

00942

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

3_{2g.}

ESCUELA NACIONAL
DE ENFERMERÍA Y OBSTÉTRICA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LA ENFERMERA PERINATAL COMO
PARTICIPANTE
EN EL TRABAJO DE PARTO Y SU ENTORNO.

ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER

EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA PERINATAL

PRESENTA
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTÉTRICA
VIRGINIA VALTIERRA VALTIERRA

TUTOR ACADEMICO

LIC. MARIA TERESA AYALA QUINTERO

1

1978

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

264965



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haber brindado la oportunidad de realizar una especialidad de enfermera perinatal a nivel de posgrado.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por el apoyo que le da al licenciado en enfermería para su actualización y formación profesional a través de las especialidades de posgrado.

A la Licenciada en Enfermería Eloisa Romero Aldana por su entusiasmo y apoyo profesional tutorial incondicional, elemento importante en la formación profesional del Licenciado y especialista en enfermería

A la Licenciada en enfermería María Teresa Ayala Quintero por todo el apoyo profesional y comprensión humana para el término del presente trabajo.

A mi ESPOSO Alejandro y a mi hija Verónica por todo el amor, apoyo y comprensión durante mi formación profesional.

A Gabriel Domínguez por su apoyo técnico y profesional para la impresión de este trabajo.

A Constantina Vargas por el apoyo moral brindado al estar siempre con mi hija.

A mis familiares, amigos y compañeros de trabajo que me apoyarán.

Pero sobre todo al Creador del Universo por su amor y salud, brindada para terminar lo que permitió empezar, una especialidad.

INDICE

I INTRODUCCION.....	6
II JUSTIFICACION.....	7
1.- SELECCION Y DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CASO.....	8
1.1- <i>Presentación del caso C.M.G.....</i>	<i>8</i>
1.2- <i>Resultado de los exámenes de laboratorio del caso C.M.G.</i>	<i>11</i>
2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.....	13
3.- FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO.....	14
3.1- <i>Definición de teoría y modelo.</i>	<i>14</i>
3.2- <i>Teoría de Dorothea Orem.</i>	<i>15</i>
3.2.1- <i>Teoría de autocuidado de Orem.</i>	<i>15</i>
3.2.1.1- <i>Requisito de autocuida universal.</i>	<i>16</i>
3.2.1.2- <i>Requisito de autocuidado de desarrollo.</i>	<i>17</i>
3.2.1.3- <i>Requisito de autocuidado en la desviación de la salud.</i>	<i>18</i>
3.2.2- <i>Teoría del déficit de autocuidado de Orem.</i>	<i>20</i>
3.2.2.1- <i>Demanda de autocuidado terapéutico</i>	<i>22</i>
3.2.2.2- <i>Agencia de autocuidado.</i>	<i>25</i>
3.2.2.3- <i>Agencia de cuidado dependiente.</i>	<i>24</i>
3.2.3- <i>Teoría de sistemas de enfermería.</i>	<i>30</i>
3.3- <i>Proceso de Atención de Enfermería.</i>	<i>33</i>
3.3.1- <i>Concepto</i>	<i>33</i>
3.3.2- <i>Etapas del proceso</i>	<i>33</i>
3.3.2.1- <i>Valoración</i>	<i>33</i>
3.3.2.2- <i>Diagnóstico</i>	<i>33</i>
3.3.2.3- <i>Planificación</i>	<i>34</i>
3.3.2.4- <i>Ejecución</i>	<i>34</i>
3.3.2.5- <i>Evaluación</i>	<i>34</i>

3.4- Trabajo de parto y parto	35
3.4.1- Concepto	35
3.4.2- Fisiología del trabajo de parto	35
3.4.3- Períodos de trabajo de parto	37
3.4.3.1- Primer período de trabajo de parto	37
3.4.3.2- Segundo período de trabajo de parto	38
3.4.3.3- Tercer período de trabajo de parto	38
3.4.3.4- Cuarto periodo de trabajo de parto	39
3.4.4- Conducta a seguir de acuerdo al Instituto Nacional de Perinatología	40
3.4.5- Métodos y recursos de psicoprofilaxis para el manejo del trabajo de parto	43
3.4.6- Valoración de la enfermería especialista en perinatología durante el proceso del trabajo de parto	49
4.- ESQUEMA METODOLOGICO.	52
4.1- Valdración de enfermería	52
4.1.1- Variables e indicadores a evaluar	52
4.1.2- Métodos para la recolección de datos	54
4.1.3- Instrumentos en el registro de datos	54
5.- HALLAZGOS DEL CASO C.M.G.	55
5.1- Valoración inicial de enfermería	55
5.2- Análisis de datos	56
5.3- Evaluación de los requisitos de autocuidado	57
5.4- Plan de intervenciones de enfermería perinatal	58
5.5- Seguimiento del caso	62
5.5.1- Segunda valoración de enfermería perinatal	63
5.5.2- Segundo análisis de datos	63
5.5.3- Evaluación de los requisitos de autocuidado	64
5.5.4- Plan de intervenciones de enfermería perinatal.	65

6.- CONCLUSIONES	68
7.- COMENTARIOS	70
8.- SUGERENCIAS	72
9.- BIBLIOGRAFIA	73
10.- ANEXOS	74

Formato historia clínica

Formato de evaluación de los requisitos de autocuidado

Formato esquema de los puntos importantes para realizar el plan de intervenciones.

I.- INTRODUCCION

El presente trabajo se ha realizado con la finalidad de informar sobre los elementos teóricos prácticos proporcionados por Dorothea Orem, enfoque dirigido en relación al ser humano y su autocuidado.

Es importante reconocer que el hombre tiene limitaciones al igual que capacidades para llevar a cabo su autocuidado, es necesario ir en busca de ellas y conocer las situaciones que favorecen o limitan estas potencialidades para trabajar logrando que el individuo se concientice realizando las actividades que favorezcan su propia salud.

Dentro del marco teórico se manejan las tres teorías de Orem, el autocuidado, el déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería, describiéndose cada una de ellas para la mayor comprensión en la aplicación al caso clínico, que aborda la participación de la enfermera perinatal en el trabajo de parto y su entorno.

Posteriormente se enuncian los elementos que integran el proceso de atención de Enfermería, la importancia para su aplicación al caso elegido, y se define el proceso durante el trabajo de parto. Se elabora el marco referencial antes de la participación de la enfermera perinatal, elementos que le ayudan a brindar un servicio de mejor calidad a la paciente que se encuentra en el trabajo de parto, demandando una atención dependiente a la hora del nacimiento abarcando al sistema de enfermería parcialmente compensatorio.

Continuando con la descripción del caso elegido y valorando el estado actual de la mujer embarazada, de acuerdo a sus limitaciones y capacidades, se requiere apoyarla en todo momento retomando los conocimientos adquiridos durante el curso de la especialidad de perinatología donde las instituciones sedes de enseñanza teórico práctica "Centro de Investigación Materno Infantil", "Instituto Nacional de Perinatología" fueron relevantes.

Después de participar en la atención del parto se realizarán, visitas domiciliarias, obteniendo una experiencia directa en relación a su déficit de autocuidado para mantener su salud, proporcionando elementos que le ayuden a modificar su actitud ante tal situación estableciendo estrategias.

II JUSTIFICACION

Actualmente existen 5,964,114,357 habitantes en el mundo siendo la pobreza el factor más determinante en el sector salud, abarcando una tercera parte de la población, sin embargo hasta el año de 1995 se conocen en millones la tasa perinatal por mil nacidos vivos de 7.6, aborto de 20, mutilación de mujeres entre 85 a 110, HIV 22 y transmisión sexual de 333 entre otros.

En México 1 de 131 mujeres tiene el riesgo de morir en el embarazo, parto o puerperio, dando a conocer en el año 1994 la tasa de mortalidad infantil de 30.4%, la tasa de natalidad de 256.6%.

De las infecciones causadas por transmisión sexual, la mujer ha sido la más vulnerable en relación al hombre siendo más susceptible de infectarse, tiene más problemas sociales y por ende sufre enfermedades exclusivas como, CA mama y CACU, etc...

Es por todo esto que la mujer embarazada debe llevar un control durante todo el período gestacional, para detectar y prevenir cualquier factor de riesgo que ponga en peligro la vida de la mujer y del niño, teniendo en cuenta que aun cuando el embarazo llega a término y presenta trabajo de parto, este mismo conlleva sus propios factores de riesgo que debe reducirse y/o limitarse a través de una buena valoración que ayude a planear las intervenciones de actividades de enfermería, favoreciendo el vínculo madre e hijo.

El trabajo de parto es un proceso natural que en ciertas condiciones favorecen al nacimiento de bajo riesgo, aquí es donde la enfermera perinatal debe participar, ésta intervención tiene que ser propia y adecuada para el logro del nacimiento en óptimas condiciones.

Una persona se considera única por la actitud variable que demuestra ante la situación del proceso fisiológico de parto y esta actitud es el resultado de una interrelación desde su formación, crecimiento y desarrollo en todo el ámbito que lo ha rodeado, motivo por el cual el parto es diferente de una persona a otra e inclusive el entorno ambiental que rodea esta situación.

1.- SELECCION Y DESCRIPCIÓN GENERICA DEL CASO

A través del conocimiento adquirido durante la formación profesional y reafirmado durante el primer semestre de la especialidad de enfermería perinatal, se eligió la primera mujer embarazada que se encuentre en trabajo de parto y que llegue al servicio de labor del Instituto Nacional de Perinatología (sede institución) en fase activa con el fin de realizar la valoración inicial y de acuerdo a la teoría de Orem y a los requisitos y déficit de autocuidado detectados se intervendrá de manera positiva para que la mujer en trabajo de parto tenga confianza en sí misma y participe activamente con el apoyo de la enfermera especialista perinatal en todo momento hasta el alumbramiento, contribuyendo con ello a evitar que se presente alguna complicación para la madre y el hijo.

*P*osteriormente a la relación obtenida durante el trabajo de parto proceder el caso de la señora de forma directa e indirectamente hasta el momento del alta del Instituto Nacional de Perinatología y valorar las condiciones a su egreso, planeando así la visita domiciliaria, con el objeto de obtener información necesaria utilizando como instrumento la historia clínica elaborada por los alumnos de la especialidad de perinatología, detectar de acuerdo a los requisitos que maneja la teoría de Dorothea Orem, el déficit de autocuidado participando la enfermera perinatal y realizando diferentes actividades imprevistas y necesarias en ese momento, con el objeto de que la cliente esté bien orientada sobre los temas que involucran el puerperio como son: la alimentación, la higiene, signos y síntomas de alarma, lactancia materna, entre otros.

*P*rogramar otras visitas dentro del tiempo de puerperio tardío realizando una valoración, dando orientación de acuerdo a lo que se detecte en ese momento y reafirmar los requisitos universales referente al déficit de autocuidado que se observe en la primera visita domiciliaria.

1.1- Presentación del caso CMG (13/06/97)

Datos generales.

Se trata de una mujer embarazada de 27 años de edad, casada, mide 1.59 m, de talla y 63 kg de peso, grupo sanguíneo A, Rh positivo, escolaridad nivel profesional sin terminar estudios, ocupación de secretaria, nació en el D.F. en donde reside actualmente, su esposo tiene 27 años de edad, de nivel profesional sin terminar estudios, ocupación comerciante.

Características de la familia.

Es una familia extensa integrada actualmente por 4 personas, dos de ellas es su tía con su hija, la comunicación con ellos es buena al igual que la relación con su esposo, considera que uno de los principales problemas es el aspecto económico. El tipo de recreación anterior al embarazo es la bicicleta y patines.

Características del ambiente.

La vivienda que habitan es prestada, pertenece a su tía, cuenta con buena iluminación y ventilación natural, de construcción durable, la pareja habita solo un cuarto, todos los demás servicios son compartidos, además los principales servicios son intradomiciliarios (agua, luz y drenaje). No convive con animales, la basura no se separa dentro de la casa y el medio de recolección es el carro que pasa diario.

Características de la comunidad.

La comunidad cuenta con pavimentación, banquetas, iluminación pública, medios de transporte amplio y diverso, centros educativos como kinder, escuela primaria, DIF, SSA, consultorios particulares donde se brindan servicios de salud, centro de recreación; el parque con canchas de basquetbol, centros comerciales por ejemplo: Bodega Aurrera, Walt Mark, tianguis popular.

Necesidades universales de autocuidado.

Aire.- Se realiza higiene nasal diario, se encuentra expuesta a gases nocivos por vivir en una zona donde hay un paradero de autobuses, fuma una cajetilla de cigarros diario, el cual deja durante el embarazo, no realiza técnicas de relajación. Campos pulmonares y cardiovascular sin compromiso. Sígnos vitales: T. A. 120/80, FC 84, FR 28 y T 36.6 .

Líquidos.- Ingiere 1 lt diario de agua, le agrada el agua simple, no tiene preferencia en cuanto su temperatura, actualmente se encuentra hidratada, niega trasfusiones de sangre o derivados.

Alimentos.- Los consume tres veces al día, su horario es el siguiente: almuerzo 10:00 hrs, comida 15:00 hrs, y merienda 19:00 hrs. A la semana consume carne 0, huevo 2, leche 7, verduras 0, cocina con aceite vegetal, embutidos 1, refiere consumir alimentos naturales y no utilizar ninguna fuente de grasas por venir de familiares que han tenido problemas de salud referente al colesterol. No ingiere tortillas pero si galletas y/o panes, ingiere poca sal no así el azúcar. Le agrada mucho el pollo, le desagrada el hígado, cualquier indole de carne roja. Durante el primer trimestre del embarazo tomo vitaminas materna(sulfato ferroso) y calcio. Durante el último trimestre del embarazo presento problemas gastrointestinales como el estreñimiento no tomando nada para evitarlo, para Gabriela la comida es de placer y alegría

sobre todo durante la gestación. Generalmente come en la casa de su mamá o en su casa con su esposo. Ella refiere conocer los alimentos ricos en fibra y algunos té de ciruela con canela para el estreñimiento.

Eliminación.- La eliminación intestinal es de una vez al día con características normales y 5 micciones diarias sin ningún problema aparente. Presentara rara vez estreñimiento durante el tercer trimestre de embarazo.

Actividad y Reposo.- Las actividades diarias las realiza en el trabajo, su sueño nocturno es con pesadillas. Refiere dolor de huesos por reumatismo en miembro superior izquierdo, es muy sensible al calor y/o frío, resto negativo.

Higiene y Protección de la piel.- El baño general es diario con cambio de ropa total, el cepillado de dientes 2 veces al día, aseo de manos perineal diario; para Gabriela limpieza significa autoimagen, acostumbra solo jabón y shampoo, resto sin alteraciones.

Interacción social.- La comunicación que utiliza es de forma verbal, directa, no pertenece a ningún grupo social, resto negados.

Riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar humano.- Refiere conocer las medidas de prevención en su trabajo, se realiza los exámenes periódicos para el control de su salud, aunque niega haberse aplicado la vacuna toxoide tetánico durante el embarazo, conoce las medidas de prevención de enfermedades. Cuando se encuentra en una situación de tensión en su vida se enfada consigo misma, habla con la persona implicada en el problema, pero es muy sensible y al principio llora. Es alérgica al flánax produciendole prurito en los pies y manos. Aparte del tabaquismo ingiere bebidas gaseosas con cola 7/7, trata de ser una persona de lo más normal como los demás, no le gusta complicaciones pero si vive en un medio de competencia con sus compañeros de trabajo. Tiene una actitud libre y se considera una persona optimista con razocinio.

Necesidades de autocuidado según la etapa de desarrollo.- La señora se encuentra en una etapa de edad adulta media, en estado gestacional, cursando la fase activa del primer período de trabajo de parto..

Necesidades de autocuidado ante una desviación de salud.- APP. En el año de 1996 se le extrajeron las muelas del juicio, a los 6 años de edad le realizaron amigdalectomía, medicamentos prescritos durante el primer trimestre del embarazo (hierro, vitaminas). AHF. Tía materna finada por diabetes, era gemela. Abuela materna de 80 años de edad vive con diagnóstico de cáncer mamario y de presión arterial alta con tratamiento (adalat). Tiene un hermano que es gemelo. AGO. Menarca a los 11 años de edad, ciclos 28 con duración de tres días. IVSA a los 24 años, DIU durante 10 meses de control de fertilidad, G II, A I, de un mes de gestación en el año de 1996. FUM 30/Agosto/96. FPP 06/06/97.

1996 /11 /26.

Hematología

Bioquímica

Glucosa 65 mg / dl

Urea 20 mg / dl

Creatina 4 md / dl

1997 / 02 / 28

Ultrasonografía - Fetometría

Diámetro biparietal 62mm 24sem 26SDG POR FUM

Otras mediciones.

Ca. 179 24 SDG

IF 47 25 SDG

Feto: S.L. P. Pélvica P. dorso izquierdo

Placenta: Localización posterior fundica lateral derecha.

7.8 cm en el borde más inferior del orificio cervico uterino.

Líquido amniótico: Normal, orificio cervical interno: cerrado

Dx Emb. 24 sdg. Feto único vivo vitalidad.

localización de la placenta: posterior

fundica lateral derecha.

1997/03/11

Hematología.

Bioquímica

Glicemia 60 min. c / 50

Glucosa en AHNO 20 mg / dl

Glucemia 60 min. c/50 107 mg /dl

1996/10/31

Estudios citológicos

sitio del material: raspado del exocérvix.

aspiración del endocérvix.

DX Negativo a células malignas.
efecto moderado de estrógenos.
Escasa reacción inflamatoria.

2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.

OBJETIVOS GENERALES

- Aplicar los elementos de la teoría de Dorothea Orem en una persona embarazada que cursa trabajo de parto.
- Valorar sistemáticamente las necesidades de atención de enfermería de una mujer embarazada que cursa un trabajo de parto de acuerdo al modelo de Dorothea Orem.
- Establecer los diagnósticos de enfermería para el caso de una mujer embarazada que cursa un trabajo de parto de acuerdo a la valoración realizada.
- Definir las intervenciones de enfermería especializadas para el caso de una mujer que cursa un trabajo de parto.

OBJETIVO INTERMEDIO.

