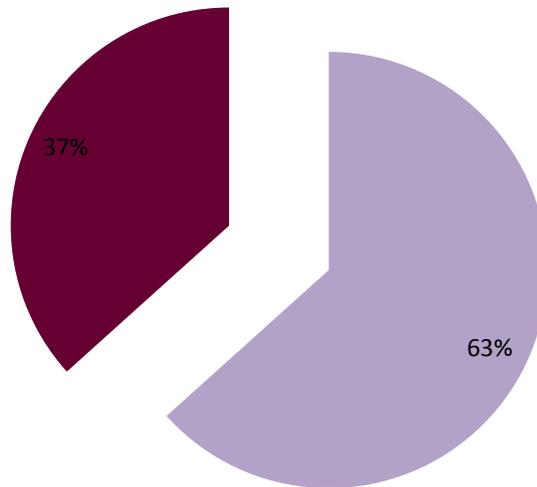
■ si ■ no



En el hospital de nuestra señora del a salud no se les brinda asesoramiento dietético a las embarazadas lo cual debe ser fundamental para el buen control de un embarazo.

12. ¿usted fomenta el aporte de hierro y ácido fólico en la embarazada?

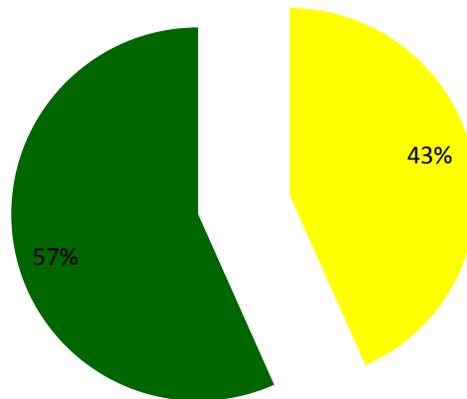
■ si ■ no



El personal de enfermería si recomienda el aporte de hierro y ácido fólico el cual es muy necesario para el buen desarrollo del bebe y que ayudan a evitar malformaciones congénitas.

13. ¿usted brinda recomendaciones a la embarazada en cuanto a como puede combatir las nauseas y el vomito?

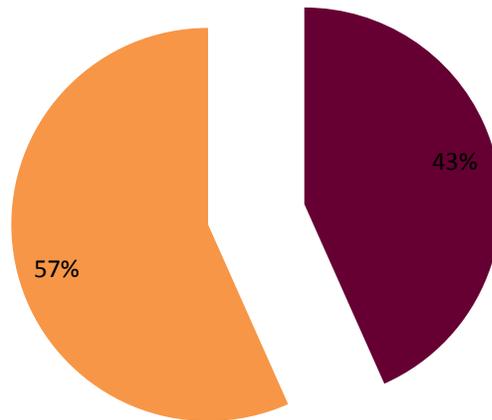
■ si ■ no



La siguiente tabla no brinda la información necesaria a la embarazada para combatir estos síntomas tan característicos sé que presentan en esta etapa y que pueden durar todo el embarazo.

14. ¿usted brinda recomendaciones a la embarazada en cuanto a su dieta diaria para evitar el estreñimiento?

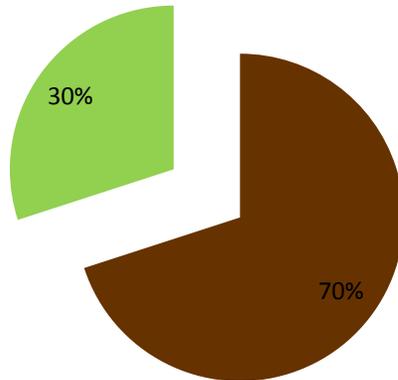
■ si ■ no



La presente tabla muestra que no se le brinda una recomendación a la embarazada en cuanto a cómo se debe combatir el estreñimiento ya que es muy frecuente en las mujeres y mucho más en la embarazada.

15. ¿usted sabe cuáles son las recomendaciones en cuanto al ejercicio que la embarazada debe realizar?