- Lograr la habilidad para establecer un vínculo positivo enfermera-cliente influyendo en la conceptualización del cuidado del individuo para apoyar el logro de un parto eutócico.

3.- FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO

3.1- Definición de teoría y modelo.

Teoría: Es el conjunto de conceptos, de definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de los fenómenos mediante el diseño de unas interrelaciones específicas entre conceptos con el fin de describir, explicar y predecir.

Ahora bien, de acuerdo a Mariner existen varias razones para la teoría:

- Proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.
- Aumenta la capacidad del personal de enfermería a través del conocimiento teórico.
- Brinda autonomía profesional a través del punto de referencia que supone tanto para el ejercicio como la formación y las labores de investigación de la profesión.
- Favorece el desarrollo de la capacidad analítica, estimula el razonamiento, clasifica los valores y los supuestos y determina los propósitos, del ejercicio profesional, educación e investigación de la enfermería.

Modelo: Es una idea que se explica mediante una visualización simbólica y física. Los modelos simbólicos pueden ser verbales esquemáticos o cuantitativos. No poseen una forma física reconocible y representan un nivel de abstracción más elevados que los modelos físicos, los modelos verbales son enunciados, formados por palabras, los modelos esquemáticos pueden ser diagramas, dibujos gráficos o fotografías. Los modelos cuantitativos son símbolos matemáticos.

Los modelos pueden utilizarse para facilitar el razonamiento sobre los conceptos y las relaciones existentes entre si.

Los modelos conceptuales estan formados por ideas abstractas y generales (conceptos) y por las proposiciones que especifican sus relaciones.

Los grandes teóricos como Dorothea E. Orem incluyen en los modelos conceptuales de enfermería aspectos de la existencia humana, su entorno y la salud, a partir de 1958 se inspiró sobre el concepto de enfermería y considera su teoría en función del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes teorías relacionadas : Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemás de Enfermería (1).

(1) Ann Murriner, et al. Modelos y teorías en enfermería. 3ra. ed. España, ed. Científicas y técnicas. 1993. p. 3 -12.

3.2- Teoría de Dorothea Orem.

3.2.1- Teoría de Auto cuidado de Orem.

Dentro del contexto de la vida diaria, en los grupos sociales y su localización, en tiempo y espacio, las personas maduras o en proceso de maduración contribuyen a regular su propio mejoramiento, desarrollo y prevención de la enfermedad y sus efectos por medio de acciones aprendidas y dirigidas hacia ellas mismas o su ambiente (donde se encuentren) el cual influye en el funcionamiento y desarrollo humano.

SUPUESTOS:

- 1.- Los seres humanos tienen potencial para desarrollar su auto cuidado y el cuidado de sus dependientes.
- 2.- Las formas de satisfacer los requerimientos de auto cuidado son culturales, que varían de acuerdo al individuo y su grupo social
- 3.- Las formas de auto cuidado son acciones intencionadas.
- 4.- Cuando se identifican requisitos recurrentes de auto cuidado se desarrollan formas de satisfacerlos convirtiéndose en hábitos .

PROPOSICIONES:

- 1.- El auto cuidado se intelectualiza como una función humana reguladora y deliberada.
- 2.- Auto cuidado es la acción dirigida deliberada que corresponde al conocimiento que las personas tienen del funcionamiento y desarrollo de ser humano.
- 3.- Implica el uso de recursos materiales y energía dirigidos a aportar el material y las condiciones necesarias para el funcionamiento y desarrollo interno y para establecer relaciones esenciales y seguras con los factores y fuerzas ambientales .
- 4.- El auto cuidado, se orienta de una forma externa (Observable) y de una forma interna (No Observable)
- 5.- Se puede entender como un sistema de acción siempre que exista un conocimiento del conjunto de los diferentes tipos de las secuencias de acción y de sus vínculos de conexión.
- 6.- Sus componentes son conjuntos de acciones y tecnologías (2).

(2) Dorothea F. Orem. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. 4ta ed. Barcelona, España. ed. Ediciones científicas y técnicas, S.A. Salvat. 1993. p. 75-78.

2.2.1.1- Requisito del Auto cuidado Universal

Estos requisitos son esenciales para el logro del auto cuidado independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo o entorno ambiental de un individuo, abarcando los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida.

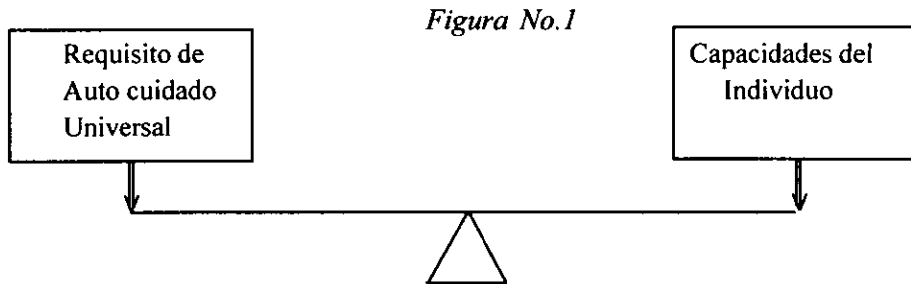
- 1.- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
- 2.- El mantenimiento de un aporte de agua suficiente
- 3.- El mantenimiento de un aporte de alimento suficiente
- 4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos
- 5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
- 6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- 7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano
- 8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

Los requisitos del auto cuidado Universal son tareas esenciales que un individuo debe ser capaz de realizar para cuidar de si mismo, sin embargo no se deben considerar aisladamente por su interacción entre sí.

El auto cuidado para los individuos relativamente sanos se contempla en un equilibrio de varios factores. Hay necesidad de cuidarse uno mismo y satisfacerse los requisitos de auto cuidado Universal y debe tener la capacidad de cubrir las demandas que se hacen al individuo.

Una persona debe cubrir activamente las demandas mediante el empleo de habilidades que ha aprendido y que tienen un contexto cultural apropiado. La idea central en el Modelo de Orem, a nivel conceptual y en término del cuidado práctico de los pacientes es del Equilibrio entre las demandas y las Actividades (3).

(3) Stephen. J. Cavanagh. Modelo de Orem. Aplicación Práctica. Ed. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona, España. 1993. p. 6



Persona sana: capacidades de auto cuidado para satisfacer los requisitos de auto cuidado universal.

*Fuente tomada de: Stephen J. Cavanagh. Modelo de Orem. Aplicación práctica.
1er. ed. Barcelona, España. ed. Científicas y Técnicas. 1993. p. 7.*

2.2.1.2- Requisitos del Auto cuidado de Desarrollo

Orem, ha asociado a estos requisitos con las etapas de desarrollo humano, estas se clasifican en :

**** Etapas específicas de desarrollo; entre estas se encuentran:**

- Vida intrauterina y nacimiento.
- Vida neonatal
- Lactancia
- Infancia, adolescencia y adulto joven
- Edad adulta
- Embarazo

En cada una de las etapas de desarrollo se consideran los requisitos de auto cuidado universal, pero también puede haber demandas específicas de salud a causa del nivel prevalente de desarrollo del individuo (4).

(4). *Ibid.* p. 7.

**** Provisión de condiciones que promueven el desarrollo, (Cuidado dependiente):**

- Materiales
- Condición física, del medio y sociales
- Sensorial
- Cognitivo-Afectivo
- Habilidades intelectuales, prácticas, interaccionales, sociales.
- Persona en familia y comunidad
- Regular el medio. prevenir estados de tensión, ira o ansiedad

**** Compromiso con auto desarrollo:**

- Intraspección reflexión
- Aceptar sentimientos y emociones
- Trabajo productivo en la sociedad

**** Interferencia con el desarrollo:**

- Deprivación educativa
- Adaptación social
- Individualización saludable
- Pérdidas de seres queridos, materiales o posición social

Estar sujeto a una de estas condiciones o a una combinación de ellas podría representar una demanda creciente para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de auto cuidado.

2.2.1.3- Requisito del autocuidado de desviación de la salud.

Estos requisitos de autocuidado, existen para las personas que están enfermas o lesionadas, que tienen formas específicas de patologías, incluyendo defectos e incapacidades y que están bajo diagnósticos y tratamiento médico. Bajo estas condiciones el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud.

- Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos, biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos o cuando hay indicios de condiciones genéticas fisiológicas o psicológicas que se sabe que producen patología humana o están asociadas a esta (5).

(5). *Ibid.*, p. 9.

- Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.

- Realizar las medidas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación medicamente prescritas, dirigidas a la prevención de tipos específicos de patologías a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades.

- Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo sobre el desarrollo.

- Modificación del auto concepto aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.

- Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnosticas y terapéuticas en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado.

La premisa de estos requisitos es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecerlos cuando el es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud

Orem, descarta la importancia que tienen, los cuidados preventivos de salud dentro de estas se encuentran, la prevención primaria que es la satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo. La prevención secundaria consiste en evitar mediante la detección temprana y la intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o la incapacidad prolongada. Y por ultimo la prevención terciaria se da cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad.

La comprensión de los requisitos de actividades requiere una base de conocimientos de la ciencia y la tecnología medica.

Así los modernos avances médicos requieren que la enfermera tenga esa base de patología y de diversas tecnologías medicas si tienen que ayudar efectivamente a los individuos en el autocuidado de desviación de la salud(6).

(6). *Id.*

3.2.2- Teoría del déficit del auto cuidado de Orem

La capacidad de autocuidado de individuos en relación al conocimiento y a la satisfacción del autocuidado terapéutico puede ser afectado por condiciones asociadas a la salud y factores externos o internos a los individuos, lo que hace que su capacidad de autocuidado total o parcial no opere o sea inadecuada cualitativamente para conocer y satisfacer sus demandas terapéuticas de auto cuidado dando lugar a la necesidad de que, enfermería intervenga legítimamente.

Dos grupos de suposiciones previas unen la idea central de la teoría del déficit de autocuidado con la teoría del autocuidado y la dependencia social.

Dentro del primer grupo se encuentran las siguientes:

- Ocuparse del autocuidado requiere habilidad para autorregularse en un entorno estable o cambiante.
- Es afectado por el valor que las personas dan a la vida al desarrollo, salud y bienestar.
- La calidad se apoya en la cultura.
- Es afectada por las limitaciones de las personas sobre que hacer bajo las condiciones y circunstancias, y el como hacerlo.

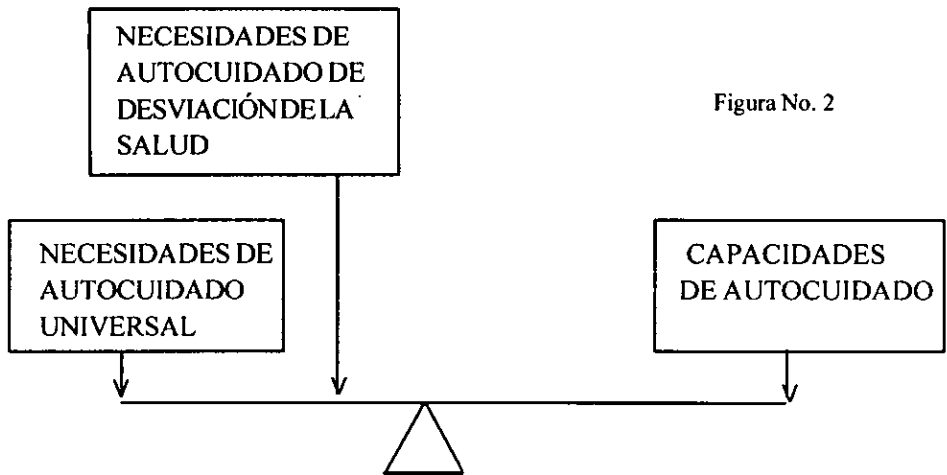
El segundo grupo integra las siguientes suposiciones:

- Las sociedades proporcionan dependencia social forma y medios para ayudar a las personas de acuerdo con la naturaleza.
- Los medios para ayudar a las personas en estado de dependencia social, institucionalmente son los miembros de los grupos sociales.
- Las operaciones directas de ayuda de los miembros de los grupos, sociales se pueden clasificar en las que estan o no asociadas con la edad.
- Los servicios de salud es una ayuda directa institucionalizada en los grupos, sociales para proporcionar asistencia a las personas independientes de su edad.
- La enfermera es uno de los servicios de salud de la civilización occidental.

Las proposiciones:

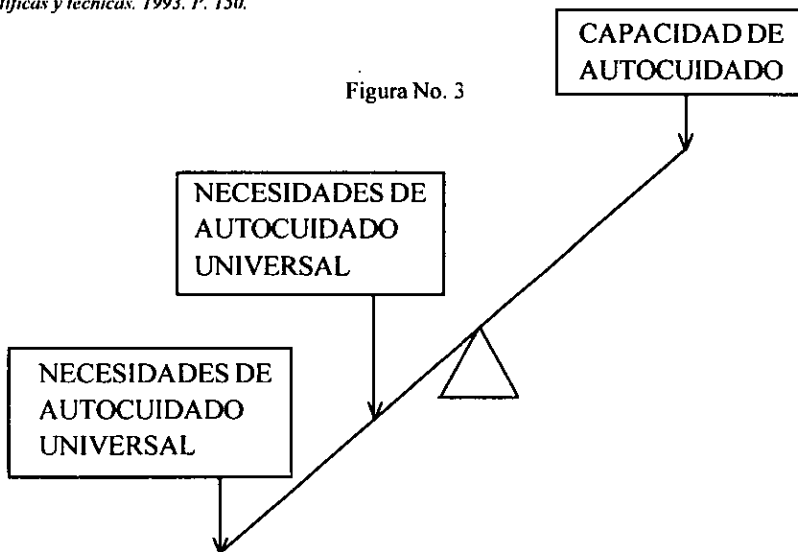
- ** Las personas tienen capacidades especializadas.
- ** Las habilidades de las personas están condicionadas por la edad el nivel de desarrollo, la experiencia, la orientación socio-cultural, la salud y los recursos disponibles.
- ** La relación entre las habilidades y la demanda de autocuidado, se establece solo si se conoce el valor de estos
- ** La relación se define como = (;)
- ** Enfermería es un servicio legítimo, cuando : las habilidades son menores que la demanda, y cuando las habilidades son igual o superior a la demanda actual pero se prevee un déficit futuro(7).

(7). *Op. Cit.* Dorothea, E. Orem. P. 78-79.



Individuo que experimento un cambio en el estado de salud pero que es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado Universal y desviación de la salud.

Fuente tomada de: Stephen J. Cavanagh. Modelo de Orem. Aplicación práctica. 1er Ed. Barcelona, España Ed. Científicas y técnicas. 1993. P. 150.



Individuo que experimenta un cambio en el estado de salud, siendo incapaz de satisfacción de la salud y que, necesita ayuda de enfermería.

Fuente tomada de: Stephen J. Cavanagh. Modelo de Orem. Aplicación práctica. 1er Ed. Barcelona, España. Ed. Científica y Técnica. 1993. P. 151

Los seres humanos tienen una gran capacidad de adaptación a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno, sin embargo puede darse la situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. Aquí es el punto, donde enfermería podría intervenir.

3.2.2.1- Demanda de Auto cuidado Terapéutico.

La demanda de auto cuidado terapéutico, es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos. El componente de requisito de autocuidado del concepto son los propósitos u objetivo ha lograr. Los métodos o tecnologías en medios a través de los cuales pueden cubrirse los requisitos de autocuidado (8).

Función Humana	Requisito de + Tecnología = Curso de Acción Autocuidado 1 Apropiaada
Función Humana	Requisito de + Tecnología = Curso de Acción Autocuidado 2 Apropiaada
Función Humana	Requisito de + Tecnología = Curso de Acción Autocuidado "n" Apropiaada

Elementos estructurales y de acción de los componentes de las demandas de auto cuidado terapéutico.

Los cursos de acción relacionados con cada requisito indican los tipos y secuencias de acciones a realizar al usar un método o tecnología seleccionados para satisfacer un requisito de auto cuidado correcto. En situaciones específicas en que las personas cuidan de sí misma o en situaciones de cuidado dependiente o situaciones, de enfermería, la demanda de autocuidado terapéutico es un cálculo en un momento específico de grupos de acciones que se cree que tienen validez y fiabilidad en el control de los factores que afectan al funcionamiento y desarrollo humanos. Este cálculo se basa en los datos sobre los individuos y sus situaciones vitales. El control de los factores, significa mantener los factores en niveles que esten dentro de la gama de lo que es compatible con la vida, el desarrollo, la salud y el bienestar humano (9).

(8). *Ibid.* P. 152
 (9). *Id.*

En todas las situaciones prácticas el factor que se regula, debe comprenderse en su relación con el funcionamiento y desarrollo de los hombres, mujeres y niños en interés de la vida, la salud y el bienestar. Estos factores pueden ser intrínsecos ó extrínsecos a las personas que deben comprenderse de acuerdo a sus características, su historia y desarrollo.

Los factores que demandan una acción reguladora y que son expresados como requisito de autocuidado se asocian con la edad, sexo, estado de salud y de desarrollo así como patrones de vida de los individuos. Estas características junto con otras dentro del contexto de la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado se llaman factores básicos condicionales.

Dentro de los factores básicos condicionantes se encuentran los siguientes:

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Estado de Salud
- Orientación Sociocultural
- Factores del Sistema de Cuidados de Salud: ejemplo.-Diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.
- Factores del sistema familiar
- Patrón de Vida (actividades)
- Factores Ambientales
- Disponibilidad y Adecuación de los Recursos.

Las enfermeras deben de adoptar un enfoque objetivo a la investigación de los efectos de factores básicos condicionantes sobre los componentes terapéutico de los pacientes.

En situaciones concretas, el cálculo de la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo se realiza componente a componente. Un componente se conoce a través de:

- Identificación, formulación y expresión de un único requisito de autocuidado en su relación con algún aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos.
- Identificación de la presencia de condiciones humanas y ambientales que permiten satisfacer el requisito, o no lo permiten e interfiere en ello.
- Determinación de los métodos o tecnologías que se sabe que tienen validez y fiabilidad para satisfacer el requisito en las condiciones y circunstancias humanas y ambientales predominantes (10).

(10). *Ibid.* P.153

Establecimiento de los grupos y secuencias de acciones que deben realizarse cuando se selecciona un particular método para su uso como medio a través del cual se satisficiera el requisito correcto en las condiciones y circunstancias existentes.

El resultado de este proceso relacionado con un solo requisito de autocuidado, es el establecimiento de las características estructurales de un componente de la demanda de autocuidado terapéutico de la persona que determinan las características de la acción o los elementos de la demanda.

Las bases de la demanda de autocuidado terapéutico de la persona estan constituidos por los requisitos de autocuidado universal y los requisitos de autocuidado del desarrollo particularizados por su edad, sexo, estado de desarrollo, patrón de vida, y condiciones y circunstancias ambientales. Estos requisitos de autocuidado tienen su base en la naturaleza de los seres humanos algunas características son comunes a otros seres vivos, pero no en las condiciones en que se encuentran. Las demandas de autocuidado terapéutico de las personas cuyo estado de salud esta dentro de las normas establecidas para su edad y estado de desarrollo, son componentes universales y del desarrollo. Entre los componentes universales se incluyen aquellos que por su naturaleza previenen la enfermedad, como son los requisitos de inmunización para enfermedades específicas.

El elemento de actividad de cada componente de la demanda de autocuidado terapéutico puede incluir tres tipos de acciones:

- Las dirigidas a la persona que las realiza o la persona para la cual se realizan.
- Las dirigidas a los recursos necesarias.
- Las que satisfacen el requisito de autocuidado.

El elemento de actividad desarrollada de cada componente de la demanda de autocuidado terapéutico es el procedimiento para satisfacer un requisito en particular.

El cálculo de las demandas de auto cuidado terapéutico requiere el conocimiento antecedente de la estructura y funcionamiento humano, el crecimiento y desarrollo humanos, la vida familiar y laboral y el cuidado preventivo de la salud. Requiere de información actual e histórica sobre los individuos particulares y los grupos. Hay necesidad de información actualizada sobre procesos o tecnologías, válidos y fiables para:

- Identificar la presencia y efectos de los factores que afectan a los valores de los requisitos de autocuidado o limitan los métodos que pueden emplearse para satisfacerlos.
- Satisfacer requisitos de cuidado específicos (11).

(11). *Ibid.* P. 156-157

Los métodos para satisfacer los requisitos de auto cuidado deberán examinarse y comprenderse dentro del sistema total de cuidado de los miembros del grupo social.

La demanda de autocuidado terapéutico varía de acuerdo con los requisitos de auto cuidado. Hay dos variaciones que se identifican en relación con los cuidados preventivos de la salud.

Demanda de autocuidado de prevención primaria:

- *Requisito de autocuidado universal
- *Requisito de autocuidado del desarrollo

Demanda de autocuidado de prevención secundaria o terciaria:

- *Requisito de auto cuidado de desviación de la salud
- *Requisito de auto cuidado universal
- *Requisito de auto cuidado del desarrollo

Las demandas de auto cuidado terapéutico también varían en relación con la estabilidad de sus componentes. Algunas demandas permanecen estables durante días, semanas o meses otras carecen de estabilidad puesto que sus componentes están en flujo constante.

Cuando las demandas de auto cuidado terapéutico de un individuo son inestables y complejas, se requiere de personal profesional de enfermería para proteger la vida, la salud y el bienestar de las personas a su cargo.

3.2.2.2- Agencia de Auto cuidado.

La agencia de auto cuidado es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos y promueven el bienestar. Esta agencia varía con respecto a su desarrollo desde la infancia hasta la ancianidad, varía de acuerdo al estado de salud, educación y experiencias vitales que permiten el aprendizaje, la exposición a influencias culturales y el uso de recursos en la vida diaria. La agencia de auto cuidado de los individuos está condicionada por factores de su desarrollo y operatividad (12).

(12). *Ibid.*, P.166

El autocuidado es una conducta humana, un comportamiento aprendido que tiene las características de acción intencionada, este se produce a medida que los individuos se ocupan en acciones para cuidar de sí mismo influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo interno. La forma del autocuidado es la de acción intencionada y sus fases, el contenido se refiere al propósito hacia el cual se dirige; los requisitos de autocuidado y los cursos de acción que son efectivos para satisfacerlos.

La agencia de autocuidado puede examinarse en relación con las capacidades del individuo, influyendo sus habilidades y el conocimiento que tienen y usan para ocuparse de una conducta específica. Estas habilidades se relacionan en su desarrollo, operatividad y adecuación, estos factores pueden ser afectados genéricamente, culturalmente, experiencias vitales y el estado de salud.

La agencia de autocuidado se identifica por las cualidades adscritas a los individuos.

Conceptualización de la Agencia de Autocuidado.

Las reflexiones tempranas sobre la agencia de autocuidado se expresan de la siguiente forma:

- La agencia de autocuidado es una cualidad humana compleja adquirida.
- La agencia de autocuidado es la capacidad que tiene un individuo para ocuparse de operaciones esenciales para su autocuidado
- El ejercicio por parte de un individuo de la capacidad que se llama agencia de autocuidado da como resultado un sistema de acciones dirigidos a condiciones de la realidad de su entorno al fin de regularlas.
- La agencia de autocuidado se conceptualiza como el repertorio de acción de un individuo.
- Esta se caracteriza en habilidades y limitaciones de un individuo para ocuparse de su autocuidado.
- Las condiciones y factores con el entorno de un individuo afectan el desarrollo y ejercicio de la agencia de autocuidado.
- Las personas están sujetas a necesidades secuenciales en el tiempo para el ejercicio de la agencia de autocuidado.
- La agencia de autocuidado es una capacidad estimativa y productiva para el autocuidado (13).

(13). *Ibid.* 16"

La estructura del autocuidado se comprende en relación de operaciones estimativas, operaciones transicionales de reflexión, juicio crítico, toma de decisiones y producción de operaciones a través de las cuales se logran los propósitos especificados por los requisitos de autocuidado y calculados como demanda de cuidado terapéutico.

Se estructuraran dos modelos para explicitar las características fisiológicas y psicológicas de la acción intencionada. El modelo psicológico de acción incluyo tres marcos articulados : Un autentico marco central un marco sociocultural y un marco personal de referencia. El modelo fisiológico se relaciona en lo neurológico sensitivo y motor en la ejecución de acciones interna y externamente orientadas.

Las operaciones estimativas de autocuidado son operaciones de investigación que buscan conocimiento empírico y técnico con el objeto de conocer y comprender que es, que puede hacerse y que debería hacerse con respecto al cuidado de uno mismo. Las operaciones transicionales de reflexionar, juzgar y decidir con respecto o asuntos de autocuidado se fundamentan sus experiencias y el conocimiento sobre los requisitos y medidas de autocuidado para satisfacerlos, así como sus valores y su disponibilidad.

El autocuidado es afectado por la posición y roles del individuo, estado de salud.

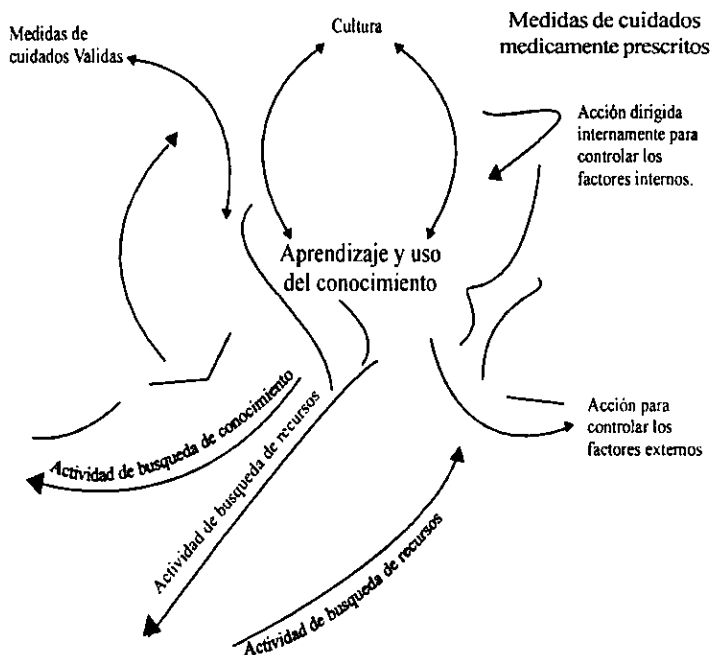
El autocuidado es una conducta aprendida a medida que el niño crece, se desarrollan las capacidades y disposiciones fundamentales para ocuparse en formas de acción intencionada. Aprende que hacer y que no hacer en áreas progresivamente mayores de la vida humana. Desarrollan repertorios de conductas para emprender acciones cuando diversas combinaciones y circunstancias prevalecen en ellos a su entorno.

El agente de autocuidado realiza acciones que tienen una orientación interna o externa mediante la observación obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado. Los cuatro tipos de acciones de autocuidado orientados externamente son: Secuencias de acción de búsqueda de conocimientos, secuencias de acción de búsqueda de ayuda y recursos, acciones expresivas interpersonales y , secuencias de acción para controlar los factores externos (14).

(14). *Ibid.* P 168

Los dos tipos de acciones de autocuidados, orientadas internamente son : Secuencias de acción de uso de recursos para controlar los factores internos y secuencias de acción para controlarse uno mismo.

Figura 4.



El autocuidado tiene orientaciones internas y externas

Fuente tomada de: Dorothe E. Orem. *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica.* Barcelona, España. Ed. Científicas y Técnicas. 1993. P. 179.

El autocuidado y el cuidado de las personas dependientes son formas de la actividad humana referidas como acción intencionada. La acción es intencionada cuando se basa en un juicio informado sobre el resultado buscado el actuar de una manera determinada (15).

(15). *Ibid.* P. 179.

Las personas que pueden producir un autocuidado efectivo tienen conocimiento de si mismas y de las condiciones ambientales.

Los proveedores de autocuidado requieren dos clases de conocimientos : El conocimiento empírico de los acontecimientos y el conocimiento de los antecedentes de las condiciones internas y externas que les ayudan a hacer observaciones, conferirles un sentido y correlacionar el significado de los acontecimientos y condiciones con posibles cursos de acción.

Los individuos deben tener una cierta comprensión del significado y valor del autocuidado para emitir juicios y tomar decisiones de autocuidado racionales y razonables. El nivel de madurez, conocimiento, experiencias vitales hábitos de pensamiento y estados de salud afectaran a esta comprensión.

3.2.2.3- Agencia de Cuidado Dependiente

La agencia de cuidado dependiente, es la habilidad compleja adquirida de las personas maduras o en proceso de maduración, para conocer y satisfacer algunos o todos los requisitos de autocuidado de las personas adultas o adolescentes que tienen limitaciones de agencia de autocuidado derivadas o relacionadas con la salud, lo que las sitúa en lugares de relaciones de cuidados socialmente dependientes. Con respecto a los lactantes y niños, la agencia de cuidado dependiente es la compleja habilidad adquirida de incorporar el conocimiento y satisfacción de los requerimientos de autocuidado de desviación de la salud de los lactantes y niños, así como hacer los ajustes necesarios en los requisitos de autocuidado del tipo universal y del desarrollo en los sistemas continuos del cuidado del lactante y del niño de las actividades de los padres.

El desarrollo de la agencia de cuidado dependiente por los individuos generalmente es una respuesta a las necesidades de los miembros de la familia o amigos para ayudarse en su continuo autocuidado.

La cantidad de instrucción necesaria para que las personas desarrollen el requisito de la agencia de cuidado dependiente para las situaciones en las que actuarán varía según sus experiencias vitales su conocimiento y sus habilidades desarrolladas que pueden ajustarse a la situación de cuidado. La relación del agente de cuidado dependiente con la persona a ayudar el deseo de esta persona de aceptar ayuda y la sensación de deber de cada una de ellos afectará a lo que puede conseguirse (16).

(16). *Ibid.* P. 196-197.

3.2.3- Teoría del sistema de enfermería

La teoría del sistema de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del paciente y las de la enfermera.

Los sistemas de enfermería pueden ser formados o producidos para individuos para personas que constituyen una unidad de cuidado dependiente para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico con componentes similares o que tienen limitaciones similares para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente para familias o para otras unidades multipersonales.

Hay dos premisas básicas para esta teoría:

- 1.- La enfermería son los esfuerzos prácticos que realizan las enfermeras durante cierto tiempo para personas en localizaciones temporales determinadas siempre que sus limitaciones de acción para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente estén relacionadas con la salud.
- 2.- La enfermería es un servicio humano de salud institucionalizado con una competencia y unos límites definidos por la propia finalidad y por su centro de atención especializado en la salud.

Se sugieren ocho proposiciones para el continuo desarrollo de la teoría del sistema de enfermería :

- 1.- Las enfermeras se relacionan o interactúan con personas que ocupan la posición de pacientes de las enfermeras.
- 2.- Los pacientes legítimos tienen requisitos de autocuidado existente
- 3.- Los pacientes legítimos tienen déficit existentes o potenciales para cubrir sus propios requisitos de autocuidado.
- 4.- Las enfermeras determinan los valores actuales y cambiantes de los requisitos de autocuidado del paciente, seleccionan procesos o tecnologías válidas y fidedignas y formular los cursos de acción necesarios para usar los procesos y tecnologías seleccionadas que satisfagan los requisitos de autocuidado identificados.
- 5.- Las enfermeras determinan los valores actuales y cambiantes de las habilidades del paciente para satisfacer sus requisitos de autocuidado usando procesos o tecnologías específicas (17).

(17). *Ibid.* P. 80-81

- 6.- Las enfermeras valoran el potencial de los pacientes para no ocuparse del autocuidado con propósito terapéuticos; o desarrollar o retirar las habilidades para ocuparse en el autocuidado ahora o en el futuro.
- 7.- Las enfermeras y los pacientes actúan conjuntamente para asignar los roles de cada uno en la producción de autocuidado del paciente y en la regulación del ejercicio o desarrollo de las capacidades de autocuidado del paciente.
- 8.- Las acciones de las enfermeras y las acciones de los pacientes que regulan las capacidades de autocuidado del paciente y satisfacen las necesidades de autocuidado del paciente constituyen sistemas de enfermería.

Orem, identifica tres tipos de sistema de enfermería que son : el totalmente compensador (haciendo todo para el paciente), el parcialmente compensador (ayudando a la persona a que haga ella misma) y el soporte educativo (ayudando a la persona a que aprenda a hacerlo por sí misma), que a continuación se describen.

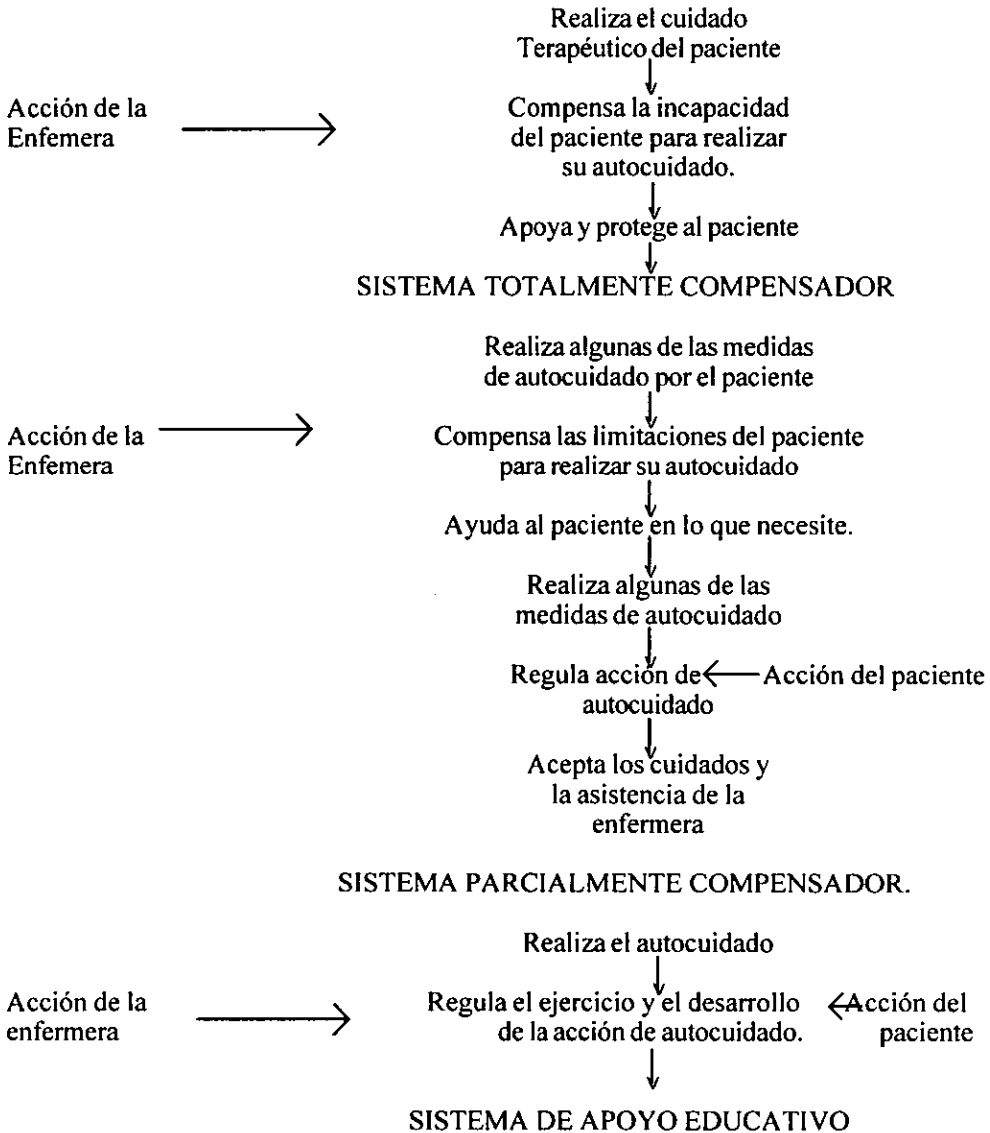
Sistema de Enfermería Totalmente Compensatorio.- Estos son necesarios cuando la enfermera está compensando una incapacidad total del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren movimientos de deambulación y de manipulación.

Sistema de Enfermería Parcialmente Compensatorio.- Son aquellos en los que la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia y otras actividades que impliquen labores manipulativas o deambulatorias.