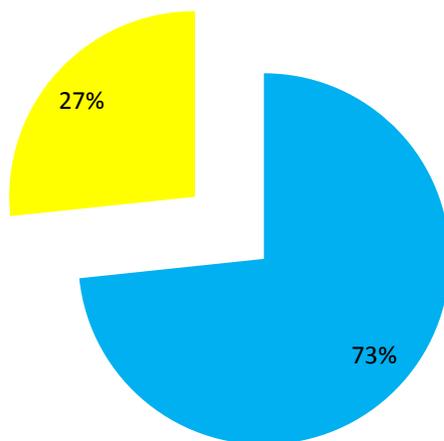
■ si ■ no



En esta tabla se expresa que el personal de enfermería si cuenta con el conocimiento necesario para brindar las recomendaciones que debe tener en cuenta toda embarazada.

16. ¿usted recomienda a la embarazada que consulte previamente al médico antes de consumir cualquier medicamento?

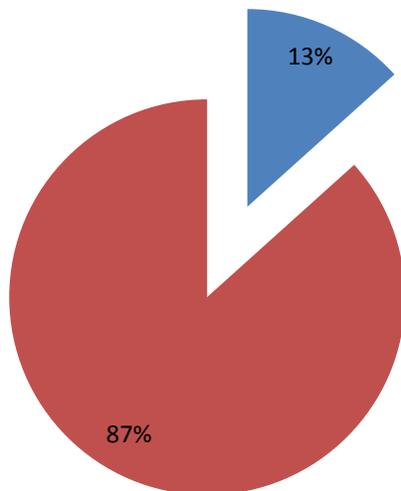
■ si ■ no



Es bueno que a la embarazada se le haga saber que durante este periodo no debe consumir cualquier medicamento sino que todo debe ser recomendado por el especialista para evitar cualquier complicación con él bebe y la mama.

17. ¿usted recomienda que se realice ultrasonido en el primer trimestre de embarazo?

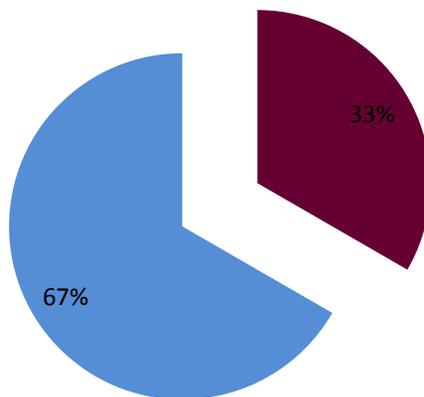
■ si ■ no



En esta grafica se observa que no recomiendan la realización de ultrasonido pero es importante mas no necesario pero es de mucha ayuda para identificar algunas malformaciones o complicaciones que pueden ser reversibles.

18. ¿usted explica a la embarazada cuales son los beneficios de realizar el ultrasonido?

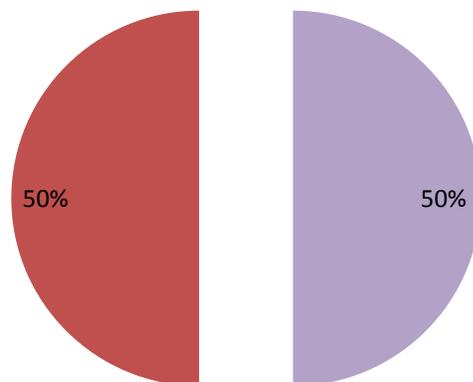
■ si ■ no



Se expresa en esta grafica que el personal de enfermería no tiene las herramientas necesarias para compartir los beneficios que brinda la realización de un ultrasonido en cualquier etapa del embarazo.

19. ¿usted recomienda el descanso en la embarazada durante el dia?

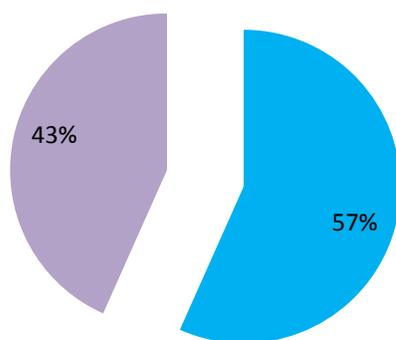
■ si ■ no



En esta grafica se expresa que no todo el personal de enfermería del hospital de nuestra señora de la salud recomienda el descanso el cual es necesario para la circulación y el bienestar materno.