Sistema de Apoyo Educativo.- Que son aquellas situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico interno o externo, pero que no puede hacerlo sin ayuda (18).

(18). *Op. Cit. Ann, Marriner, et. all. P.3*

De acuerdo a todo esto, se analiza el siguiente esquema (19)



(19). Tomado de: Ann Marriner, Tomoy. Ph. D.R.N., F.A.A.N. Modelos y Teorías de Enfermería. Ed. España 1994 P. 190.

3.3- Proceso de Atención de Enfermería.

3.3.1- Concepto.

*E*l proceso de enfermería es un método sistemático y organizado, para administrar cuidados de enfermería, individualizados de acuerdo con el enfoque, básico de que cada persona o grupo de personas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.

3.3.2- Etapas del Proceso:

Las etapas del proceso de atención de Enfermería son cinco :

- A.- Valoración
- B.- Diagnóstico
- C.- Planificación
- D.- Ejecución
- E.- Evaluación

3.3.2.1- A) VALORACION. La recolección de datos sobre el estado de salud del cliente es un proceso sistemático y continuo. Los datos deben ser, legibles, comunicados y anotados.

Estos incluyen :
La Obtención
La Validación
Organización de los Datos
Identificación de los Modelos

*E*n esta etapa se utiliza, la fuente directa a través de la entrevista con el cliente, con sus familiares, el dossier (análisis de laboratorio, radiología, historia clínica, ordenes del médico, notas de evaluación, registros de enfermería), información verbal y escrita por otros profesionales.

Los datos se obtienen por medio de la Observación, la Entrevista y el Exámen Físico.

La valoración física, de enfermería debe realizarse de forma conjunta con la entrevista, este exámen incluye la observación, la auscultación, palpación y percusión.

3.3.2.2- B) DIAGNÓSTICO. Los diagnósticos de enfermería derivan de los datos del estado de salud. Por tanto este concepto se define como : Problema de salud real o potencial (de un individuo, familia o grupo) que las enfermeras pueden tratar de forma legal o independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo ó reducirlo (20).

(20). Rosalinda Alfaro, et. all. *Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica*. Ediciones Doyma. P. 6

Los diagnósticos de enfermería, son descripciones de la respuesta humana de un individuo o grupo a su estado de salud y a menudo se expresan como alteraciones reales o potenciales de esta.

Al enunciar un diagnóstico real de enfermería, se debe seguir el protocolo PES (P) Problema, (E) Etiología, (S) Signos y Síntomas.

Si se detecta un diagnóstico, potencial de enfermería, antes de que se produzca realmente, podrá tomar medidas para prevenir su aparición y se enunciará el (P) problema y (E) su etiología, eliminando el manifestado, por no haber signos y síntomas claros que se describan.

3.3.2.3- C) PLANIFICACION. El plan de cuidados de enfermería consta de objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería. El plan de cuidados de enfermería incluye prioridades y los enfoques o medidas presuntas, para alcanzar los objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería.

Las acciones de enfermería fomentan la participación del cliente en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud. Las acciones de enfermería ayudan a potenciar al máximo las capacidades de salud del cliente.

3.3.2.4- D) EJECUSION. Las actividades de enfermería fomentan la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

Las actividades de enfermería ayudan a potenciar al máximo las capacidades de salud del cliente.

Esto se realiza con la continuación de la recogida de datos, realización de las actividades de enfermería, anotación o registro de los cuidados de enfermería, comunicación de los informes verbales y mantenimiento de un plan actualizado de cuidados.

3.3.2.5- E) EVALUACION. El progreso o no del cliente hacia la consecución de los objetivos establecidos viene determinado por el propio enfermo y por la enfermera.

El progreso o no del cliente hacia la consecución de los objetivos, establecidos determina la necesidad de una nueva valoración, reordenación de prioridades, fijación de nuevos objetivos y revisión del plan de cuidados de enfermería (21).

(21). *Id. P.*

3.4- Trabajo de Parto y Parto

3.4.1- Concepto

Parto normal o eutócico es aquel en el que los cuatro factores del trabajo de parto: Conducto (tégidos, óseos y blandos de la pélvis materna), fuerzas (contracciones uterinas), feto y placenta, interactúan en conveniente proporción y correspondencia, y determinan la expulsión del producto de la concepción y sus anexos sin interferencias, accidente o complicación (22).

3.4.2- Fisiología del Trabajo de Parto.

El proceso del trabajo de parto se inicia por algún motivo generalmente en el momento apropiado para el útero y el feto. Dentro de estas teorías encontramos los siguientes:

- a) Teoría de la estimulación de oxitocina.- La oxitocina tiene efecto sobre la permeabilidad del miometrio al sodio e incrementa las concentraciones intracelulares de calcio que se requieren para la contracción muscular.
- b) Teoría de la supresión de la progesterona.- La progesterona inhibe el efecto de los estrógenos sobre el incremento de la contractilidad al elevar el potencial de la membrana en reposo con las células miometriales. Puede estabilizar las reservas de calcio fijas en la membrana miometral, y limitar las contracciones uterinas. La distribución del metabolismo en la progesterona causada por una proteína fijadora permite la síntesis de prostaglandinas en el corioamnios, resultando un aumento de las contracciones uterinas. En conclusión existe un incremento de estrógenos y una disminución de progesterona para elevar la magnitud de la contractilidad uterina.
- c) Teoría de la estimulación por estrógenos.- En esta teoría se aumentan las concentraciones de actina y enosina y de trifosfato de adenosina (KYP) irritando al miometrio debido a los estrógenos. Los estrógenos pueden fomentar la síntesis de Prostaglandinas en la decidua y las membranas fetales, produciendo la concentración del miometrio, así los estrógenos estimulan el músculo uterino.
- d) Teoría de fosfolípidos, ácido araquidónico y prostaglandinas de la membrana fetal.

Según esta teoría los estrógenos fomentan el almacenamiento de ácido araquidónico esterificado en las membranas fetales. La supresión de la progesterona activa a la fosfolipasa A2 que hidroliza fosfolípidos para liberar ácido araquidónico en forma no esterificada que actúa sobre las prostaglandinas E2 Fg, en las membranas deciduales. Las prostaglandinas estimulan al músculo liso para que se contraiga.

Interacción Bioquímica.

Se dice que la onda de contracción del útero se inicia en el fondo que contiene la mayor concentración de células miometriales y se desplaza hacia abajo por todo el miometrio (23).

(22). Instituto Nacional de Perinatología, Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología, México. Ed. Marketing y Publicidad de México. P.N.O.37-1

(23). Olds, Sally. B. Enfermería Materna Infantil. 2 ed. México. ed. Interamericana. 1987. P. 462-463.

La eficiencia de la contracción miometral depende de:

- 1.- Sustancias contractiles (actina y miocina)
- 2.- Fuente de energia (ATP)
- 3.- Intercambio celular de electrólitos (calcio, sodio y potasio).
- 4.- Estímulo endocrino para la conducción (oxiocina y acetil colina).

En el miometrio se encuentran los receptores alfa (estimulan las contracciones uterinas) y beta (inhiben las contracciones uterinas) que son estimulados por la noradrenalina y adrenalina.

Actividad Miometral

En el trabajo de parto existe el anillo fisiológico de retracción donde la parte superior del útero se vuelve más grueso conforme aumenta el trabajo de parto, la parte inferior uterina se amplía y adelgaza.

Con cada contracción el músculo uterino superior se acorta y ejerce tracción longitudinal sobre el cuello uterino, produciendo el borramiento.

El útero se alarga con cada contracción con lo que disminuye su diámetro horizontal. Este alargamiento produce enderezamiento del cuerpo fetal, con compresión del polo superior contra el fondo y empuje de la parte de presentación hacia el segmento uterino inferior y el cuello uterino. Así al alargarse el útero, las fibras musculares longitudinales ejercen tracción hacia arriba sobre la parte de presentación, produciendo dilatación, hasta su ampliación de 10cm, de diámetro que permite la expulsión fetal.

Presión Intraabdominal.

Una vez completa la dilatación del cuello uterino, los músculos abdominales maternos se contraen a cualquier esfuerzo, ayudando a la expulsión del lactante y de la placenta después del parto.

Cuando no existe dilatación completa se produce edema que retrasa la dilatación y agotamiento materno por los esfuerzos inútiles al igual que producen desgarres y contusiones.

Cambios de la musculatura del suelo pélvico.

El músculo elevador del ano y la fascia del suelo pélvico tiran de recto y vagina hacia arriba y hacia adelante con cada contracción a lo largo de la curvatura del suelo pélvico (24).

(24). Ibid. P. 464.

Al descender la cabeza fetal la presión de la parte de la presentación hace que el perineo (era de 5cm de espesor) se convierta a menos 1cm de espesor produciendo un tipo de anestesia fisiológica normal resultado de una disminución del riesgo sanguíneo de la región. El ano experimenta eversión y expone la pared recta interna conforme desciende la cabeza fetal.

3.4.3- Periodos de Trabajo de Parto.

Son tres los periodos de parto: El primero inicia cuando comienza el trabajo de parto verdadero y termina cuando existe una dilatación completa (10cm) del cuello uterino. La segunda inicia con la dilatación completa y termina con el nacimiento del lactante. El periodo tercero empieza al expulsar el lactante a la expulsión de la placenta.

Otros autores hablan del cuarto periodo que corresponde de la primera a la cuarta hora posparto, donde el útero se contrae para controlar la hemorragia en el sitio en que estaba implantada la placenta.

3.4.3.1- Primer Periodo de Trabajo de Parto.

Este periodo se divide en fase latente, fase activa.

La fase latente empieza con el inicio de las contracciones regulares y se representa con una dilatación que abarca de una dilatación de 4cm de diámetro. Esta fase promedia de 8:6 horas y no debe de exceder 20 horas en las nulíparas y promedia 5:3 horas, no excediendo de 14 horas en las multiparas.

Las contracciones en la fase latente aumentan en frecuencia duración e intensidad; Empiezan con una duración de 15-30 segundos, con frecuencia de 15-30 minutos y progresan hasta durar 30-40 segundos con frecuencia de 5 a 7 minutos.

En la fase activa se produce la dilatación de los 3 a 4 cm hasta alcanzar dilatación completa.

Cambiando con unas contracciones más frecuentes, duración e intensidad con las siguientes características, frecuencia de 2-3 minutos, duran hasta 60 segundos, intensidad moderada o potente la fase activa tiene tres componentes identificables como fase de aceleración, fase lineal de inclinación máxima y una fase de desaceleración. De acuerdo a todo esto la gráfica representa el primer periodo de trabajo de parto (25).

(25). *Ibid.* P. 4-4

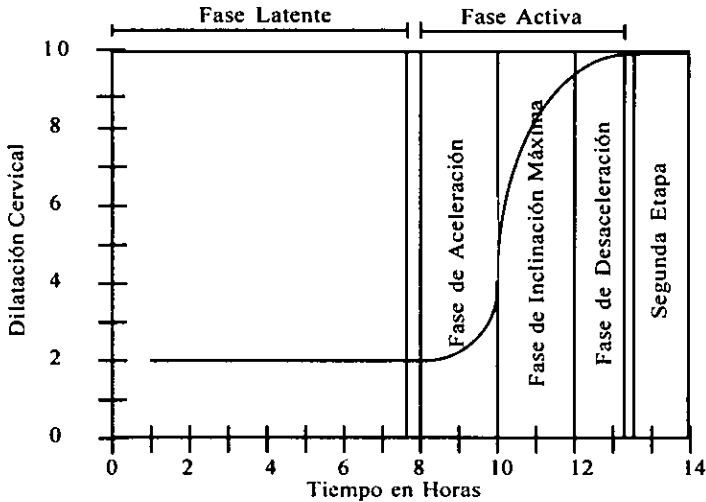


Figura No. 3

Fuente tomada de: S.B. O'ids. et. all. *Enfermería Materna Infatín. 2ed. México. Ed. Interamericana. 1987. P. 475.*

La dilatación cervical debe ser de 1.2cm por hora nulíparas y de 1.5cm por hora en multipares, la dilatación de 8 a 10cm es lenta incrementandose el descenso fetal, este descenso es de 1cm por hora en las nulíparas y de 20cm por hora en las multiparas.

3.4.3.2- Segundo Periodo de Trabajo de Parto

Este segundo periodo debe terminar en plazo de 1 hora posterior a la dilatación completa en una primigravida, en 15 minutos promedio en la multigesta. Las contracciones pueden durar de 60-90 segundos, son de mayor intensidad con frecuencia de 2-3 minutos. Prosigue el descenso de la parte de presentación hasta que llega al suelo perineal, que se, abomba aplana y desplaza hacia adelante permitiendo el coronamiento. después de la salida de la cabeza ocurre restitución de la rotación externa de la misma. Cuando el hombro que esta más hacia adelante llega por debajo de la sínfisis del pubis la tracción suave sobre la cabeza del lactante ayudara al parto. Apareciendo a continuación el cuerpo.

3.4.3.3- Tercer Periodo del Trabajo de Parto.

Una vez naciendo el niño el útero, se contrae con firmeza, con lo que disminuye su capacidad y el area de superficie de insercion placentaria. La placenta empieza a desprenderse al disminuir esta superficie.

Al ocurrir esta separación sobreviene una hemorragia, provocando un hematoma, entre el tejido placentario y la decidua restante. Este hematoma acentua el proceso de desprendimiento. Las ultimas en separarse son las membranas. Se despegan de la pared uterina al expulsarse la placenta por la vagina.

(26). *Ibid. P. 475.*

Los signos de separación placentaria suelen aparecer, aproximadamente 5 minutos posteriores al nacimiento del niño. Estos son :

- Útero de forma global.
- Elevación del fondo en el abdomen.
- Salida súbita o escurrimiento de sangre
- Protusión ulterior del cordón umbilical por el introito.
- Expulsión de la placenta.

Cuando aparecen los signos de desprendimiento de la placenta, la mujer puede pujar para ayudar a su expulsión, si no es así se realiza tracción suave al cordón, mientras se ejerce presión sobre el fondo. El peso de la placenta ayudara a despegar las membranas de la pared. Aunque la placenta no se considera retenida hasta que han pasado 30 minutos desde la terminación de la segunda etapa de trabajo de parto.

Si la placenta se separa desde el borde interior hacia el borde exterior, se expulsara con presentación de la superficie fetal (mecanismo de Schultze); Si la placenta se separa desde los bordes exteriores hacia dentro, se enrollara y se presentara de lado con aparición del lado materno (método de Duncan).

3.4.3.4- Cuarto Periodo de Trabajo de Parto.

En este periodo se inicia la readaptación fisiológica del cuerpo materno y va de 1-4 horas subsecuentes al parto. La sangre perdida durante el parto alcanza hasta 500ml. Con la perdida de sangre y el alivio del peso del útero grávido sobre los vasos circundantes la sangre se redistribuye en los lechos venosos. Existe una disminución moderada de las presiones arteriales, aumento de la presión, diferencial y taquicardia.

La presión del líquido, cefalorraquídeo disminuye con el nacimiento del neonato y recupera sus valores normales.

El útero se contrae hasta el nivel de la línea media abdominal. El fondo se encuentra a la mitad de la distancia entre la sínfisis púbica y el ombligo.

Su contracción permite la constricción de los vasos sanguíneos en el sitio de implantación de la placenta.

El cuello uterino se conserva abierto y grueso después de la expulsión de la placenta. La mujer puede experimentar escalofrío, por el esfuerzo físico durante el trabajo de parto. La vagina se encuentra hipotéticamente por el traumatismo durante la segunda etapa. La véjiga hipotónica produce retención urinaria (26).

(26). *Ibid.* P. 476.

3.4.4- Conducta a seguir de acuerdo al Instituto Nacional de Perinatología

Primer Periodo.

- Ayuno total desde que se identifica con seguridad el inicio de trabajo de parto.
- Evacuación del ámpula rectal con enema o supositorio; siempre y cuando la presentación no esté descendida y la dilatación no se encuentre muy avanzada.
- Rasurado de las regiones vúlvo-períneal, púbica y supra púbica, previa aplicación de agua jabonosa.
- Lavado y antisepsia de las mismas regiones con solución de cloruro de benzalkonio al 1/2000.
- Preferir el decúbito lateral izquierdo durante todo este período.
- Vigilancia estrecha de temperatura, pulso, tensión arterial, micción y hemorragia genital. Exploración de la contractilidad uterina y frecuencia cardíaca fetal :en la fase latente cada hora, primer período cada 30 minutos, en el segundo período cada 15 minutos.
- Estimación del progreso del parto mediante tactos vaginales cada hora en condiciones estrictas de asepsia y en relación a la curva de Friedman.
- Ruptura artificial de membranas cuando el cérvix tenga una dilatación de 4 cm ó más
- Aplicar técnica de anestesia o analgesia cuando el trabajo de parto esté bien establecido. Debe preferirse la anestesia regional (bloqueo peridural). Es requisito indispensable la permanencia de un médico al lado de la paciente para vigilarla durante todo el procedimiento.
- Traslado a la sala de expulsión : nulíparas con dilatación completa y prestación en III plano de Hodge : multiparas con 7 cm. de dilatación (27).

(27). Op. Cit. Instituto Nacional de Perinatología. P.N.O. 3^{er}-I

Segundo Periodo (Sala de expulsión)

Vigilar frecuencia cardiaca fetal después de cada contracción.

- Posición de litotomía.
- Aseo con agua jabonosa de las regiones anal, vulvo-perineal publica, suprepública, inguino-crural y glúteos, Posteriormente, antisepsia de esas regiones con solución de cloruro de benzalkonio al 1/2000.
- Catéterismo vesical, solo si la paciente no puede orinar espontáneamente. La sonda debe introducirse con maniobras delicadas y en condiciones estrictas de asepsia.
- Cubrir los miembros inferiores, la región suprapública, el abdomen y la rodilla de la mesa con ropa estéril del equipo para parto.
- En las nulíparas realizar siempre episiotomía y en las multiparas cuando se considera necesario. Si se ha usado el método psicoprofilactico, la episiotomia se hace con infiltración local con lidocaina (máximo 20 ml), de meticaina al 1.5% (máximo 40%), mepivacaina al 1% (máximo 60ml).
- Es indispensable controlar el desprendimiento de la cabeza del feto para permitir su deflexión en forma progresiva y paulatina.
- Aspiración de las cavidades orales y faríngeas del feto al salir la cabeza. Facilitar la restitución y rotación externa. El desprendimiento del hombro anterior hacerlo con movimientos delicados de descanso de la cabeza y el desprendimiento del hombro y miembros. En caso de circular de cordón procurar su deslizamiento suave sobre el hombro o la cabeza; y si el cordón está tenso, pinzarlo y seccionarlo de inmediato.
- Terminada la expulsión se coloca el recién nacido en posición horizontal, con el polo cefalico hacia abajo y en un plano inferior al del abdomen materno. Se espera a que deje de latir el cordón, después de cual se pinza y se secciona, siempre y cuando el recién nacido muestra respiración espontanea (28).

(28). Id.

Tercer Periodo (Entrega del recién nacido al pediatra.)

- Al iniciarse el desprendimiento placentario se sostiene suavemente el cuerpo uterino hacia la mitad superior del abdomen.
- Se conduce la expulsión de la placenta con sus membranas.
- Revisión de placenta membrana y cordón.
- Revisión de cavidad uterina, cérvix, vagina y periné.
- Si existe hemorragia mayor a la esperada puede aplicarse 5g + 20u de oxitocina I.V. ó Ergonovina 1 amp L.M. solo pacientes normotensas.
- Taponamiento con gasa del orificio externo del cuello.
- Sutura de la episiotomía y laceraciones incluyendo recto, si las hubo.
- Revisión vaginal intencionada para retirar taponamiento de gasa.
- En posición de decúbito dorsal tomar pulso, tensión arterial y vigilar contracción uterina y hemorragia genital.
- Enviar a la paciente a la sala de recuperación cuando se esté totalmente seguro de que no existe hemorragia anormal y los signos vitales se encuentran normales y estables (29).

Aunque todo lo anterior es de acuerdo a la norma del INPer, la Secretaria de Salud refiere lo siguiente:

- Las mujeres no deben ser obligadas a permanecer acostadas durante el trabajo de parto normal, mientras no exista contraindicación para ello, se propiciara la deambulacion alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral, según elijan para mejorar el trabajo de parto las condiciones del feto y de la madre.
- No se debe llevar a cabo el empleo rutinario de análgescos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal, en caso excepcionales se aplicará según el criterio médico.
- No se debe aplicar de manera rutinaria la inducción o conducción del trabajo de parto normal, ni la rúptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha (30).

(29). *Id.*

(30). *Secretaria de Salud, Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-Em-002, SSA2-1993 Atención de la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerpeño y del recién nacido, P. 98.*

3.4.5- Métodos y Recursos de Psicoprofilaxis para el manejo del Trabajo de Parto

La psicoprofilaxis significa prevención por medios psíquicos (31), aplicada al parto es la preparación psíquica primeramente y posteriormente adiestramiento físico. Ahora bien, la psicoprofilaxis perinatal utiliza el recurso de la educación y capacitación para contribuir en el desarrollo de un embarazo, parto, posparto y crianza temprana saludable. Logra mediante la participación activa y conciente en pareja, la disminución de los factores de riesgo durante su proceso reproductivo y poder así ejercer su derecho a la salud y bienestar integral.

Este método se origina en Rusia en 1949, con el primer niño de una madre adiestrada psicológicamente. Posteriormente aprendió un obstetra francés Lamaze, sus colegas le siguieron sus métodos, desde entonces se ha ido fomentando en países americanos en China, Italia, Bélgica, España y Portugal.

Se dice que una mujer adiestrada es aquella que se instruyó para entender la manera como trabaja su cuerpo especialmente sus nervios, músculos y sistema reproductor. Sabe que el nacimiento de su hijo es función normal de su cuerpo, pero que los organismos no siempre se comportan como debieran y que los médicos y las parteras tienen el entrenamiento necesario para observarlos en el momento del parto y aplicar los métodos necesarios en caso de que no funcionen normalmente. Es la que conoce los sucesos imprevistos que pueden ocurrir durante el parto y si todo hace ver que este no será normal, aprende oportunamente a adaptarse mejor a tales condiciones. Comprende la importancia de someterse a revisiones prenatales, periódicas, el valor de la dieta y descanso adecuado.

Para lograr la experiencia de un parto sin dolor, es necesario la conjugación de los siguientes factores: buena condición física, posición correcta del niño en el útero, la estructura ósea de buen tamaño y adecuado de la madre. Sobre todo su actitud hacia la experiencia del nacimiento del bebé.

Se dice que un 30% del trabajo de parto corresponde al aspecto físico, mientras que un 70% se maneja en el área emocional y psicológica de la madre. Los músculos de la base de la pelvis, son los que se involucran en el parto, se debe hacer que se estiren adecuadamente y fácilmente y que recobren su elasticidad original.

Técnicas y Recursos para afrontar la experiencia del Parto

Dado el momento crucial del parto, se produce estrés, tensión y dolor transformando una experiencia nueva por el acto de parir propone un reto a la mujer, intensificando sensaciones y emociones, importantes a la nueva madre (32).

(31). Erna Wright. *Parto Psicoprofiláctico*, 2 ed. Argentina. Ed. Pax. México, S.A. P. 15.

(32). *Id.*

Durante la experiencia del parto hay un estado al que se conoce como “apertura psicológica” (33), el cual es un estado receptivo a todo nuevo aprendizaje, es aquí donde la participación activa de la enfermera perinatal, se tiene que involucrar para colaborar por medio de apoyo educativo con la madre futura.

Definiremos al dolor según Guadalupe Trueba como una condición ineludible y para esto el personal de enfermería debe conocer sus causas que pueden ser físicas, Fisiológicas y Psicológicas, cada mujer reacciona ante el dolor de manera diferente y esto depende de las experiencias previas de las expectativas culturales y de las estrategias de control con que llegue al trabajo de parto.

El parto natural es una experiencia que nos despierta a un estado de conciencia superior que incrementa la confianza, la autoestima y la sensación de un logro altísimo en nuestra vida, como mujeres; y para lograrlo se necesita el DESEO de la madre, prepararse para el evento del nacimiento y el apoyo que reciba en ese momento. En este último, la persona de apoyo debe permitir a la mujer tomar sus propias decisiones y tiene que ser una persona no necesariamente un familiar.

Todo cambio es un factor de estrés, los seres humanos reaccionamos ante una situación que provoca “estrés” (respuesta de Lucha-Huida) que es algo involuntario donde se aumenta la frecuencia cardíaca el ritmo de la respiración, dilatación pupilar y preparación del metabolismo para huir ó sea que se estimula el sistema nervioso simpático.

El nivel óptimo de estrés es la dosis de estrés biológicamente necesaria para cada individuo con el fin de que funcione de manera armónica en unas condiciones adecuadas que son compatibles con su personalidad y sus posibilidades de adaptación.

Este nivel, es invariable de un individuo a otro, ya que depende de factores como herencia, perfil psicológico, educación, estado de salud y forma de vida, etc..

Los temores durante el embarazo, el miedo al parto y la responsabilidad de tener un hijo pueden resultar agobiantes y producir estrés, esto se considera normal hasta que queda fuera de control. Por lo tanto controlar el estrés significa adaptarse y cambiar cuando las circunstancias así lo exijan. Para esto existen estrategias para aumentar la tolerancia al dolor y disminuir los efectos del estrés, los cuales podemos enumerar de la siguiente manera:(34).

(33). Guadalupe Trueba. Curso de preparación para el parto.

(34). Id.

- A) La Relajación
- B) Control Cognoscitivo
 - 1) Disociación
 - 2) Interferencia
- C) Transformación Sensorial.
- D) Conocimiento anticipado de la experiencias dolorosas.
- E) Atención Personalizada.

Ahora bien la relajación es la innata capacidad del cuerpo para alcanzar un estado especial caracterizado por una disminución de las pulsaciones cardiacas, de las ondas cerebrales y una reducción general de la velocidad del metabolismo (35). En dicho estado los cambios producidos por la relajación contrarrestan, los efectos perjudiciales y las molestas sensaciones generales por el estrés. En esta situación de relativa serenidad, se registran una modificación de las pautas mentales de un individuo y éste se libra de los ciclos de la preocupación.

Los efectos de esta técnica combinada con las creencias personales, pueden crear otros estados internos capaces de ayudar al individuo a mejorar su propia salud y bienestar.

La tensión innecesaria durante el parto resulta en un gasto adicional de energía e incrementa las sensaciones dolorosas.

Algunos estudios recientes indican que la tensión y el estrés durante el parto, se relacionan con contracciones uterinas ineficaces que pueden prolongar el tiempo que debe durar normalmente el proceso del nacimiento. Por lo consiguiente los beneficios de la relajación son :

- a) Contrarrestan los efectos del estrés.
- b) Disminuir la ansiedad.
- c) Ahorrar energía.
- d) Tener un foco de atención en el cual comprometa el pensamiento.
- e) Aumentar la tolerancia al dolor.

Algunas técnicas más efectivas para la relajación son :

Relajación Progresiva.- Es una técnica en la que te concentras en las sensaciones percibidas al tensar y relajar diferentes grupos musculares del cuerpo, “sintiendo” la diferencia entre la sensación de tensión y de relajamiento. Una variación de esta es lograr relajar cada músculo sin requerir tensarlo y simplemente pensar en un músculo corporal bastara para su relajación, esta se acompañara con respiraciones de limpieza (36).

(35). *Ibid.*

(36). *Id.*

Relajación Fisiológica.- En esta técnica se estira al máximo el grupo muscular para después dejar que se acomode al dejar de realizar el esfuerzo. Este método se basa en el principio fisiológico de que cuando un grupo muscular se contrae, el opositor se relaja.

Relajación Segmentaria.- Esta técnica consiste en desarrollar la habilidad para contraer óptimamente aquellos músculos requeridos durante determinada actividad, en tanto que el resto del cuerpo se encuentre relajado.

Relajación al Tacto.- En esta técnica se requiere de la ayuda de la doula (compañero, familiar ó amigo), quien debiera tocar, presionar ó apretar suavemente cada parte de su cuerpo. Al sentir el contacto físico, la mujer en trabajo de parto se concentrara en esta zona y se relajara. En esta técnica se sugiere la comunicación verbal positiva.

Imaginación Guiada o Visualización.- La forma de relajación mediante imaginar escenas, objetos, paseos imaginarios, que proporcionan la seguridad de paz, seguridad y tranquilidad. El efecto de la relajación aumenta cuando se utilizan todo los sentidos de realidad.

La Respiración Pausada.- La respiración durante el parto, adecua la oxigenación hacia la madre y el bebé. Una respiración correcta es el antídoto para el estrés. La respiración tiene que ser rítmica y completa (toracoabdominal), con el fin de movilizar la parte inferior del pulmón donde circula la mayor cantidad de sangre. Una respiración rítmica, lento y pausada ayuda a refrescar y a esclarecer la mente y suministrar sangre nueva y rica en oxígeno a los tejidos del cuerpo.

Meditación.- Técnica que utiliza el proceso mental para concentrarse en un objeto, sonido o actividad que se repite una y otra vez para calmarse.

Técnicas de Respiración para el Parto.- La respiración es una función involuntaria, regida por el sistema nervioso autónomo, por esto responde a nuestras emociones sensaciones, actividad física y a las posiciones. Cuando la mujer se encuentra en trabajo de parto, esta llena de emociones y sensaciones que modifican su patrón respiratorio y tener respiraciones agitadas, por lo tanto durante el parto se deben controlar, atravez de:

Respiración de Limpieza.- Es una respiración profunda en la que se inhala el aire por nariz y se exhala por boca y se utiliza al inicio y final de cada contracción uterina. Es una respiración que limpia de todo la tensión física y nerviosa (37).

(37). *Ibid.*

Respiración Rítmica Lenta.- En una respiración ligeramente más profunda y lenta que la respiración normal. Con esta se debe evocar la respuesta de relajación. Se concentrara en el ruido al exhalar (vocalizar) . Su frecuencia no debe ser de menos de la mitad de la veces que se respira de forma normal.

Respiración Rítmica Modificada.- Es una respiración ligeramente más acelerada que la respiración normal, aunque no debe exceder el doble de las veces que se respira normalmente, para evitar hiperventilación (se utiliza en la fase avanzada de la dilatación). Enfocando la atención en el ruido al exhalar, favoreciendo la concentración.

Respiración Modificada con un Patrón.- Esta es una variación de la respiración rítmica modificada, se efectúa de la misma fôrma, velocidad y ritmo pero en cada número de respiraciones se debe hacer un énfasis en la exhalación. El objetivo de esta respiración es procurar un medio efectivo para la concentración y util en la fase de transición del parto.

Cualquiera que sea la técnica de respiración utilizada servira durante el parto, permitiendo afrontar cualquier situación de la vida en la que se sienta inquieta ó tensa.

Para Guadalupe Trueba, el parto es un evento mediante el cual, la mujer con toda su capacidad innata, ofrece cuerpo y alma para permitir que un nuevo miembro de la raza humana pueda nacer (38).

Existen algunos puntos importantes que ayudan ó neutralizan el desarrollo personal en la mujer embarazada y que se encuentra en trabajo de parto, entre estos tenemos:

Los Auxiliares Potenciales

- **Conocimiento del Proceso
- **Habilidad participativa y activa
- **Influencia en la toma de decisiones
- **Sistema de Apoyo
- **Posibilidad de Intervenciones
- **Motivación

Estrésos Potenciales

- **Miedo
- **Fátiga
- **Dolor
- **Impotencia
- **Pérdida de Dignidad
- **Sensación

(38). Apuntes directos tomados durante un curso llevado a cabo durante la especialidad de enfermería perinatal. 1997-1998.

Algunos factores que influyen en la relación de la mujer a la crisis física y emocional que representa al parto son :

- Logro en las tareas del embarazo.
- Mecanismos ordinarios para afrontar acontecimientos que producen estrés.
- Sistema de apoyo
- Preparación para el nacimiento
- Influencias culturales

De acuerdo a un curso de psicoprofilaxis que se impartió durante el curso para enfermería perinatal, este trabaja al sistema neuromuscular (corteza) através de :

- Relajación; que puede ser Progresiva ó Disociativa.
- Acondicionamiento Físico
- Cognición (Hipotálamo)
 - a) Información que va a pasar
 - b) Información que espera
 - c) Información de lo que va a sentir.

Aparte de algunos aspectos que se han encontrado en la bibliografía, se anexan otros dos recursos básicos que se utilizan en la psicoprofilaxis y que son:

- a) Relajación
- b) Respiración
- c) Esfuerzo expulsivo
- d) Posiciones materna
 - Comodidad
 - Condición fetal
 - Evolución de trabajo de parto

Las posiciones erectas favorecen la evolución por la orientación uterina.

Entre las condiciones fetales que se toman en cuenta es la frecuencia cardiaca tipo cabalgante, la edad gestacional y las situaciones específicas como son el tamaño, peso, circulares de cordón(39).

(39). Id.

3.4.6 Valoración de Enfermera Especialista en Perinatología durante el proceso del Trabajo de Parto.

Valoración Materna.

- a) Historia clínica (identificación, datos personales APP, problemás durante la evolución prenatal, AGO, método elegido para la alimentación del bebé, educación prenatal.
- b) Tomar en cuenta los factores que sobrevienen durante el trabajo que la clasificaría como alto riesgo.
- c) Valoración física durante el parto.
 - Exploración física
 - S.V.
 - Estado de trabajo de parto.
 - Estado del bebé
 - Exámenes de laboratorio
 - Datos psicologicos
 - Peso
 - Estado de mamás
 - Estado de pulmones y corazón
- d) Valorización de la suficiencia pelvica
 - A través de pelvimetría clínica (valoración vaginal)
 - Estrecho pélvico superior
 - Diámetro anteroposterior
 - + Conjugado diagonal
 - + Conjugado obstetrico
 - + Conjugado verdadero
 - Estrecho o pélvis media
 - + Plano de mayor dimensión
 - + Plano de menor dimensión
 - Estrecho pélvico inferior
- e) Valoración psicológica durante el parto.
 - Ideas
 - Conocimientos
 - Temores (40).

(40). op. cit. Olds. S. B. et. all. P. 482.

f) Métodos para valorar el progreso de trabajo de parto.

Valoración de la contracción (frecuencia, duración e intensidad)

- Palpación

- Vigilancia electrónica.(doppler, ECG)

- Vigilancia externa en tocodianamometro

Valoración cervical

Dilatación y borradura del cuello uterino (Exp.vaginal)

Estado de las membranas, posición fetal estacion de la parte de la presentación.

g) Valoración del trabajo de parto y su progreso

Grafica de Friedman que permite la valoración de la actividad uterina, la dilatación cervical y el descenso fetal que ayudara a identificar los patrones normales o anormales del trabajo de parto.

Valoracion Fetal.

a) Determinación de la palpación y presentación fetales

Inspección. Observación de tamaño y forma abdominal

Palpación. Maniobras de leopold

+Primera maniobra. Determinar el fondo uterino

+Segunda maniobra. Ver el orden fetal

+Tercer maniobra. Que parte fetal se encuentra en el estrecho pélvico superior, para confirmar la presentación

+Cuarta maniobra. Para valorar el descenso de la parte de la presentación hacia el pubis.

Exploración vaginal y USG.

b) Valoración del estado fetal durante el trabajo de parto

Auscultación de los RRCF

- Presentación cefalica. RCF en el cuadrante inferior del abdomen mat

- Presentación de nalgas RCF a nivel del ómbigo materno o por arriba

- Situación transversa Justamente por arriba o abajo del ómbigo (41).

(41). *Ibid.* 502.

*La FCF se debe escuchar cada 30 a 60 seg. al principio de T. de P.
15 min. durante el T. de P. fase activa
n5 min. durante la segunda etapa del T. de P.

c) Patrones de la frecuencia cardiaca fetal

Frecuencia basal Es la frecuencia C.F. promedio que se observa durante un período de vigilancia de 10 min

Cambio a apartir de la linea basal Bradicardias y Táquicardias

Bradycardias: Hipóxia fetal

Prolapso o compresión prolongada

Arritmias fetales

Taquicardias: Prematurez

Fibra materna

Hipoxemia

Infección fetal

Anémia fetal

Farmacos

Ansiedad materna

Taquicarritmias fetales

Hipotiroidismo materno

Actividad fetal excesiva (42).