20. ¿usted explica a la embarazada el porqué no es recomendable que se realicen duchas vaginales?

■ si ■ no



El personal cuenta con la información necesaria para brindar las recomendaciones del porque no se deben realizar duchas vaginales las cuales pueden provocar una serie de complicaciones en el embarazo.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Capítulo VII Conclusiones y recomendaciones.

7.1 Conclusiones

En la presente se concluye que son muchos los cuidados que debe recibir la mujer tanto embarazada como la que piensa embarazarse pero es muy poco el conocimiento que el personal de enfermería del hospital de nuestra señora de la salud posee.

7.2 Recomendaciones

Es recomendable dar asesoramiento al personal de enfermería para que a su vez el personal transmita los cuidados y la información que es necesaria brindar a todas las mujeres embarazadas.

Se debe trabajar más con el personal de enfermería para que posean los conocimientos y formas correctas de explicar los cuidados y a su vez que las usuarias embarazadas sepan identificar cuáles son los cambios que van a ocurrir en su organismo, cuales son normales y cuáles son los indicadores de patologías.

Es recomendable brindar un curso a todas las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud para que ellas sean un complemento del médico y que también puedan orientar a las usuarias sobre su embarazo, cuidados y porque no hasta en el tratamiento de algunas complicaciones que se puedan presentar durante este periodo fisiológico normal.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

1. Daza de C R, Torres AM, De Romano GI. Experiencia de Conceptualización en Enfermería. Facultad de Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana. Editorial CEJA. Bogotá,2001.
2. Caicedo H. Viabilidad de una Línea de Investigación sobre la enseñanza de las Ciencias Sociales. Revista Colombiana de Educación. Universidad Pedagógica Nacional, 1992; 24:91-98
3. Villaveces J. Los grupos de Investigación bases para la construcción de una política. Universidad Nacional. Bogotá, 1994.
4. Velandia A. Grupos y centros. Áreas y Líneas de investigación en el desarrollo del conocimiento de Enfermería. Gestión de la investigación en Enfermería. 5.Valencia (Venezuela). Memorias de Panel, 1996.
5. 6.Khun TS. Estructura de las revoluciones científicas. Posdata: F.C.C. México, 1982.
6. Marriner A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Mosby. Madrid. Barcelona, 2003.
7. 8.Paim LM Línea de investigación en Enfermería. Revista de Ciencias de Saude. Florianópolis, 1990. 9(12):63-64.
8. 9.Meleis A Theoretical Nursing. Development and progress. Third edition. Lippincott. Philadelphia. New York,1997: 279- 311. 1ª edición. Bogotá: Centro de publicaciones Fundación. FES, 1997. 10. Benner P. The crisis of care. Georgetown University Press. Washington, 1994: p 42. 11. Torres A. Línea de investigación. Memorias del taller sobre Líneas de investigación en Enfermería. ACOFAEN, Universidad Nacional. Bogotá, 1996.

9. 12. Esteban A. El control de la calidad asistencial, una responsabilidad compartida. Rev Clin Esp 1988;182(3):166.
10. 13. Martínez Junco H. Sistema de auditoría médica hospitalaria. Rev Cubana Adm Salud 1988;14(1):55-72.
11. 14. Fernández Caballero E. Calidad de la atención médica. Notas de clase del curso sobre técnicas de dirección a personal dirigente de enfermería, ISCM-H, Cuba, 1990.
1. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring Michigan: Helth Administration, 1980.
2. Montiel Morales G. Administración de los servicios de salud en enfermería. Evaluación de la calidad de atención de los servicios de enfermería, Méjico: OPS-CIESS, 1988.
3. Lohr K. Strategic for Quality Assurance. Vol I, Vol II. Institute of Medicine. Washington DC: Nacional Academy, 1990.
4. Paganini JA. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Washington DC: OPS-OMS, 1993.
5. Paganini JM. La garantía de calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Washington DC. OPS-OMS, 1992.
6. Feinsilver JM. Cuba como una potencia médica mundial. La política del simbolismo. Rev Cubana Salud Pública. 1992.
7. Mejorar en la efectividad de la entrega del cuidado de Salud. Nueva York: Booz-Allen, Hamilton, 1992.