(42). *Ibid.* 509.

4.- ESQUEMA METODOLOGICO.

4.1- Valoración de enfermería.

4.1.1- Variables e indicadores a evaluar.

De acuerdo a las variables e indicadores que maneja la teoría de Dorothea Orem, se va a valorar y priorizar cada una de ellas, para que la enfermera especialista intervenga de manera sistematizada y que los objetivos planteados sean logrados satisfactoriamente.

Estas variables e indicadores son los siguientes:

Requisitos de auto cuidado universal.

- & Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- & Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- & Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
- & Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación vesical e intestinal.
- & Mantenimiento del equilibrio entre actividad y el reposo.
- & Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.
- & Prevención de peligros para la vida ,el funcionamiento y bienestar humano.
- & Promoción de la normalidad.

Requisitos de auto cuidado de desarrollo.

- & Provisión de condiciones que promuevan y apoyan el desarrollo.
- & Prevención de condiciones que afectan el desarrollo.

Requisitos de auto cuidado en la desviación de salud.

- & Buscar y asegurar los recursos médicos y comunitarios.
- & Atención a los efectos de los estados patológicos.
- & Efectúa medidas de diagnóstico y tratamiento bajo prescripción medica.
- & Consciente de los efectos negativos de las medidas terapéuticas prescritas por el personal de la salud.
- & Modificación del auto concepto aceptandose como un ser con un estado particular de salud.
- & Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos.

Cualidades y atributos.

- & Demanda de auto cuidado.
- & Agencia de auto cuidado.
- & Déficit de auto cuidado.

Evaluación de riesgo perinatal en el inicio del trabajo de parto.

- & Emotividad del estado psicológico.
- & Actividad uterina.
- & Valoración de contracciones.
- & Dilatación cervical cm/ hr.
- & Frecuencia Cardíaca Fetal.
- & Valoración pélvica.
- & Valoración del estado de membranas.
- & Presentación.
- & No. de fetos.
- & Valoración del líquido amniótico.
- & Peso calculado.
- & Valoración de la placenta.
- & Cordón compresión.
- & Malformaciones.
- & Complicaciones maternas.

Evaluación de riesgos perinatal en la evolución del trabajo de parto.

- & Frecuencia Cardíaca Fetal.
- & Valoración Respuesta Fetal.
- & Tono uterino.
- & Frecuencia de las contracciones uterinas.
- & Duración de las contracciones uterinas.
- & Dilatación cervical cm/ hr.
- & Descenso presentación.
- & Temperatura GC.
- & T.A. Sistólica.
- & T.A. Diastólica
- & Membranas.
- & Inducción.
- & Anestesia

- & Úteroinhibidores
- & Atención de parto
- & Episiotomía
- & Forcéps
- & Duración del trabajo en horas
- & Alumbramiento
- & Acretismo
- & Hemorragia

4.1.2- Métodos para la recolección de datos

Registros Clínicos

Investigación documental

Técnica de observación

Entrevista clínica

Directa

Exámen físico

Inspección

Palpación

Percusión

Estudios especiales

Auscultación

4.1.3- Instrumentos para el registro de datos

*F*ormatos de historia clínica adaptado por las alumnas de posgrado de la especialidad en enfermería perinatal antecedente de Rosalinda Alfaro (ver bibliografía).

- Formato de la historia clínica
- Centro de Investigación Materno-Infantil
- Hospital del Perpetuo socorro A.H.M. I.A.P.

- Formato de evaluación de los requisitos de autocuidado
- Guías del sistema de evaluación de riesgo perinatal (PreviGEN IV, PreviGEN V).

5.- Hallazgos del Caso. C.M.G.

Valoración de Enfermería

De acuerdo a cada una de los indicadores integrados en las variables a que refiere la gran teórica Dorothea Orem, se obtendrá, valorará y clasificará la información, referente a los requisitos y déficit de autocuidado del cliente, detectados durante la evolución del trabajo de parto y la primer visita domiciliaria que se realizará.

Observando durante la aplicación de teorías; la asociación de los requisitos universales con los factores básicos condicionantes que se anuncian en la demanda de autocuidado terapéutico, aspecto importante dentro de la teoría del déficit de autocuidado de Orem . De igual manera se efectuará la asociación de los factores básicos condicionantes con la agencia de autocuidado.

Para la presentación este caso clínico se utilizara el proceso de atención de enfermería en relación a las etapas que integran.

Datos de valoración.

Diagnóstico de Enfermería apartir del análisis de datos

Intervenciones de enfermería especialista en perinatología

Evaluación de las intervenciones de enfermería.

5.1- Valoración inicial.

Estado de salud actual: Procedente del servicio de urgencias del instituto Nacional de Perinatología con un diagnóstico de 41 SDG por FUM en trabajo de parto fase activa. Paciente con edad aparente a la cronológica, movimientos aparentemente normales, su aptitud libremente escogida, se observa nivel socioeconomico medio, asi como su nivel cultural. A la EF se encuentra normocefala, consciente, en sus tres esferas, orientada, ectomorfica, quejumbrosa por tener dolor de las contracciones, conjuntivas normocromicas, ligera palidez de tegumentos, permeabilidad de coanas, faringe normal, hidratada, campos pulmonares sin compromiso, mamas de buen tamaño, simétricas, secretantes, sin alteraciones. Abdomen gestante de 32 cm de fondo uterino, se realizan maniobras de Leopold encontrandose producto único vivo. PC, SL, PDD, FCF, de 144" . Contracciones uterinas de buena intensidad, frecuencia y duración, al tacto vaginal cuello con modificaciones de 4 cm de dilatación. 50% de borramiento. Miembros inferiores sin alteración SV. TA 120/80, FC 28 y T 36.6.

5.2- Análisis de Datos

Mujer adulta, que se encuentra consciente orientada en sus tres esferas, con facies de dolor durante las contracciones, que cursa su trabajo de parto, cooperadora, que se encuentra físicamente sola, aunque sabe perfectamente que hay alguien especial esperando noticias suyas y de su bebé, desde el inicio de ingreso se observa muy aprensiva demandando apoyo en todo los ámbitos para su atención médica, su umbral al dolor es muy alto motivo por el cual durante el progresos del trabajo de parto, la sensibilidad al dolor va aumentando y llega un momento en que es recomendable el bloqueo epidural. Es inteligente ya que lleva acabo todo lo que se le dice y orienta asimila la importancia de los acontecimientos que esta viviendo y la culminación de una gran espera deseada.

Por un momento se le dice si desearía que su pareja estuviera directamente con ella en esos momentos, refiriendo estar agusto al tener una actitud libre ante esta situación, sin la presencia de su familiar, pues menciona que con su compañía se sentiría una persona mimada, cohibida e incapaz de soportar todo lo que implica el nacimiento de su bebé.

Persona madura de acuerdo a su edad, que pasa la mayor parte de su tiempo en su trabajo y que le agrada su función laboral. Refiere que vive en un ambiente social de competencia profesional haciendola sentir bien, porque ella se considera jovial, alegre, optimista que cree superar cualquier acontecimiento que le rodea.

El éxito en la ejecución del plan se logro gracias a la participación activa de la paciente que mostro interés y se dejo guiar respondiendo positivamente a las intervenciones de enfermería.

1° EVALUACION DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

D DÉFICIT P POTENCIAL ND NO DÉFICIT NE NO EVALUADO R RESUELTO

REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL.

- | | |
|--|---|
| 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. | D |
| 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua. | D |
| 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. | P |
| 4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación vesical e intestinal | R |
| 5. Mantenimiento del equilibrio entre actividad y el reposo. | P |
| 6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social. | D |
| 7. Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano | P |
| 8. Promoción de la normalidad. | R |

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO.

- | | |
|---|---|
| 1. Provisión de condiciones que promuevan y apoyan el desarrollo. | R |
| 2. Prevención de condiciones que afectan el desarrollo. | R |

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

- | | |
|---|----|
| 1. Buscar y asegurar los recursos médicos y comunitarios. | R |
| 2. Atención a los efectos de los estados patológicos. | NE |
| 3. Efectua medidas Dx, Tx por prescripción médica. | R |
| 4. Consciente de los efectos negativos de las medidas terapéuticas prescritas por el personal de salud. | NE |
| 5. Modificación del autoconcepto aceptándose como un ser con un estado particular de salud. | R |
| 6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos. | NE |

VANCOUVER HEALT DEPARTMENT TRADUCIDO POR: LEO LORENA RODRIGUEZ RUIZ

*NOTA : Esta valoración se efectúa durante estancia en el servicio de labor del Fecha: (97 06 13)
Instituto Nacional de Peritología. Año Mes Día

Tabla Numero 1

5.4 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PERINATAL REALIZADO EN EL SERVICIO DE LABOR

DATOS DE VALORACION	de laboratorio USG RCTG). Actitud consciente.	presenta un trabajo de parto.	SISTEMA DE ENFERMERÍA Orientar a la mujer en trabajo de parto sobre las repercusiones de una respiración inadecuada sobre su metabolismo y la circulación materno-fetal. Enseñar a la embarazada en trabajo de parto la técnica de respiración y relajación. Ejercitar patrones, de respiración normales profundas y de limpieza. Enublar una relación de comunicación verbal amena. Mantener el mayor tiempo posible a Gabriela en decúbito lateral izquierdo o en semifowler. En caso necesario administrar oxígeno a 3 lx por medio de puntas nasales o mascarillas.	EVALUACION Gabriela, ha sido una persona que coopera en todo momento, realiza los ejercicios respiratorios indicados permanece en una posición lateral o semifowler cuando no se realiza ningún procedimiento.
Requisitos de Autocuidado Universal.	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Déficit en el aporte de oxígeno relacionado con un patrón respiratorio acelerado y superficial.	OBJETIVOS A ALCANZAR Favorecer el intercambio de oxigenación materno-fetal.		
1 - AIRE - Dificultad de respirar - Respiraciones jadeantes - FR 28	Riesgo potencial de presentar un PH materno acidótico relacionado a una ventilación aumentada por la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto.	Prevenir estado acidotico materno durante el trabajo de parto.		
2.- AGUA Mucosas orales y piel hidratadas. Diaforesis e hiperventilación. Sudación y evaporación por piel. Falta de ingesta de líquidos desde el día anterior. Presión arterial 120/80	Déficit en el aporte de líquidos y electrolitos relacionado a pérdidas insensibles y falta de ingesta de agua.	Mantener hidratada a la célula. Vigilar signos y síntomas de alarma Prevenir desequilibrio electrolítico.	Hidratación de mucosas orales proporcionando gasa húmeda. Mantener perfusión de líquidos parenterales. Monitorización de signos vitalés materno (tensión arterial) y fetal. Registro de signos vitales en hoja de evaluación de trabajo de parto.	Desde el ingreso a la unidad de labor (08:35 hrs) la señora Gabriela permanece en cama manteniendo una T.A dentro de los límites normales. Solo se le han ministrado S.G. 5% 250ml con 2.5u oxitocina en goteo dosis respuesta Hartman 500ml para carga mientras se realiza blóqueo epidural. Se debe sugerir sorbos pequeños y frecuentes de agua durante el trabajo de parto.

3.- ALIMENTOS

Gabriela refiere no haber ingerido alimentos desde el día anterior

Riesgo potencial de cansancio físico debido al consumo de las reservas energéticas del organismo durante el trabajo de parto

Disminuir las actividades físicas para evitar cansancio y desgaste físico.

Continuar en AHNO por norma institucional.
Registro y valoración de signos vitales materno-fetal.
Evitar el pujo, cuando no es indispensable.
Mantener en cama.
Orientar a la mujer embarazada en trabajo de parto cuando debe pujar para ahorrar energía.

Gabriela ha mantenido cifras normales de S.V. y puja solo cuando se le indica.
Sugerencia: Debe valorarse el progreso del trabajo de parto de cada individuo y permitir la ingesta de alimentos líquidos para proporcionar energía a la célula y suprimir el bloqueo a quien lo desee.

4 - ELIMINACION

El cliente refiere que le han realizado enema evacuante y vaciamientovesical.

Falta de conocimiento de la importancia en relación al procedimiento de enema y eliminación vesical.

Mantener informado al cliente en todo momento, sobre cada procedimiento a realizar.

Informar a la Sra. Gabriela sobre la importancia del procedimiento de enema intestinal y eliminación vesical, como norma institucional.
Proporcionar el cómodo cuantas veces sea necesario.
Ofrecer privacidad en el momento de eliminación intestinal y vesical.

En este caso solo se refirió en relación de la importancia de los procedimientos que implican este requisito.

5.-ACTIVIDAD Y REPOSO

Contracciones uterinas de 3 en 10 minutos, de buen tono y duración

Alteración entre la actividad y reposo en relación a la actividad uterina frecuente durante el progreso del trabajo de

Regularizar el trabajo de parto.
Efectividad de las contracciones uterinas.
Conducción del trabajo de parto.
Detectar oportunamente

Ministración de oxitócicos a dosis respuesta (2.5u oxitocina).
Monitorizar la actividad uterina.
Valorar y regular la FCF.
Vigilar movimientos fetales.
Atravez de tacto valorar dilatación y borramiento cervical.
Valorar integridad o no de membranas amnióticas.
Registrar y valorar signos vitales materno-fetal.

Ha Gabriela el día de hoy a las 6:30am se le rompieron las membranas, con respecto a las contracciones han aumentado en frecuencia, duración y tono, de acuerdo al progreso del trabajo de parto permitiendo el nacimiento a las 12.44pm.

		signos y síntomas de alarma en caso de complicación							
	parto								A la Sra. Gabriela le realizarón bloqueo epidural a las 10:00hrs. cuando tenia una dilatación cervical de 5-6 cm ministrandole 60mg xilocaina 2% simple. Bicarbonato de sodio por via epidural.
6.-SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL									
Gabriela tiene una actitud de tensión, miedo y dolor durante el trabajo de parto	Déficit en el conocimiento de trabajo de parto relacionado a una actitud inadecuada.	Proporcionar un entorno de tranquilidad y confianza a la mujer de trabajo de parto. -Disminuir la tensión por dolor emplean técnicas de relajación-respiración, visualización.	Familiarizar a la embarazada sobre el área física de la unidad tocoquirúrgica. Orientar al cliente sobre el trabajo de parto y su implicación activa en el mismo. Dar información a la mujer, de la naturaleza, de su actitud y guiar su participación para mantener su psique ocupada. Apoyo psicológico. Enseñanzas de técnicas de relajación y respiración. Realizar bloqueo epidural Participación durante el procedimiento y preparar física y psicológicamente al cliente.						A las 12:30 cuando el cuello cervical esta completa se ministra 150mg de xilocaina 2% con epinefrina por via epidural. Pasando al área de expulsión a las 12:40hrs. En todo momento se apoyo a Gabriela psicológicamente y se proporciona la confianza que en este momento necesita.
									Los signos vitales se han mantenido estables y la analgesia en este caso resultó beneficioso cumpliendo sus objetivos. S.V. Antes * S.V. Des TA 110/7 120/70
7 - SEGURIDAD Y BIENESTAR HUMANO									
Por norma institucional realizar bloqueo.	Riesgo potencial de poner en peligro la vida de la madre y feto relacionado a una disminución de la sensibilidad al umbral de las actividades uterinas.	Bloquear la sensibilidad de los nervios que elevan la sensibilidad desde la región pélvica a la médula espinal.	Valorar la evaluación de la dilatación cervical durante el trabajo de parto para participar en la realización del bloqueo. Orientar sobre la posición fetal de la embarazada para el bloqueo epidural. Ministración de analgésicos Monitorizar los signos vitales materno-fetal y valorar la (FCF); antes y después del procedimiento. Vigilar la sensibilidad de miembros pélvicos de la madre. Monitorización fetal.						FC 92 94 FR 23 24 TEMP. 36.8° 37° FCF 140 148
Signos vitales : T.A. 110/70 FC 92	Riesgo potencial de alterar el centro respiratorio fetal por sobre dosis de xilocaina y								

FR 23 bicarbonato de sodio
TEMP. 36.8c
FCF 140'

REQUISITOS DE
AUTOCUIDADO DE
DESARROLLO

Persona en edad adulta madura	Mujer que cuenta con las condiciones que
Embarazada de 41 SDG X FUR.	promueven y apoyan su desarrollo en cuanto al
Educación a nivel profesional ocupación secretaria.	proceso de trabajo de parto y el logro de nacimiento de su bebé y alumbramiento de la placenta
Apoyo de su pareja y apoyo familiar	

REQUISITO DE AUTOCUIDADO
EN LA DESVIACIÓN DE LA
SALUD

Educación a nivel profesional	Persona que sabe valorar cuándo y por qué acudir en caso de necesitar atención médica sobre todo en este momento que
Costumbres y hábitos que favorecen a su desarrollo para su participación.	
Llevar control prenatal en el INPer	
Acudir a cada uno de los estudios auxiliares de diagnósticos (examen	

Fuente: Datos elaborados por Valtierra V. Virginia. Especialidad en Salud Perinatal. ENEO-UNAM. 1998.

5.5- Seguimiento del caso

En la sala de expulsión la señora Gabriela, logra tener un neonato que respira espontáneamente, sexo femenino, que nació a las 12:47 horas p.m. del día 13 de Junio de 1997, pesando 3550g , talla 46cm, apgar de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, Silverman 0, 39 semanas de Capurro, considerando un parto eutócico, con la administración de analgésico a través del bloqueo epidural, neonato con características clínicas propicias para el servicio de alojamiento conjunto.

A la madre se realiza, epistotomía media, el líquido amniótico fue normal, la extracción placentaria fue dirigida, dándose el alumbramiento a las 12:55 pm , se realiza revisión de cavidad, posteriormente una vez estabilizado sus signos vitales y teniendo un sangrado total de 100ml, y una diuresis de 50ml. Ingresa al servicio de alojamiento conjuntamente con su hija. Dando inicio a la estimulación materna y al apego desde el nacimiento siendo fundamental en la vinculación temprana madre-hija, iniciando la lactancia materna favoreciendo la producción de oxitocina, la contracción del músculo liso dando lugar al Ferbuson 2.

Ingresó con su hija al servicio de alojamiento a las 13:20pm. Durante este servicio se proporciona (acetaminofen 500mg uso cada 6 horas PRN), y Milpar 10cc V.O con 12 horas (08 y 20 horas), fué relevante la participación de enfermería en la orientación relativa a la técnica de extracción manual, técnica de amamantamiento y posición correcta del bebé, lactancia materna exclusiva, higiene durante el puerperio, metodología anticonceptiva y cuidados generales al lactante. Por mejoría del binomio se da de alta del servicio el día 14 de Junio de 1997 con un diagnóstico de puerperio posteutócico sin patología de base con las siguientes recomendaciones maternas:

- Dieta normal más abundante en líquidos
- Baño diario y completo
- Higiene y cuidado de las mamas y pezones
- Vigilancia de los líquidos y características
- Cuidados específicos de la episiorrafia
- Signos y síntomas de alarma en caso de infección en el puerperio
- Cita a planificación familiar

Recomendaciones para el cuidado al neonato.

- Alimentación al seno materno a libre demanda y exclusiva
- Higiene del niño. Baño diario, con jabón neutro y en un lugar libre de corrientes de aire
- Cuidado al muñón umbilical. Área seca y limpia
- Llevar acabo la cartilla de vacunación
- Estimulación temprana al neonato
- Proporcionar baños de sol durante 10 a 15 minutos con cambios frecuentes de posición.

5.5.1 Segunda Valoración de Enfermería Perinatal.

La señora Gabriela que cursa su puerperio mediato de 13 días, refiere estar bien de salud, comenta que hay secreción lactea y niega malestares abdominales, menciona sangrado vaginal escaso de color normal no fetido además menciona tener tenesmo y prurito a la eliminación vesical, el inicio de estos malestares es desde antes que se presentara el trabajo de parto, acudiendo al Instituto Nacional de Perinatología en el servicio de urgencias recibiendo tratamiento que nunca llevo acabo por preocuparse por su trabajo de parto. Durante la entrevista se observa cooperadora con límites a su exploración física, se encuentra consciente en sus tres esferas, buena coloración de tegumentos, mucosa orales hidratadas, mamas no turgentes simétricos, pezón formado, C:P: no valorados por estetoscopio, sin embargo no hay obstrucción a la inspiración de aire y oxígeno por fosas nasales, abdomen cubierto por faja tipo compresiva, miembros inferiores sin alteraciones. En todo este tiempo le esta dando té, en una mamila al lactante de 13 días de nacida.

En cuanto a su vida familiar, actualmente se encuentra acompañada solo de su madre, esta recibiendo apoyo por parte de sus padres, y en la casa de ellos esta pasando la etapa del puerperio con el fin de recibir los cuidados que ella requiere en esos momentos, refiere que su esposo se encuentra trabajando pero que viven juntos todo ese tiempo.

Comenta que tanto su esposo y sus padres estan felices por el nacimiento de la niña; y todos cooperan de una manera u otra ayudandola con su hija.

En relación al aspecto laboral existe una presión psicológica por parte del patrón para su regreso a su empleo, al tiempo más corto que indica su incapacidad que le corresponde por ley, siendo este un factor influyente al temor de perder su trabajo si no se presenta cuanto antes.

5.5.2- Segundo Análisis de Datos

Mujer adulta que cuenta con las condiciones favorables para ejercer su nuevo rol de madre, no olvidando su rol de esposa y trabajadora. Cuenta con el apoyo de su pareja y las personas que conviven frecuentemente con ella; pero apesar de esto, su recuperación posparto lo realiza en casa de su madre la cual le brinda todo su apoyo, influyendo moralmente en la señora Gabriela, en la forma de educar y alimentar a su hija.

Se encuentra preparada academicamente teniendo un trabajo que le brinda seguridad económica y profesional, sin embargo uno de los factores que influyen en el abandono de la lactancia es precisamente la cuestión laboral, sobre todo los de horarios de oficina que son tiempos prolongados.

Además apesar de que cuenta con buenos hábitos higienicos presenta una infección de vías urinarias no tratada por haber suspendido el tratamiento médico, por circunstancias en que se desencadeno el trabajo de parto.

EVALUACION DE LOS REQUISITOS DE AUTOCCUIDADO

D DÉFICIT	P POTENCIAL	ND NO DÉFICIT	NE NO EVALUADO R RESUELTO
-----------	-------------	---------------	---------------------------

REQUISITO DE AUTOCCUIDADO UNIVERSAL.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. | P | | |
| 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua. | D | | |
| 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. | D | | |
| 4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación vesical e intestinal | R | | |
| 5. Mantenimiento del equilibrio entre actividad y el reposo. | D | | |
| 6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social. | R | | |
| 7. Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano | P | | |
| 8. Promoción de la normalidad. | R | | |

REQUISITOS DE AUTOCCUIDADO DEL DESARROLLO.

- | | | | |
|---|--|--|----|
| 1. Provisión de condiciones que promuevan y apoyan el desarrollo. | | | NE |
| 2. Prevención de condiciones que afectan el desarrollo. | | | NE |

REQUISITOS DE AUTOCCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

- | | | | |
|---|--|--|----|
| 1. Buscar y asegurar los recursos médicos y comunitarios. | | | NE |
| 2. Atención a los efectos de los estados patológicos. | | | NE |
| 3. Efectua medidas Dx, Tx por prescripción médica. | | | NE |
| 4. Consciente de los efectos negativos de las medidas terapéuticas prescritas por el personal de salud. | | | |
| 5. Modificación del autoconcepto aceptandose como un ser con un estado particular de salud. | | | |
| 6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos. | | | |

VANCOUVER HEALTH DEPARTMENT TRADUCIDO POR: LEO LORENA RODRIGUEZ RUIZ

Fecha: (97 06 26)

*NOTA : Esta valoración se efectua en el domicilio de los padres del paciente.

Año Mes Día

Tabla Numero 2

5.5.4 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PERINATAL REALIZADO EN EL DOMICILIO DE LOS PADRES DE LA SEÑORA C. M. G.

DATOS DE VALORACION	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>Requisitos de Autocuidado Universal</p>				
<p>AIRE Gabriela refiere vivir en lugar centrico de contaminación. Fumar una cajetilla diaria de cigarros FR 28 por minuto.</p>	<p>Déficit en el intercambio de oxigeno y bioxido de carbono entre el aire alvéolar y la sangre capilar pulmonar relacionado al consumo excesivo de tabaco manifestado por el cliente. Riesgo potencial de presentar enfermedad pulmonar obstructiva crónica relacionada a una inflamación constante del bronquio.</p>	<p>Favorecer un intercambio normal de oxigeno y bioxido de carbono alveolopulmonar. Evitar enfermedades broncopulmonares.</p>	<p>Orientación sobre los efectos de la nicotina en el organismo. Orientación sobre los efectos de la nicotina en forma directa sobre el lactante, si sigue fumando. Concientizar a Gabriela para que se realice exámenes periódicos y control con radiografías torácicas. Promover el no consumo de tabaco Informar sobre la necesidad de aumentar el ingreso de líquidos hasta complementar 2400ml que se considera valor normal. Orientar al individuo sobre los signos y síntomas en caso de un desequilibrio hidrico electrolítico.</p>	<p>Gabriela no ha dejado de fumar por el ambiente laboral en que se encuentra, sin embargo no lo realiza cuando esta con su hija.</p>
<p>AGUA La señora Gabriela refiere el consumo de líquidos aproximado de 100ml Actualmente se encuentra hidratada</p>	<p>Déficit en el aporte de líquidos relacionado a una ingesta disminuida de agua.</p>	<p>Mantener un equilibrio hidroelectrolítico corporal.</p>	<p>Informar sobre la necesidad de aumentar el ingreso de líquidos hasta complementar 2400ml que se considera valor normal. Orientar al individuo sobre los signos y síntomas en caso de un desequilibrio hidrico electrolítico.</p>	<p>La señora Gabriela refiere aumentar la ingesta de líquidos diarios.</p>
<p>ALIMENTOS Ausencia de consumo de alimentos de carnes rojas Ausencia de alimentos ricos en grasas.</p>	<p>Déficit en el conocimiento del consumo de una dieta equilibrada y balanceada de nutrientes, racionado a la falta de proteínas y grasas de origen animal (carne roja)</p>	<p>Orientación a la importancia de la ingestión de proteína en cantidades apropiadas y variadas.</p>	<p>Orientar sobre la importancia del consumo de alimentos ricos en calorías para el organismo en cantidades apropiadas. Apoyo psicológico para disminuir el miedo sobre la ingesta de alimentos grasos para no padecer enfermedades del corazón por arteroesclerosis.</p>	<p>La señora Gabriela esta convencida de la importancia sobre el consumo de proteínas y grasas de origen animal. Sin embargo se observa resistencia al consumo.</p>
<p>ACTIVIDAD Y REPOSO Exceso de actividad laboral, sueño nocturno con pesadillas</p>	<p>Déficit en equilibrio entre actividad y reposo relacionado a una jornada laboral prolongada manifestado con cansancio físico, y a la carencia de actividades complementarias para contrarrestar la tensión.</p>	<p>Orientar sobre la necesidades del organismo a tener espacio de reposo durante el día.</p>	<p>Enseñanza sobre algunas técnicas de relajación y respiración para liberar el cansancio físico y estrés laboral. Dar la importancia sobre</p>	<p>Gabriela reposa solo 1/2 hora durante el horario de trabajo</p>

PREVENCIÓN DE PELIGROS

Refiere conocer las medidas preventivas sobre accidentes laborales

Realiza controles de salud periódicos como papanicolaou

Refiere haberse detectado infección de vías urinarias antes del trabajo de parto

Egreso del hospital sin control de la fertilidad.

Se observa a la señora Gabriela darle líquidos (tê) al lactante en mamila

Persona capacitada para actuar en caso de accidentes laborales y desastres de zona y solicitar examen médico periódico para prevenir enfermedades.

Riesgo potencial de presentar una insuficiencia renal crónica relacionado a una infección de vías urinarias no tratadas

Riesgo potencial de un nuevo embarazo no esperando ni deseado relacionado a una lactancia materna no exclusiva ni control de la fertilidad. Déficit en cuanto a conocimiento sobre lactancia materna observando en su actividad.

Riesgo potencial de abandonar la lactancia materna tempranamente.

Reforzar los conocimientos

en cuanto a accidentes laborales y problemás de salud.

Eliminar la infección de vías urinarias.

Favorecer la lactancia materna exclusiva.

Orientación sobre métodos de planificación familiar.

Elección de un método de planificación familiar.

Reforzar la importancia de la lactancia materna.

la relación de ejercicios ó actividad deportiva en fin de semana.

Orientación sobre actividades para el corto de circuitos tales como:

Escuchar 1/2 hora de música favorita por las noches.

Ver el programa de TV favorito.

Leer un libro 1/2 hora de ejercicios para relajación de cuerpo y mente

Durante la jornada laboral realizar la pausa para la salud cada 3 a 4 horas para realizar

tensión y relajación de músculos acompañados de ejercicios de respiración.

Orientación específica sobre medidas preventivas para mantener una salud óptima.

Enseñar a la señora Gabriela la importancia sobre la detección oportuna de CA CU y CA mamario.

Realizar la autoexploración mamaria consciente y periódicamente.

Evitar la no automedicación.

Orientación sobre signos y síntomas de alarma en caso de infección.

Información sobre las características normales de loquios que se presentan después del parto.

En caso de presentar cualquier alteración de temperatura corporal y

La señora Gabriela sabe actuar en caso de que se ponga en peligro su vida y la de su familia.

Gabriela acude a su consulta de control para iniciar un nuevo tratamiento médico.

Al mes Gabriela elige método hormonal como planificación familiar.

Gabriela esta consciente de la importancia sobre la lactancia materna, sin embargo abandona la lactancia materna a los 3 meses de edad del lactante, por cuestión laboral.

sangrado conscientizar sobre la necesidad de realizar una consulta medica a la institución Informar sobre las medidas necesarias en la toma de muestra para EGO y urocultivo. Orientación sobre la importancia de seguir el esquema completo con medicamento en la desviación de salud, como es el caso de administracion y ministración de macrodantina V.O. en cantidad y horario establecido. Proporcionar medidas higiénicas sobre el manejo de alimentos lavado de manos y aseo perineal adecuado. Brindar información sobre el inconveniente de la relación sexual durante el puerperio. Uso de métodos locales como el condón, método temporales al inicio de las relaciones sexuales una vez transcurrido durante el período del puerperio. Orientación sobre salud reproductiva. Información sobre las ventajas y desventajas de cada uno de los métodos, anticonceptivos a un cuando este lactando. Informar sobre los multiples beneficios que brinda la práctica de la lactancia materna a libre demanda. Orientación en cuanto a la alimentación del lactante y de su higiene. Encontrar alternativas en caso de que quiera ofrecer lactancia a su bebe (masaje de senos, técnicas de extracción manual) modo de refrigerar la leche materna, alimentación con vaso Hablar sobre la alternación y destete en el tiempo adecuado para el bebe. Orientación sobre las dudas que se tenga en relación a los diagnósticos de enfermería mencionados Respetar sus ideas como persona y su decisión respecto a la lactancia materna.

6.- CONCLUSIONES

Desde el primer contacto con la señora Gabriela se realizó una valoración inicial detectando sus capacidades, habilidades y su déficit de auto cuidado durante el proceso de trabajo de parto obteniendo una participación activa desde su ingreso al servicio de labor hasta el servicio de expulsión, esta participación fue reciproca, por un lado el que demanda la atención y por otra la que brinda, enriqueciéndose a través de esta experiencia y el apoyo mutuo.

De acuerdo a la valoración de cada uno de los indicadores y variables se sistematizaron las intervenciones de enfermería perinatal en que se encontró un déficit en los indicadores referentes al porte de aire, agua, soledad e interacción social, así como un riesgo potencial en los indicadores que se refieren al aporte de alimentos, actividad y reposo al área de prevención y bienestar humano, todos estos forman parte de los requisitos de autocuidado universal.

De una manera u otra los indicadores del requisito del autocuidado de desarrollo se encontraban resueltos.

Con los déficit encontrados durante el trabajo de parto y parto, Gabriela realizó los ejercicios respiratorios, permaneció la mayor parte del tiempo en una posición lateral, se encontraba en cama, su organismo registró una presión arterial en límites normales, además colaboró de manera eficaz durante la realización del bloqueo epidural, la cliente durante el proceso de trabajo de parto y parto mantenido el resto de sus signos vitales en cifras normales al igual que los signos vitales fetales.

Gracias a la colaboración de los profesionales de la salud, pero sobre todo a la señora Gabriela que realizó las actividades orientadas y dirigidas por parte de la especialista perinatal se logró tener un parto fisiológico.

A partir de una segunda valoración y de acuerdo al análisis de datos se evaluó nuevamente cada uno de los indicadores de los requisitos de autocuidado universal detectándose un déficit al punto referente al aporte de agua, alimentos, actividad y reposo, así como riesgo potencial al indicador del aporte de aire, prevención y bienestar humano.

Con estos diagnósticos la enfermera participó de manera profesional en el área de fomento y educación para la salud logrando que la señora Gabriela se conscientice sobre la importancia del aumento en la ingesta de líquidos, del consumo de una dieta adecuada y equilibrada en cuanto a nutrientes que sin embargo en la práctica se observa resistencia.

Se logro que la señora Gabriela utilizara 30 minutos, durante su jornada laboral con el fin de reposar. Acudio a planificación familiar eligiendo el método de las microcapsulas, llevo a su hija al control de niño sano. La cliente se conscientizó sobre la importancia de lactancia materna, sin embargo lo abandono al mes y medio al nacimiento de su hija, argumentando impedimentos laborales.

En relación a las visitas programadas en primera instancia solo se realizó una, momento en que se pretendió conocer el ámbito familiar y ambiental que efectivamente se describe en una de las valoraciones de enfermería, la señora Gabriela se desenvuelve y convive más con sus padres y una tía materna con la que vive actualmente, que con su propio esposo, que por circunstancias de trabajo (comerciante) no distribuye un tiempo especial dedicado a su familia.

Una limitante que se tuvo por parte de la cliente para poder realizar otra visita domiciliaria programada es la propia actividad laboral (secretaria) pues comprende un horario de oficina factor determinate en su cancelación y circunstancias que propiciaron al abandono de la lactancia materna.

En el caso de una mujer embarazada cursando el trabajo de parto al sistema de enfermería que le compete es el apoyo- educación, que actualmente el plan Nacional de Salud lo maneja como cultura para la salud. En el momento en el parto el sistema de enfermería es parcialmente compensatorio, ya que se necesita del personal de salud profesional en el momento del nacimiento y alumbramiento, lo anterior manifiesta la importancia de realizar una serie de cuidados maternos y cuidados al neonato para brindar una salud óptima al binomio.

La atención institucionalizada del tercer nivel de atención como es del caso INPer se ajusta a normas establecidas para la atención de pacientes de alto riesgo obstétrico, sin embargo para la atención de pacientes que cursan embarazos de bajo riesgo y trabajo de parto fisiológico se considera potencialmente riesgoso someterlas por que las pacientes que son sometidas a un protocolo de atención enfocado a agilizar el trabajo de parto, RPM, maniobras de dilatación cervical y aplicación de anestésico, procedimientos que alteran el proceso normal del trabajo de parto modificando su evolución en forma desfavorable.

En relación a la teoría de Orem, los requisitos universales, el autocuidado de desarrollo y desviación de la salud sirve como fundamento al proceso de atención de enfermería en su aplicación requiriendo del conocimiento científico, tecnológico y práctico para brindar una mejor atención al cliente.

7.- COMENTARIOS

Durante el curso de la especialidad perinatal en enfermería impartida por la División de Estudios Superiores de Postgrado (ENEO-UNAM), las sedes que la apoyan a través de la enseñanza tutorial teórico-práctico, se diferencia tanto por el nivel de atención brindada a sus clientes , proporcionada por personal profesional (Médicos, Lic. en Enfermería), por sus normas y políticas institucionales para ofrecer sus servicios, así como la psicoprofiláxis para la mujer y su pareja que se encuentra en trabajo de parto.

Estas razones podrían justificar los diferentes procedimientos que se llevan a cabo para la atención en cada una de las sedes. no hay justificación cuando el manejo de trabajo de parto y la atención al nacimiento es adecuado a cada cliente.

El Centro de Investigación Materno Infantil, Guía de estudios al nacimiento A.C. proporciona atención de primer nivel a la pareja tanto en la etapa previa al nacimiento, embarazo, parto, puerperio neonatal por medio de los instrumentos "Guía de estudios para la prevención de los defectos al nacimiento" y al "Sistema para la detección y evaluación de riesgo perinatal.

En CIMIGen, una vez que llega la pareja solicitando sus servicios se les ofrece un curso psicoprofiláctico, para que en cuanto llegue el momento, puedan cooperar, participar activamente y decidan de que manera enfrentar el trabajo de parto.

A diferencia de otras instituciones en cimigen se permite a la mujer ingerir algo ligero para no estar en ayuno y tenga fuerzas en el momento del nacimiento, no se realiza tricotomía, ni se aplican enemas evacuantes, no se realizan bloqueos epidurales a menos que la pareja lo solicite, se permite que el conyuge o una persona cercana a la mujer en trabajo de parto la apoye y ayude en todo momento. a la mujer se le permite caminar, acostarse, bañarse dentro del servicio de labor, el conyuge puede compartir el momento del nacimiento independientemente si es parto o cesarea.

El Instituto Nacional de Perinatología brinda atención especializada, ofrece servicios ginecoobstetricos, se sujeta por normas diferentes de atención, se presume que proporciona servicios a mujeres con embarazo de alto riesgo, por la cual se justificaria la realización de ciertos procedimientos con el fin de favorecer un embarazo a termino satisfactorio para el binomio.

Sin embargo el INPer somete a todas las mujeres en trabajo de parto independientemente de tratarse de alto riesgo o riesgo bajo a procedimientos como: ayuno completo, vaciamiento intestinal, bloqueo epidural, sujeción en cama, inducción o conducción del parto, rompimiento artificial de membranas, valoración del trabajo del parto a través de tactos vaginales muy frecuentes, nose la da la oportunidad a la mujer a participar libre y activamente en su propio trabajo de parto, ni se le permite al conyuge a participar en el nacimiento.

Estoy completamente convencida de que la mujer es capaz de tomar decisiones con respecto a su propio parto, para ello debe estar bien orientada e informada sobre lo que esta pasando ella y su hijo para que su participación sea efectiva y con ayuda de personal profesional logre un parto o cesarea satisfactoria.

Las instituciones de salud independientemente del nivel de atención que brinda, deben dar privacidad al demandante de atención, deben tratarlo con respeto, mantener su integridad como individuos, aceptar su participación y decisión sobre su propia salud.

Las normas no deben ser estrictas, sino ajustables a las mujeres que cursan un trabajo de parto y en mi opinión se les debe dar libertad para su participación y elección.

8.- SUGERENCIAS

Preparar a toda mujer embarazada en la consulta prenatal para su participación activa durante el proceso del trabajo de parto y parto.

Intervenir lo menos posible por parte del profesional de salud en caso de una mujer embarazada sin riesgos permitiendo que este proceso evolucione en forma natural.

En caso de contar con una persona de confianza facilitar la Doula cuya presencia apoye a la mujer en trabajo de parto y parto.

Continuar formando a los alumnos desde la etapa escolarizada con diferente enfoques de enfermería de acuerdo al semestre en que se encuentra.

Aplicar otras teorías de enfermería para enriquecer la atención integral de la mujer en la etapa reproductiva.

Desarrollar prácticas comunitarias enfocadas al seguimiento de caso de la gestante en las etapas: Preconcepcional, obstétrica y personal.

Emplear el P.A.E. como método esencial para el otorgamiento del cuidado a la salud reproductiva dentro y fuera del embarazo.

En el desarrollo de los contenidos de posgrado de enfermería perinatal desde el inicio abordar contenidos referentes a la Teoría(s) de enfermería que se aplicarán para el abordaje de los seguimientos del caso, con el propósito de que el alumno vaya aproximándose a la información y construyendo su esquema referencial con un mejor entendimiento de los fundamentos teóricos.

9.-BIBLIOGRAFIA

ALFARO, Rosalinda et al. Aplicación al proceso de enfermería. Guía práctica. Edit. Doyma Barcelona-México.

CATHERINE PARKER, Antony y G.A. Thibodean: Anatomía y Fisiología. 10ª edición México, Edit. Interamericana, 1985. 506 -520 -5648.p.

CENTRO DE INVESTIGACION MATERNA INFANTIL.HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO.Sistemas para detección y evaluación de riesgos perinatal. A.H.M. I.A.P. Veracruz, Veracruz México. 1993. PREVI Gen IV, PREVI Gen V.

Diccionario terminológico de ciencias medicas. 13ª edición México. Edit. Salvat Ciencia y cultura. Edit. Latinoamericana, S.A. de C.V. 1993.

E.OREM, Dorothea. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería. Barcelona. Edit. Científicas y técnicas 1993. 151p.

GRUPO DE ESTUDIOS DEL NACIMIENTO A.C. Guía de estudios para la prevención de los defectos al nacimiento. Facultad de medicina, UNAM. diciembre 1989.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA. El cuidado del niño.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA. Normas y procedimientos de obstetricia y ginecología. Edit. Marketing y Publicidad de México. México.

J.CAVANAGH, Stephen. Modelo de Orem. Aplicación práctica. 1ª edición Barcelona. Edit. Científica y Técnicas. 1993. 3-12p.

MARRINER, Ann et al. Modelos y Teorías en enfermería. 3ra. edición España Edit. Mosby / Doyma. 1994. 3,10,181-190p.

MUNGUIA ZATARAIN, Irma y José Manuel Salcedo. Redacción e Investigación Documental I. Manual de Técnicas de Investigación Documental. Edit. Universidad Pedagógica Nacional. México. 1988.

Oceano Uno. Diccionario enciclopédico ilustrado. Bogota Colombia edición 1992.

SALLY B, OLDS et al. Enfermería Materno Infantil. 2ª edición, México, Edit. Interamericana, 1987. 448-481p.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. El maestro en la planificación familiar. 1ª edición Argentina, México. Edit. Pax-México. 1976. 89p.

SECRETARIA DE SALUD. Norma oficial mexicana de enfermería. NOM-EM-002. SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. 98p.

TRUEBA, Guadalupe et al. Curso de preparación para el parto.

WRIGHT, Erna. Parto Psicoprofiláctico. 2ª edición Argentina, México. Edit. Pax-México. 15-24p.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTRUMENTO DE VALORACION PERINATAL MATERNA

FECHA DE ELABORACION: _____
ELABORADO POR: _____

I.- DATOS GENERALES

NOMBRE: _____ EDAD: _____
EDO. CIVIL: _____ PESO: _____ TALLA: _____ GRUPO Y RH _____
OCUPACION: _____ ESCOLARIDAD: _____ RELIGION _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____
RESIDENCIA _____ TIEMPO DE RESIDENCIA. _____
DOMICILIO ACTUAL _____ TELEFONO _____
PERSONA RESPONSABLE (PARENTESCO, NOMBRE OCUPACION, DOMICILIO) _____

1.- Características de la familia.

Tipo de familia (nuclear, extensa, integrada, desintegrada, etc..) _____

No. de integrantes: _____

Comunicación con: _____

* La pareja _____

* Hijos _____

* Otros familiares _____

¿Cual considera usted que son los principales problemas de relación familiar?

Tipo de recreación con:

* La pareja _____

* Hijos _____

* Otros familiares _____

2.- Características del ambiente.

Vivienda. Propia _____ Rentada _____ Otra _____ Ventilación natural _____ iluminación natural _____

Tipo de construcción (percedero, durable o mixto) _____

No. de habitaciones (para dormir, cocinar, baño propio o compartido) _____

Servicios intradomiciliarios: (especificar características)

Tipo de combustible para cocinar

Agua _____

Luz _____
Drenaje _____
Iluminación artificial _____

Convive con animales _____ Fauna nociva _____

Manera de recolectar la basura en el hogar _____

3.- Características de la comunidad.

Pavimentación	_____	Medios de Transporte	_____
Iluminación	_____	Centros Educativos	_____
Banquetas	_____	Servicios de Salud	_____
Recolección basura	_____	Centro comerciales	_____
Vigilancia	_____	Centros de recreación	_____
Telefonos públicos	_____		

II.- NECESIDADES UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

A.-AIRE

1.-Hábitos de salud

a) Higiene fosas nasales, bucal: Si ___ No ___ Frecuencia ___

b) Exposición a gases nocivos: Si ___ No ___ Tipo ___

c) Si fuma, cuantos cigarros al día, ¿varía la cantidad segun estado emocional?

d) Utiliza técnicas que mejoran su respiración (Relajación,yoga) Si ___ No ___ Tipo ___

e) Modelos de Oxigenación (ayudas) _____

2.- Revisión por sistemas

a) Aparato respiratorio. Signos vitales (pulso central y perifericos T/A,temperatura y patrones respiratorios) Nariz: deformaciones, obstrucción nasal, desviación de tabique. carac. mucosa, olfato, epistaxis, secreción, sensibilidad de senos paranasales. Toráx y Pulmones. forma y simetría, auscultación y percusión. tos. sibilancias, estertores, alteraciones en la respiración. _____

b) Sistema cardiovascular: Inspección del area cardiaca en busca de depresiones o protusiones, identificar si existen palpitaciones, soplos cardíacos, dolor precordial, arritmias, ortopnea. _____

c) Sistema vascular periferico: extremidades toracicas y pélvicas (temperatura,color, llenado capilar, varicosidades, uñas) frialdad, entumecimiento, edema, periferico. _____

B.- LIQUIDOS

1.-Hábitos de salud.

a) Líquidos orales en 24 hrs (cantidad y tiempo) _____

b) Líquidos que le gustan/desagradan _____

c) Preferencia en cuanto a temperatura de los líquidos _____

2.-Revision por sistemas

a) Hidratación: signos de deshidratación, diaforesis, edema, polidipsia, poliuria _____

b) Líquidos parenterales: Sangre o derivados, soluciones, hiperalimentación. _____

C.- ALIMENTOS

1.- Hábitos de salud

- a) Registro dietético: No.de comidas al día _____
Días a la semana de consumo de :
carne _____ verdura _____ aceite vegetal _____ frituras _____ huevo _____ fruta _____
mantequilla _____ embutidos _____ leche _____ manteca _____ enlatados _____ quesos _____
consumo diario de:
nº de tortillas _____ nº de panes _____ sal _____ azúcar _____
- b) Alimentos que gustan/desagradan _____
c) Variantes dietéticas (culturales, religiosas y médicas) _____
d) Suplementos alimenticios (vitaminas, minerales) _____
e) Problemas relacionados con la ingestión/digestión _____
f) Uso de medicamentos relacionados con la ingestión/digestión _____ ¿cuales? _____
g) ¿Que sentido le da a la comida? (amor, recompensa, supervivencia, paliativo, de aburrimiento...) _____
h) ¿Con quien come? _____ ¿Donde come? _____
y) ¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación? _____

2.- Revisión por sistemas.

- a) Boca: dolores dentarios, sangrado de encías, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, perdida del gusto, alitosis, dificultad para masticar, adoncia parcial o total. _____
b) Garganta: Dolor, distragia, antecedentes de infecciones estreptococcicas _____
fecha de último episodio _____
c) Aparato digestivo: nauseas, vómito (frecuencia, características) anorexia, polifagia, eructos frecuentes, dolor abdominal, indigestión por acidez. _____
d) Antropometria (peso, talla, pliegues cutaneos, diametro del brazo) _____

D.-ELIMINACION

1.- Hábitos de salud

- a) Hábitos intestinales y vesicales. Características y nº de veces _____
b) Ayudas (líquidos, alimentos, farmacos, enemas) _____

2.- Revisión por sistemas

- a) Características de la orina: poliuria, oliguria, disuria, nicturia, incontinencia, dificultad para iniciar o defender la micción, fuerza de la micción, goteo lumbar y/o a nivel de fosas iliacas. _____
b) Características intestinales; peristasis, dolor, diarrea, estreñimiento agudo o crónico, flatulencia, hemorroides, características de las heces (color, consistencia y cantidad) _____

E.- ACTIVIDAD Y REPOSO

1.- Hábitos de salud

- a) Tipo de actividad diaria que realiza: en casa, trabajo y tiempo libre _____
b) Modelo de sueño: hábitos para favorecer el sueño, horario y características _____
c) Descanso: tipo y frecuencia _____

2.- Revisión por sistemas

- a) sistema musculoesqueletico: fuerza/debilidad, tono muscular, gama de movimientos, dolor, fatiga, frigidez, tumefacción deformaciones. _____
b) Sistema neurologico: estado de conciencia, entumecimiento, hormigueo, sensibilidad al calor, frio, tacto, _____

movimientos anormales (temblores, convulsiones) parálisis, vértigo, cefalea, alteraciones de la memoria, reflejos.

F.- HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

1.- Hábitos de salud

a) Baño cada _____ cambio de ropa _____ aseo bucal en 24 hrs. _____

aseo de manos en 24 hrs _____ aseo perineal _____

b) ¿Que significado tiene para ud la limpieza? (autoimagen, reflejo del estado emocional, relación o comunicación con los demás, etc..)

e) ¿Tiene por costumbre utilizar productos específicos para el cuidado de la piel? (jabón, shampoo antisépticos bucales o vaginales cremas etc..)

2.- Revisión por sistemas

a) Piel: Erupción, heridas, turgencia, protuberancias, masas, cambio de color (localización y extensión) olor corporal.

b) Pelo: Distribución del cabello y vello, alteraciones en cantidad, presencia de parásitos _____

c) Uñas: lesiones y alteraciones _____

d) Mamas: Tamaño, simetría, masas, secreciones, estado del pezón, alteraciones cutáneas, crecimiento de ganglios axilares.

e) Genitales: Erupciones e irritaciones perineales, lesión, secreción anormal (cantidad, color, consistencia anormal, olor) varices, prurito, ardor, inflamación, tumoración, estado del cérvix.

G.- INTERACCION SOCIAL

1.- Hábitos de salud.

a) Comunicación: verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación, barreras idiomáticas, tartamudeos) No verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz, congruencia con la verbal)

b) Utilización de mecanismos de defensa (negación, inhibición, agresividad, hostilidad, desplazamiento, etc..)

c) Interacciones sociales : perteneciente a algún grupo social, deportivo, cultural _____

2.- Revisión por sistemas.

a) Oído: dolor, secreción, tinnitus, aumento/disminución de la audición, uso de audifono, malformación.

b) Ojos: Dolor, lagrimeo, secreción, simetría, pupilas, edema palpebral, Vista: lentes de corrección, visión borrosa, diplopía, ceguera nocturna, daltonismo.

H.- RIESGO PARA LA VIDA, FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANOS

a) Prácticas de seguridad personal:

* ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo, calle u oficina?

Si _____ No _____ Tipo _____

* ¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia? (esquema de vacunación, revisiones medicas, papanicolaou, mamografía, etc..)

* ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades?

Si _____ No _____ Cuales _____

* De que manera maneja las situaciones de tensión en su vida? (enfadarse consigo mismo o con los demás, culpabilizar a los demás de su situación, hablar con la persona que esta implicada en el problema, sentirse ansioso, rezar, leer, escuchar musica o realizar actividades relajantes, dedicarse a actividades intelectuales, infravalorarse, adoptar un comportamiento inhibido, sumiso o activo)

- * ¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su autoimagen o autoconcepto?
Si _____ No _____ Cuales _____
- * ¿Es usted alérgico a algún medicamento? Si _____ No _____ Cuales _____
- * ¿Ha tenido alguna alteración del sistema inmunológico? Si _____ No _____ Cuales _____
- * ¿Ha tenido historia de enfermedades de transmisión sexual, transfusiones sanguíneas, antecedentes de lesiones o accidentes? Si _____ No _____ Cuales _____
- * ¿Cuales son sus hábitos respecto a drogas, alcohol, tabaco, café, té, bebidas con cola, medicamentos? Si _____ No _____ Tipo _____

b) Concepto/imagen de si mismo

- * Imagen corporal _____
- * Concepto de si mismo _____
- * Salud mental (actitud, afecto/estado de animo, procesos de pensamiento, sensorio y raciocinio) _____
- * Espiritualidad _____

III.- NECESIDADES DE AUTOCUIDADO SEGUN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

- A.-Etapa de la vida y aspectos relacionados (neonatal, lactancia, infancia, edad escolar, adolescencia, edad adulta media, procreación, etc..) _____
- B.-Etapa psicosexual (Freud) _____
- C.-Etapa psicosocial (Erickson) _____
- D.-Etapa intelectual (Piaget) _____
- E.-Etapa moral (Kohlburg) _____
- F.-Condiciones que favorecen o impiden el desarrollo normal (hechos cotidianos, mala salud, educación) _____

IV.- NECESIDADES DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACION DE LA SALUD

A.-Desviación actual

- 1.-Percepción de la desviación
 - a. Motivo de consulta _____
 - b. Comprensión de la alteracion actual del estado de salud _____
 - c. Sentimientos en relación con el estado actual de salud _____
 - d. Preocupaciones específicas _____
- 2.-Mecanismos de adaptación
 - a. Uso previo de los mecanismos de adaptación para afrontar alteraciones similares _____
 - b. Repertorio actual de mecanismos de adaptación de los mismos _____
 - c. Factores concomitantes de estres (hechos cotidianos) _____
- 3.-Efectos de la desviación sobre el estilo de vida
 - a. Psicológicos _____
 - b. Fisiológicos _____
 - c. Económicos _____

B.-Historia previa de desviaciones de la salud

- 1.-Enfermedades en la edad adulta _____
- 2.-Enfermedades en la infancia _____
- 3.-Hospitalizaciones _____
- 4.-Medicamentos prescritos o por iniciativa propia _____

C.-Historia familiar de salud

- 1.-Familiares vivos o fallecidos con desviaciones similares de salud
- _____
- _____

Elaborado por las alumnas precursoras de la especialidad a nivel posgrado de enfermería perinatal 1997.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PERINATAL

DATOS DE VALORACION	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACION