



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA PACIENTE CON AMENAZA DE
PARTO PRETÉRMINO.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
**PRESENTA: ÁNGELA GRACIELA HERNÁNDEZ
MANJARREZ.**

DE CUENTA: 401116454

DIRECTORA DEL TRABAJO:

**MAESTRA MARÍA DEL PILAR SOSA ROSAS
MÉXICO D. F. JUNIO, 2005.**

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES



m 347772



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

La enfermería es un arte; y si se pretende que sea un arte,
requiere una devoción tan exclusiva,
una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o
de un escultor, pero ¿cómo puede
compararse la tela muerta o el frío mármol con el
tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu
de Dios?
es una de las Bellas Artes; casi
diría, la más bella de las Bellas Artes.

Florence Nightingale

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recacional.

NOMBRE: Angela Guadalupe
Hernández Manjarrez

FECHA: 12/09/05

FIRMA: [Firma]

A Dios: Por todas las cosas buenas que me ha dado en la vida....

¡GRACIAS!

A mis hijos: Graciela y Víctor por todo el amor y todo el apoyo que de ustedes recibo.

Los amo ¡Gracias Hijos!

A ti Luis: Por tu apoyo y por ser esa luz que necesitaba en mi camino.
Gracias. ¡Te amo!

A mis padres Ricardo y Graciela: Por ser el origen de mi vida y por todo su amor.

Los amo. ¡Gracias!

A mis hermanos Caridad, Ricardo, Mayra y Erika: Gracias por ser mis hermanos.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	2
3. MARCO TEÓRICO	3
3.1 Escenario cambiante de la enfermería	7
3.2 Gineco obstetricia en la historia	12
3.3 Teoría de enfermería de Virginia Henderson	19
3.3.1 Principales conceptos y definiciones de Virginia Henderson	21
3.4 Abraham Harold Maslow	25
3.5 Proceso de Atención de Enfermería	30
3.5.1 Fases del Proceso de Atención de Enfermería	32
4. METODOLOGÍA	38
5. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	39
6. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	40
7. JERARQUIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	45
8. PLAN DE CUIDADOS	46
9. PLAN DE ALTA	57
10. CONCLUSIONES	58
11. SUGERENCIAS	59
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
13. GLOSARIO	61
14. ANEXOS	62

INTRODUCCIÓN

A pesar de los grandes logros de la medicina, en particular de la obstetricia, el parto pretérmino ha sufrido pocas modificaciones, por lo que sigue siendo la primera causa (después de las malformaciones congénitas) de morbilidad y mortalidad en el periodo perinatal. Se considera que en la mayoría de los países del mundo este problema ocasiona entre el 70 y el 85% de la mortalidad perinatal. Además, se sabe de las secuelas a largo plazo que tienen los neonatos pretérmino con los altos costos que implica su tratamiento y, en ocasiones, con resultados poco satisfactorios.

El propósito para la realización de un proceso de atención de enfermería como opción para titulación de la carrera de Licenciada en Enfermería y Obstetricia (LEO), es profundizar, analizar y poner en práctica los elementos teóricos y metodológicos del proceso de enfermería en una situación concreta para ofrecer un cuidado integral a las personas, familia o grupo en situaciones de salud o de enfermedad.

Para abordar este tema, el presente trabajo incluye un capítulo que menciona los antecedentes de enfermería, la evolución de la profesión en el campo de la obstetricia, continuando con la teoría de Virginia Henderson, la teoría de Abraham Maslow, así como el proceso de atención de enfermería en todas sus etapas; concluyendo con la presentación de un caso, aplicando el proceso en una paciente con alteración en el proceso del embarazo en el tercer trimestre relacionado con traumatismo (caída).

OBJETIVOS

- Aplicar un Proceso Atención de Enfermería de calidad a pacientes con alteraciones en el proceso del embarazo en el tercer trimestre relacionado con traumatismo; que coadyuve a la satisfacción de necesidades reales y potenciales previamente identificadas.
- Proporcionar cuidados específicos de enfermería a una paciente con embarazo de alto riesgo, mediante la valoración de sus necesidades basada en el modelo de Virginia Henderson.
- Elaborar diagnósticos de enfermería a una paciente con embarazo de alto riesgo para llevar a cabo las intervenciones necesarias.

MARCO TEÓRICO

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Como tal, ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales.

Los momentos decisivos para la historia también lo han sido para la enfermería. Los acontecimientos que dan lugar a "un mayor grado de consideración hacia los desvalidos y oprimidos, benevolencia y compasión para los desgraciados y los que sufren, tolerancia hacia aquellos de religión, raza o color diferentes, etc., tienden a promover actitudes como la enfermería, que son fundamentalmente humanistas" (Dock y Stewart, 1925).

La enfermería es el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos" (Robinson 1946).

Durante los periodos en que la mujer estuvo rigurosamente confinada al hogar por imposiciones sociales y sus energías se dirigieron exclusivamente a la vida familiar, la enfermería debido a adoptar un carácter de arte doméstico.

Los deberes de la mujer, su grado de independencia económica, su libertad fuera de la familia y otros factores han tenido una influencia capital en el progreso de la enfermería

Su pleno desarrollo no había sido posible sin la emancipación de las condiciones de sometimiento sufridas por las mujeres. En el último extremo, las exigencias globales de la enfermería resultarían incomprendibles sin la formación y el conocimiento de las condiciones sociales y las necesidades del momento

La enfermería tiene su origen en el cuidado materno de los niños indefensos y tienen que haber coexistido con este tipo de cuidado desde los tiempos remotos. La palabra inglesa nursery deriva del vocablo latino nutrise. "nutrir" el termino ingles nurse también tiene sus raíces en el latin, en el nombre nutrix, que significa "Madre que cría"

Con el tiempo, el termino nutrix se utilizó para identificar a una mujer que criaba, lo que suponía una definición mas amplia aunque todavía relacionada con la idea de engendrar. Los vocablos latinos fueron la base de la palabra francesa nourcise y de la palabra española nodriza, que también se refería a la mujer que amantaba a un niño, en especial al hijo de otra.

El significado originario de la palabra inglesa fue el mismo: ama de cría. Este término se utilizó por primera vez en el siglo XIII, y su ortografía adopto formas diversas, desde norcice, nurice, o nurcice, hasta la actual nurse.

A lo largo de esta evolución de la palabra, se añadió otra dimensión a su significado: mujer que cuida y atiende a niños pequeños.

En el siglo XVI el significado fue "persona, generalmente mujer, que atiende a los enfermos o se ocupa de ellos".

En el siglo XVIII, el significado del verbo empezó a incluir la idea de "atender a un enfermo u ocuparse de él"

Durante el siglo XIX se añadieron otros dos componentes: la preparación de aquellos que cuidan a los enfermos y la realización de dichas funciones bajo la supervisión de un médico.

La enfermería esta asociada con la educación, esto responde a los dos tipos de asistentes que aparecieron: la enfermera de niños y la enfermera de enfermos. (Stewart y Austin, 1962).

Así surgió la palabra niñera (nursemaid) e institutriz, que se convirtieron en títulos de la joven ó mujer cuya función consistía en ser enfermera de niños.

Por desgracia el origen de la enfermera como madre perpetúo la idea de que la enfermería solo podía ser ejercida por mujeres.

Las mujeres debido a este instinto maternal, fueron consideradas "enfermeras natas". En consecuencia, la imagen de la enfermera como madre amorosa que conforta y cuida intuitivamente sigue siendo muy popular.

El papel de la enfermera se fue ampliando paulatinamente, desde el de madre cuya función biológica incluía el amamantamiento de los recién nacidos y la crianza de los niños pequeños hasta otro de mucho mayor alcance.

El cuidado de enfermos, ancianos, personas desvalidas o débiles y minusválidas, junto con la promoción de la salud, se convirtió en un componente vital de la enfermería como concepto global. Además, con el tiempo "cuidado" también paso a abarcar el afecto, preocupación, solidaridad y responsabilidad hacia los necesitados.

Con el paso del tiempo se puso de manifiesto que el amor y la dedicación no bastaban por si mismos para fomentar la salud o vencer la enfermedad.

El desarrollo de la enfermería dependía de otros dos ingredientes esenciales: habilidad, experiencia y conocimientos. La negligencia o preponderancia de cualquiera de estos elementos daría por resultado un desequilibrio en los cuidados.

La profesión de enfermería, que ha ido evolucionando a través de los tiempos, todavía no ha alcanzado su plena madurez. Continúa creciendo y desarrollándose a fin de incluir esferas más amplias del servicio y la práctica profesionales y aumentar sus responsabilidades.

Sin embargo nunca podrá "ir más allá de los instrumentos humanos mediante los cuales se aplica, ni de los recursos que estos puedan extraer de la cultura de su época y de su grupo". (Stewart y Austin, 1962)

El escenario cambiante de la enfermería.

En la enfermería se han presentado cambios trascendentes a lo largo del siglo XX. El descubrimiento de nuevos fármacos, nuevas técnicas y tecnologías ha acrecentado las responsabilidades de las enfermeras y ha obligado a introducir modificaciones radicales en los cuidados de enfermería. El cuidado del paciente de hoy plantea retos diferentes a los que tuvo que afrontar Florence Nightingale, puesto que a las enfermeras actuales se les exige efectuar tareas que antaño realizaron los médicos. Antes de la década de los años treinta había pocas enfermeras graduadas que fueran empleadas por los hospitales, por cuanto la mayor parte de los cuidados de enfermería corrían a cargo de las estudiantes. En aquel tiempo la "enfermería" incluía una gran variedad de tareas que tenían que ver con la profesión, como fregar suelos, llevar bandejas y limpiar el equipo, además del llamado cuidado rutinario de los pacientes. A las estudiantes se les dejaba poco tiempo para poder proporcionar un cuidado de enfermería adecuado, y mucho menos para incorporar a ese cuidado un enfoque holístico.

Hacia los años cuarenta las enfermeras ya llevaban a cabo muchas más tareas y procedimientos como resultado de la introducción de profundas innovaciones en los cuidados de salud. Entonces las funciones de las enfermeras ya incluían la determinación de la presión arterial, la aspiración ante diversos procesos, la ayuda de las transfusiones, la administración de oxígeno, la inyección de medicamentos y otras técnicas más sofisticadas. Las enfermeras también colaboraron en los quirófanos, las salas de partos y los ambulatorios. Cada vez eran más las personas ingresadas en los hospitales para someterse a nuevos tipos de pruebas, ya que estas instituciones se habían convertido en lugares seguros y eficaces.

Ese fenómeno se vio fuertemente respaldado por la aparición de los seguros hospitalarios y los planes de pago de previo para los cuidados hospitalarios.

A lo largo del siglo XX hubo periodos de escasez dentro de la enfermería. Incluso la creencia de que habria un exceso de enfermeras para el trabajo civil después de la II Guerra Mundial se vio frustrada. Muchas enfermeras dejaron de trabajar para dedicar su tiempo a responsabilidades familiares. Otras no volvieron a la práctica como respuesta a un sistema autoritario y paternalista en el que ellas no tenían ninguna participación en las planificaciones y en la toma de decisiones. Muchas se negaron a participar en una estructura laboral que ofrecia pocas recompensas, muchas horas, trabajo físico arduo y salarios muy bajos.

A esta situación se sumaron otros acontecimientos significativos que llevaron al desarrollo paulatino de un nuevo modelo de organización para los cuidados hospitalarios. El éxito demostrado en las salas de reanimación en el frente durante la II Guerra Mundial se tradujo en la creación de unidades especiales para el cuidado de pacientes. Se establecieron salas de post-anestesia y recuperación para prevenir las complicaciones del postoperatorio.

Se hizo evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados de enfermería, uno que proporcionara tanto calidad como atención integral al enfermo. En los años sesenta se inició un movimiento para acortar las distancias entre la enfermera profesional y el paciente. Empezó como una innovación importante en 1963 gracias al empeño de Lidia Hall, inspiradora de la filosofía y el trabajo de Loeb Center for Nursing and Rehabilitation del Montefiore Hospital de Nueva York

La finalidad global de ese centro es proporcionar cuidados de enfermería continuos y de calidad con el fin de favorecer la curación, prevenir las complicaciones, promover la salud y evitar las recaídas y las nuevas enfermedades.

Los cuidados de enfermería los imparten exclusivamente enfermeras profesionales en un contexto que fomenta el traslado del paciente del hospital general al hogar. La enfermera es el *factor primordial* en el cuidado de los pacientes y coordina los esfuerzos del enfermo, la familia y los suyos propios para resolver los problemas que pudieran obstaculizar la recuperación total. La medicina y campos afines se consideran como un tratamiento secundario. En esta estructura se da por supuesto que se necesitan menos cuidados médicos y más cuidados y formación de enfermería (Hall, 1963). Lentamente se iniciaron otros intentos similares en hospitales de cuidados agudos bajo el pretexto de una enfermera "integral" o "total". Sin embargo, las enfermeras vieron frustrados sus esfuerzos por un personal inadecuado, el énfasis puesto en la eficiencia y la falta de consideración hacia las tendencias del paciente.

Sin embargo no fue hasta los años setenta cuando empezó hacerse realidad la meta combinada del cuidado de enfermería por parte de enfermeras profesionales y el cuidado integral del paciente (enfoque holístico) con la aparición de la *enfermería primaria*. La enfermera primaria responsable del cuidado integral del paciente durante todo su periodo de hospitalización, 24 horas al día, 7 días por semana. Los cuidados de enfermería primaria sumen la responsabilidad de toda la gama de funciones, incluyendo la educación, consultas, cuidados exhaustivos y continuos, planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso, planificación del alta y remisión a los servicios e instituciones secundarios (Marram, Barrett y Bevis, 1979)

Cuando la enfermera primaria no se encuentra presente físicamente, una enfermera asociada sigue el plan de cuidados. Con este sistema las enfermeras pueden actuar verdaderamente como abogadas del paciente, responder de su propia práctica y tomar decisiones basándose en los datos disponibles.

Aunque la enfermera primaria ha ido ganando popularidad desde sus principios, su éxito depende de la existencia de personal suficiente, del apoyo de la administración y de concurso de enfermeras preparadas técnica y educativamente. Los pacientes la han acogido favorablemente, y se espera que gane el pleno reconocimiento por parte de los sistemas que proporcionan los cuidados de salud. El mejor argumento para la implantación de la enfermera primaria es el más capacitado para situar al paciente en un entorno que favorezca la consecución de la salud.

Aunque se han dado grandes pasos en la enfermería, los problemas siguen vigentes. Las condiciones de trabajo y los entornos siguen siendo fuentes de conflicto. En estos momentos las enfermeras están expresando sus preocupaciones por la falta de personal, los bajos salarios, las largas horas de servicio, las prácticas peligrosas, la imposibilidad de utilizar los propios conocimientos, juicios y toma de decisiones y otras circunstancias que les impiden proporcionar unos cuidados de enfermería de alta calidad.

En los casos en que han fallado todos los intentos de comunicación, las enfermeras se han volcado en las organizaciones u otros tipos de unidades de negociación.

De las enfermeras actuales se espera que sean demasiadas cosas para tanta gente y que funciones en una gran variedad de contextos. Deben ser excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, eruditas y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico.

Las enfermeras se ven envueltas en avances científicos y técnicos y en todo tipo de nuevos papeles, que han ampliado sus oportunidades pero que al mismo tiempo han multiplicado el alcance de sus responsabilidades. Se están dirigiendo lenta pero firmemente hacia una meta de tratamiento más racional para todas las personas dentro de una estructura que no siempre las apoya. Las enfermeras seguirán haciendo frente a los retos del futuro tal como los identificara Florence Nightingale:

Ningún sistema puede perdurar si no camina. ¿Nos dirigimos hacia el futuro o hacia el pasado? ¿Estamos progresando o estamos estereotipados?

Recordemos que apenas hemos cruzado el umbral de la civilización incivilizada en la enfermería; todavía queda tanto que hacer. No estereotipemos la mediocridad. Todavía estamos en el umbral de la enfermería.

En el futuro, que yo ya no veré puesto que soy vieja. ¡Ojalá que se abra un camino mejor! Que se puedan aprender y practicar métodos para que cada niño, cada ser humano, tenga la mejor oportunidad de salud, métodos para que todas las personas enfermas puedan tener la mejor oportunidad de recuperarse. Los hospitales solo son una etapa intermedia de la civilización de la que nunca se esperó, dicho sea de paso, que acogiera a toda la población enferma.

Nightingale.1860

GINECO-OBSTETRICIA EN LA HISTORIA

La historia

La historia de la obstetricia esta atada a la historia de la humanidad. Si bien es cierto, nuestra aproximación es a "nuestra" Historia; es irresistible mostrar como la Biblia ya ilustra y muestra puntos relevantes de Obstetricia y Ginecología. No solo el Antiguo y Nuevo testamento sino escritores apócrifos han discutido por contenidos de la especialidad. Encontramos: La creación de Eva, fecundación indirecta y polución espermática bisexual del primer hombre, libido, signos de concepción posmenopáusicas, poderes fructificantes de amuletos, plantas y semillas, el curso del embarazo y cuidado antenatal, trabajo de parto normal, y nacimientos prematuros (¿Fue Moisés prematuro?) lagrimas perineales, el primer nacimiento sin dolor, embarazo gemelar, parto de pelvis, muertes maternas, parteras, lactancia materna, etc.

Era prehispánica

Los médicos chibchas o muiscas eran sus mismos sacerdotes, ogques y xeques o jeques por los españoles. No hay constancia que se apegara a sus servicios para cuestiones obstétricas. Tampoco había parteras, oficio que trajeron más tarde las mujeres españolas que pasaron a la posteridad con el apelativo de "comadres sabias".

Nemqueteaba o Sugamonxe era una especie de patrono de las embarazadas, pues estas iban hasta Iza, pueblo donde cuentan se le vio por última vez para raspar una piedra que creían que conservaba las huellas de sus pies. Luego bebían ese polvo mezclado con agua, esperanzadas de que así lograrían un buen parto. También y con el mismo fin ofrecían sus cintillas, figuras de oro al arco iris, al cual llamaban Cuchavira.

En el momento supremo de la gestación huían de la gente y se escondían muy cerca de los ríos o de las lagunas para dar a luz en sus orillas.

Después se sumergían en el agua y se lavaban con su hijo recién nacido.

En caso de que la mujer falleciera durante el parto, el marido tenía que indemnizar a la familia de aquella, según lo disponían las leyes del cacique Nemequene. Cuando nacían gemelos, sacrificaban al segundo, pues los partos múltiples eran para los muiscas actos monstruosos, producto de una lujuria desenfrenada.

En la época de la monarquía, la doncella chibcha era sometida a una ceremonia purificadora que consistía en permanecer sentada durante seis días en un rincón de su bohío, con la cabeza cubierta; mas luego, entre doble hilera de indios, marchaba hasta la laguna para lavarse y quedar purificada: Desde ese momento entraba en la categoría de daipape, es decir señora o mujer apta para la vida sexual y el matrimonio.

Los panches o tapaces, acostumbraban extirpar el clitoris a las recién nacidas. Esta práctica de fibulación, que para sorpresa mía, utilizaron nuestros aborígenes, aun se practica en varios países de África y Asia, y ha generado todo un movimiento en contra en cabeza de FIGO- La federación Internacional de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.

Los cunas, sentenciaban a muerte a todo extranjero que presenciara el parto de una mujer. Posterior al alumbramiento, una comadre bañaba a la madre y al hijo, luego eran conducidos ante el Teté o sacerdote- médico para que los fumigara con tabaco y ahuyentara la mala suerte. Entre esta tribu, como entre los piapocos, la "pollazón" o participación solidaria del marido con los dolores del parto, eran costumbre arraigada

Se afirma que los tocaimas y los guayupes devoraban a su primogénito en una fiesta pública, sin que se sepa cuál era la razón para ello

Era Colonial

Con la llegada de los conquistadores, el curanderismo imperó hasta bien entrado el siglo XVIII

Promediando el siglo XVIII, el sabio José Celestino Mutis creó una conciencia médica verdadera. En su diario "Diario de observaciones" se nota el empirismo reinante: "la hierba mosquito en cocimiento con miel de abeja, hace fluir la regla" la raíz del perejil en cocimiento hace el mismo efecto.... el orín de puerco sobre la arena, y de este hecho una tortilla o panecito aplicado al vientre, curó una mujer de la vagina, o cuello de la madre caída...la hierba, el vidrio machacado y aplicado a las caderas detenía el flujo de sangre en una continuada profusión de sangre menstrual."

En 1801 Mutis se refiere a Vidal y Rojas como primera referencia histórica de la participación de un cirujano en intervenciones de orden obstétrico.

Agonizando la época colonial José Celestino Mutis estructuró la enseñanza de la medicina en Colombia con su famoso Plan de estudio, puesto en práctica en la Facultad de Medicina del colegio mayor del Rosario en 1802. La cátedra práctica, además de de anatomía que comprendía "Operaciones de cirugía, arte obstétrico, y demás ramas prácticas de esta ciencia."

Comenzando en el siglo XIX se conoció en el Nuevo Reino, con carácter de general para los dominios de Indias y Filipinas, la real cédula promulgada en Aranjuez el 13 de abril de 1804, ordenando y reglamentando la práctica de la operación cesárea una vez muerta la madre según las reglas del monje cisterciense Antonio Joseph Rodríguez.

Era Independiente

El artículo 216 del decreto del 3 de octubre de 1826 sobre Plan de estudios de la Universidad central, creó la Cátedra de Obstetricia y encargó a la Facultad de examinar sangradores, parteras y farmacéuticos y expedirles diplomas.

La Facultad Médica del Distrito Universitario del Magdalena, fundada en Cartagena en 1830 otorgaba el título "Cirujano y Partero".

En 1833 fueron habilitadas por el estado tres mujeres para desempeñar la profesión de parteras.

El 18 de abril de 1852 hizo su aparición "La Lanceta", primera publicación médica colombiana. Aquel día vio la luz pública también el primer artículo sobre ginecología: "Enfermedades de la mujer". El autor fue el Dr. Antonio Vargas Reyes, quien comunicó haber extirpado un pólipo uterino.

En 1844 en Antioquia se realiza la primera cesárea en paciente viva, practicada por el Dr. José I Quevedo. Madre e hijo sobrevivieron.

El 3 de octubre de 1864, en el hospital San Juan de Dios, de Bogotá, el profesor Leoncio Barreto ejecutó la primera ovariectomía con éxito completo.

A pesar de que en la segunda mitad del siglo XVIII funcionaban en Colombia tres Facultades de Medicina, no existían servicios especiales de Obstetricia, y la Ginecología figuraba como una rama de la Cirugía General. Hasta 1887 el Hospital San Juan de Dios creó la clínica Obstétrica Infantil.

El Dr. Juan Evangelista Manrique, pionero de la Cirugía Ginecológica, en 1887 realiza la primera histerectomía abdominal y un año más tarde corrige un prolapso y practica la primera histerectomía vaginal. Convirtió la Ginecología práctica independiente

Iniciando el siglo XX en 1903 la Universidad Nacional la convirtió en práctica independiente

La Enfermería Obstétrica se centra en el cuidado de las mujeres embarazadas y sus familias durante todas las etapas del embarazo al parto y durante cuatro semanas que siguen al nacimiento.

Durante todo el periodo prenatal, las enfermeras y matronas proporcionan cuidados a las mujeres en clínicas y en consultorios médicos e imparten clases para ayudar a las familias a prepararse para el parto. También asumen los cuidados de las familias durante el trabajo del parto y el parto en los hospitales, centros de maternidad y con menor frecuencia en los hogares. Las enfermeras con entrenamiento especial pueden dedicarse a la atención del recién nacido de alto riesgo en las unidades ante parto, en las unidades de cuidados intensivos obstétricos o en el hogar.

Las enfermeras obstétricas enseñan sobre el embarazo, el trabajo de parto, el parto y la recuperación y en las habilidades de los padres. Las inversiones que se hagan en la promoción de la salud durante la gestación puede significar una enorme diferencia en la salud de las mujeres y sus hijos.

La enfermera encargada de la salud de la mujer se centra en las necesidades físicas, psicológicas y sociales de las mujeres durante toda su vida. El término de salud de la mujer resalta toda la experiencia global de las mujeres en sus enfermedades, las funciones del embarazo y el bienestar general, físico y psicológico. Las enfermeras que se dedican a atender la salud de la mujer, se especializan e investigan condiciones que son únicas en las mujeres como las enfermedades malignas del aparato reproductor, la menopausia y los factores socioculturales y ocupacionales que pueden relacionarse con los problemas de la salud femenina (como la pobreza, los bajos salarios, la violación, el incesto, el acoso sexual y el abuso familiar.)

Las enfermeras que se hacen cargo de las mujeres han contribuido a que el sistema de atención de la salud responda de forma más apropiada a las necesidades femeninas.

El sistema cambiante de atención en salud ofrece oportunidades a las enfermeras para que modifiquen la práctica de su profesión y mejoren la calidad de los cuidados que prestan a través de la gestión de los mismos sistemas integrados del parto y la redefinición de las funciones. Las enfermeras han sido de importancia crítica en el desarrollo de estrategias tendientes a mejorar el bienestar de las mujeres y sus hijos.

ASPECTOS Y TENDENCIAS CONTEMPORÁNEOS

Tendencias en los cuidados de alta tecnología.

El campo de la obstetricia se ha ramificado en la asesoría preconcepcional, más y mejores técnicas para vigilar a la madre y al feto. exámenes más definidos de la hipoxia y la acidosis y unidades de cuidados intensivos neonatales.

El cuidado de la salud de la mujer se ha expandido para abarcar a las mujeres de edad avanzada nuevas técnicas de cribado de cáncer. avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y el trabajo sobre la vacuna del SIDA. En general, ha florecido la atención de alta tecnología mientras que el cuidado de la salud se ha desdeñado relativamente. Estos avances tecnológicos también han contribuido para elevar los costos de la atención de la salud.

Tendencia en las prácticas de enfermería.

La creciente complejidad en los cuidados de maternidad y de la salud de la mujer ha contribuido a la especialización de las enfermeras que trabajan con estas pacientes.

Las enfermeras adquieren estos conocimientos especializados a través de la práctica, los postgrados y los programas de certificación. Las enfermeras en la práctica avanzada pueden prestar servicios primarios de salud durante toda la vida de una mujer, incluyendo su paso por el ciclo de la maternidad.

Aspectos éticos de la enfermera perinatal

Los avances en obstetricia, neonatología y salud de la mujer, han contribuido a la aparición de dilemas éticos. Innovaciones como la cirugía fetal intrauterina, inseminación artificial, ingeniería genética, madres de alquiler, cirugías de fertilidad, bebés probeta, investigación fetal y de tratamiento de los bebés de muy bajo peso al nacer, han tenido como resultado la formulación de interrogantes a propósito del consentimiento informado y la asignación de recursos. Son muy comunes en la actualidad las regulaciones, las directrices y comités de ética. Los profesionales de la salud se asesoran con expertos en ética con mayor frecuencia para ayudarles a aplicar teorías abstractas en situaciones complejas y para ayudar al paciente respecto de los métodos para tomar decisiones morales.

Investigación en maternidad y salud de la mujer.

La investigación juega un papel determinante en el establecimiento de una ciencia de la salud de la maternidad y de las mujeres. Las enfermeras deben promover la financiación de las investigaciones y llevar a cabo investigaciones en maternidad y en salud de la mujer especialmente en lo concerniente a la efectividad de las estrategias de enfermería para estas pacientes. La investigación puede validar que el cuidado de enfermería marca la diferencia. Por ejemplo, aunque el cuidado perinatal se asocia con bebés más sanos, nadie sabe con exactitud que intervenciones de enfermería producen este resultado en particular. Las investigaciones en salud de la mujer debe incrementarse. En el pasado los investigadores médicos incluían raramente mujeres en sus estudios de manera que es crucial que haya más estudios en este campo.

Existen muchas posibles áreas de investigación en maternidad y salud de la mujer

A continuación analizaremos la Teoría de Virginia Henderson

TEORIA DE ENFERMERÍA VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Durante la primera guerra mundial se despertó en Henderson su interés por la enfermería. Así en 1918 ingresó en la escuela de enfermería del ejército en Washington, D.C. En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó a la Universidad de Columbia. En 1929 Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en Nueva York. Regresó al Teachers Collage en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis de enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.

(Marriner 1989).

Henderson vivió una larga trayectoria profesional como Autora e investigadora. En los años que fue profesora publicó la quinta edición del texto Practice of Nursing en 1955 este contiene definición de enfermería hecho por la propia Virginia

Sus conclusiones y su influencia en esta profesión la han hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales honoríficos , fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing. En la convención de 1988 de la American Nurses Association (ANA), recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo (Marrier 1989).

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE VIRGINIA HENDERSON

Enfermería.- Henderson definió enfermería en términos funcionales: La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible.

Salud.- Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. En la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* citó diversas definiciones de salud de varias fuentes, entre ellas la del estatuto de la Organización Mundial de la Salud. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaró, "se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital".

Entorno -Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno. Acudió, en cambio, al *Webster New Collegiate Dictionary*, de 1961, en el que se define entorno como " el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".

Persona.- (paciente) Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.

Necesidades.-En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería.

Estas necesidades son las siguientes:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada.(para vestirse y desvestirse)
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal. un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás

10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción como uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponible.

(MARRINER, TOMEY, 2002)

AFIRMACIONES TEÓRICAS DE VIRGINIA HENDERSON

La relación enfermera-paciente .

Identifica Virginia tres niveles en la relación enfermera-paciente que varía desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente:

- (1) La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente.
- (2) La enfermera como ayuda para el paciente y
- (3) La enfermera como compañera para el paciente.

En caso de enfermedad grave, la enfermera está considerada como "un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle "completo", "íntegro" o "independiente", por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento"

Henderson refleja esta opinión en su afirmación de que la enfermera "es, de forma temporal, la conciencia de la inconciencia, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente, un medio de

locomoción para el lactante, la sabiduría y la confianza para la nueva madre, el "micrófono" para los demás débiles o introvertidos para hablar"

La relación enfermera – médico.

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico.

La enfermera como miembro del equipo.

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo.

Método lógico

Parece que Henderson ha utilizado el método deductivo del razonamiento lógico para desarrollar su definición de enfermería. Deduce su definición y las 14 necesidades a partir de los principios fisiológicos y psicológicos. Se deben estudiar los supuestos de la definición de Henderson para determinar su idoneidad lógica. Muchos de los supuestos son válidos por el elevado nivel de concordancia con la literatura y con las conclusiones de las investigaciones de los científicos de otros campos. Por ejemplo, sus 14 necesidades básicas se corresponden fielmente con la jerarquía de necesidades humanas de Maslow, ampliamente aceptada aunque fueron concretadas antes de que Henderson leyera la obra de Maslow

Se menciona que la teoría de Virginia Henderson se basó en la Teoría de Abraham Maslow. A continuación mencionaremos la teoría de Abraham Maslow para conocer sus similitudes

Abraham H. Maslow 1908-1970

Abraham Harold Maslow: Psicólogo judío americano. Propone la conocida "Pirámide de las necesidades de Maslow".

Abraham H. Maslow nace en Brooklyn, Nueva York, siendo el primero de los siete hijos de un matrimonio de inmigrantes ruso-judíos semianalfabetos pero que presionaron para que los hijos les superaran y adquirieron alta educación. Tímido, solitario y desdichado, demostró gran afición por aprender. Su coeficiente de inteligencia era de 195, el segundo más alto de la época.

Según Maslow las necesidades del ser humano están jerarquizadas y escalonadas de forma tal que cuando quedan cubiertas las necesidades de un orden es cuando se empiezan a sentir las necesidades del orden superior.

El escalón básico de Maslow es el de las necesidades fisiológicas, hambre y sed.

Cuando el ser humano tiene ya cubiertas estas necesidades empieza a preocuparse por la seguridad de que las va a seguir teniendo en el futuro y por la seguridad frente a cualquier daño. Una vez que el individuo se siente físicamente seguro, empieza a buscar la aceptación social; quiere identificarse y compartir las aficiones de un grupo social y quiere que este grupo lo acepte como miembro. Cuando el individuo está integrado en grupos sociales empieza a sentir la necesidad de obtener prestigio, éxito, alabanza de los demás. Finalmente, los individuos que tienen cubiertos todos estos escalones, llegan a la culminación y desean sentir que están dando de sí todo lo que pueden, desean crear.

De las múltiples clasificaciones que se han realizado sobre las necesidades, la más clara y conocida es la que realizó Abraham Maslow.

a) Necesidades fisiológicas.

Son las primeras necesidades que aparecen en el ser humano. Su satisfacción es fundamental para la supervivencia del individuo.

b) Necesidades de seguridad.

Estas necesidades aparecen una vez que están relativamente satisfechas las anteriores. No buscan tanto su satisfacción inmediata, sino que se centran en la satisfacción en el futuro.

c) Necesidades de pertenencia y amor.

Una vez cubiertas en cierta medida las necesidades fisiológicas y de seguridad aparecen las de amor, afecto o posesión. Estas necesidades llevan al individuo a relacionarse con los demás miembros de la sociedad, a buscar su afecto y a asociarse o afiliarse con otros.

d) Necesidades de estima.

Como afirma Maslow, todas las personas normales tienen necesidad o deseo de una evaluación estable, firmemente basada, y alta, de su personalidad, necesitan del autorespeto y del aprecio de los otros. Estas necesidades llevan, por una parte, a un deseo de fuerza, realización, suficiencia, dominio, competencia, confianza, independencia y libertad, por otra, a un deseo de reputación, prestigio, dominación reconocimiento, importancia o apreciación.

e) Necesidad de autorrealización.

Suponen la realización integral del potencial propio. Es decir, llegar a ser lo que se puede ser, para estar en paz consigo mismo. Se manifiestan tanto en los aspectos de desarrollo físico como psicológico o social.

EVALUACION DE LA TEORÍA

Ventajas:

Maslow establece la primera sistematización de las necesidades humanas, las cuales poseerían una raíz biológica. De este modo, se escapa de realizar un simple catálogo de supuestos instintos que poseería el hombre, intento erróneo que olvida las diferencias existentes entre el mundo animal (donde existirían, supuestamente, tales instintos) y la especie humana. Maslow fue uno de los primeros en afirmar que una necesidad satisfecha no es fuente de; junto a esto, reniega de los modelos homeostáticos de la motivación, sino que postula la existencia de una tendencia positiva al crecimiento, que se expresaría en las distintas necesidades de origen instoide que surgen sucesivamente tras la satisfacción de necesidades de nivel inferior. Todo esto dio una nueva base a los estudios sobre motivación.

Los estudios de Maslow se basan en el estudio sobre personas sanas – o actualizadas – y no sobre enfermos, tal como lo hacen Froy y Horney. lo que nos daría una perspectiva más adecuada para comprender como se logra y que significa la "salud mental", más allá de definirla como la "ausencia de enfermedad".

Limitaciones:

Si bien Maslow postula que su modelo es válido para todos los seres humanos, sus estudios los realizó en individuos occidentales del siglo XX, por lo que las proposiciones sería válidas solamente para la sociedad occidental de nuestro siglo.

Si bien Maslow subrayó la idea de la preponderancia, investigaciones más recientes han cuestionado su validez. Además, las personas las personas tal vez no tengan cinco necesidades exactamente; el orden puede diferir del propuesto por Maslow o tal vez tengan varias necesidades preponderantes en lugar de solo una

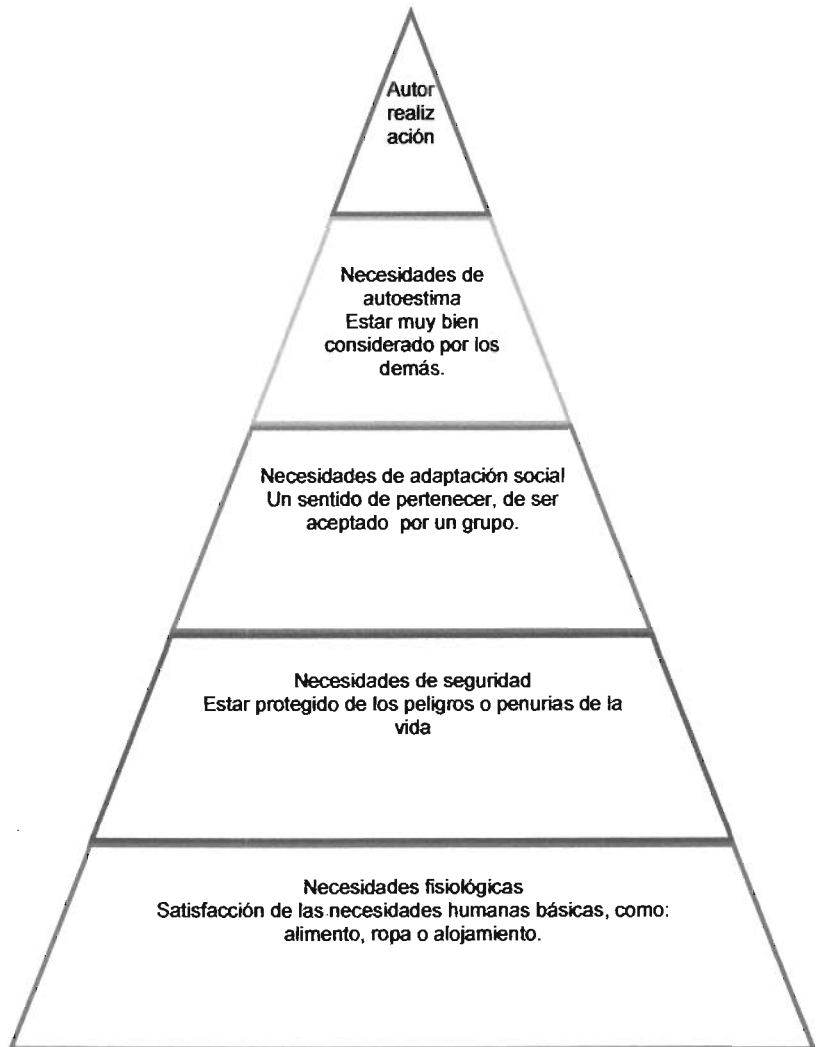
Es más, esta teoría no se puede generalizar a otras culturas u otros países. El orden de la clasificación de las necesidades también varía en diferentes culturas.

Desventajas:

Si bien se han obtenido pruebas para algunos aspectos específicos del modelo, no se ha encontrado una forma de estudiar el modelo como un todo; sin embargo, la jerarquía es ampliamente aceptada por su atractivo intuitivo.

El modelo de Maslow no explica de forma clara y consistente ciertas conductas, como son las de auto sacrificio en aras de un bien común; aunque este acto se justifique por la presencia de necesidades de trascendencia que superarían las básicas de orden de la supervivencia, parece necesario un ajuste del modelo para lograr asimilar de mejor modo estos hechos.

PIRAMIDE DE MASLOW



Una vez conocidas las dos teorías iniciaremos con la presentación de nuestro Proceso Atención de Enfermería basado en las necesidades de Virginia Henderson.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiendenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional: habilidades y destrezas efectivas, cognitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de la salud. Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

El proceso de atención tiene como propiedades: ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

El proceso de atención de enfermería es la herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico. Por ello, constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Lo que repercute en la satisfacción y profesionalización de enfermería.

Fases del proceso de atención de enfermería.

El proceso se organiza para su operacionalización en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

- 1) valoración
- 2) diagnóstico de enfermería
- 3) planeación o planificación
- 4) ejecución – intervención y
- 5) evaluación

OBJETIVOS:

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

VENTAJAS:

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

**PRIMERA ETAPA:
VALORACIÓN**

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

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

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

SEGUNDA ETAPA:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de la enfermería.

En la novena conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad o problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería.

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características. Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. El bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto. El diagnóstico real, describe a un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que a otros en una situación igual o similar.

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico. Los de bienestar se escriben como enunciados en una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes, los problemas y los factores de riesgo relacionados con el mismo y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, signos y síntomas.)

TERCERA ETAPA:

PLANEACIÓN O PLANIFICACIÓN

Fase del proceso de atención de enfermería que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

La planeación incluye las siguientes etapas:

1. establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.
2. determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico o problema.
3. planeación de las intervenciones de enfermería. Están destinadas a ayudar al paciente a lograr las metas del cuidado. Se enfocan en la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería, por tanto van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos: acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería.

CUARTA ETAPA:

EJECUCIÓN

En la cuarta fase del proceso de atención se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería.

Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

1. **Validar:** Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.
2. **Documentar el plan de atención:** para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.
3. **Continuar con la recolección de datos:** a lo largo de la ejecución enfermería continua con la recolección de información, esta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.

La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, se requiere un pensamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a una muerte serena

QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

La última fase en enfermería evalúa regular y sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnóstico de enfermeros, los objetivos y / o el plan de cuidados.

Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona comparándolo con uno o varios criterios.

La evolución consta de tres partes:

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
2. Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
3. La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se hicieron las siguientes actividades:

- Asistencia a un seminario de proceso de atención de enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia con una duración de 75 hrs.
- Elección de una paciente con diagnóstico médico de APP. en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Se realizó búsqueda bibliográfica de :
Historia de enfermería
Historia del cuidado.
Proceso de atención.
Datos sobre la amenaza de parto pretérmino.
Se determinó un diagnóstico de enfermería para el presente trabajo.(PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA A UNA PACIENTE CON ALTERACION DEL PROCESO DEL EMBARAZO EN EL TERCER TRIMESTRE RELACIONADO CON TRAUMATISMO (CAIDA).
- Se elaboró cédula de evaluación diagnóstica por necesidades a una paciente
- Recopilación de resultados y supervisión por la directora del trabajo así como de los sinodales asignados.
- Conclusión del trabajo en forma escrita obteniendo los resultados aquí presentados

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Femenino de 26 años, Gesta II, Abortos 0 Para I Cesárea 0.

30 SDG + APP

AHF. NEGADOS.

APNP. Casada. Ama de casa.

Gpo. Sanguíneo O Rh positivo.

APP. Niega crónico degenerativos, transfusionales, quirúrgicos o Alérgicos.

AGO: Menarca a los 15 años ritmo 28x3. IVSA. 17 años. FUR. 23/10/2004. FPP 30/07/05.

Embarazo anterior sin complicaciones.

Inicia hace 3 con dolor tipo cólico posterior a un traumatismo (caída)

Refiere dolor en región lumbar y actividad uterina esporádica de mediana intensidad.

Una contracción en 30´.

EF. Útero grávido, PUV, cefálico longitudinal, dorso a la izq., libre.

FCF 140 L. x ´. Tacto vaginal diferido hasta toma de fibronectina

Fetal

No perdidas transvaginales.

Plan:

Reposo

- Vigilancia obstétrica estrecha
- ultrasonido obstétrico
- toma de fibronectina fetal.
- Longitud cervical.
- Medidas higiénico dietéticas, abundantes líquidos, dieta blanda, reposo absoluto

INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERÍA

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre de la paciente: Sánchez Fausto Jéssica .Edad:26 años.

Peso : 63 Kg. Talla : 1.52.

Fecha de nacimiento: 12/07/79. Sexo: Femenino. Ocupación:

Hogar.

Escolaridad: Secundaria. Fecha de admisión: 23/05/05. Edo. Civil:

Unión libre

Procedencia: D. F. . Fuente de información: Directa.

Fiabilidad: (1-4): 4 Miembro de la familia/Persona significativa

NECESIDADES AFECTADAS EN LA PACIENTE

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN (3)

Subjetivo

Hábitos intestinales : C/ tercer día.

Características de las heces: Evacuaciones de consistencia sólida, escasas, acompañadas con pujo. Orina : Normal.

Menstruación : Amenorrea de 31.3 SDG.

Objetivos

Auscultación del abdomen: Peristalsis nl.

Características del abdomen: Globoso, a expensas de útero gestante.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

(5)

Subjetivo

Capacidad física cotidiana: Alterada por estar en reposo obligado.

Funcionamiento neuro-muscular y esquelético: Alterado malestar físico generalizado (cansancio por estar en cama).

Ejercicio tipo y frecuencia: movimientos pasivos de extremidades.

Objetivo

Nivel de conciencia: Conciente , orientada.

Fuerza: NI. Tono muscular: Disminución del tono muscular.

Sensibilidad: Normal. Postura: Libre con limitaciones al movimiento.

Ayuda para la deambulación: No lo requiere por estar en reposo.

Presencia de temblores: No presenta.

Como influyen las emociones en la movilidad y postura: Influyen psicológicamente al sentirse incapacitada y con limitaciones para realizar las actividades en las que se participaba, llega a sentirse como una carga para los familiares cercanos y que conviven con ella. Sintiendo por esta situación tristeza y angustia .

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO (6)

Subjetivo

Horario de descanso: En este momento continuo por el reposo indicado.

Horario de descanso y sueño: Regularmente de 7 a 8 hrs.; en este momento no es adecuado por la preocupación del estado de salud del feto.

Siesta: En ocasiones, aunque en este momento no logra conciliar el sueño.

Alteración del sueño: Si, más frecuentemente durante la madrugada no logrando un descanso reparador.

A que considera que se deba la alteración del sueño? : Al temor y la incertidumbre de la problemática que presenta y la inquietud de desconocer como se resolverá la situación.

Objetivo

Actitud: Ansiosa, angustiada, con ojeras ;refleja tristeza, presencia de llanto fácil, ligeramente somnolienta.

Ojeras: Ligeramente.

Concentración: Ligeramente dispersa.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL (8)

Subjetivo

Frecuencia de baño y aseo de cavidades: Habitualmente diario. En este momento cada tercer día o cuando le pueden ayudar.

¿Cuántas veces se lava los dientes al día?: Habitualmente tres veces al día; en este momento una o dos veces al día .

Aseo de manos: Procura antes y después de comer.

¿Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos?

No.

Objetivo

Aspecto general en relación a su higiene: Sudorosa, con mal olor.

Presencia de halitosis, desaliñada.

No úlceras por decúbito, uñas aseadas, se nota incómoda por la falta de baño.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE (14)

Subjetivo

Grado académico: Secundaria terminada. ¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud? Refiere que si.

Objetivo

¿Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje?: Aparentemente ninguna.

Estado de los órganos de los sentidos: Sin alteración o malformación aparente.

¿Cómo influye su estado emocional para el aprendizaje?: Influye significativamente ocasionando ansiedad e incertidumbre por el desconocimiento de su estado además de angustia por la situación de llegar a tener un producto prematuro.

JERARQUIZACION DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. **Estreñimiento:** Relacionado con útero gestante, manifestado por reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal (una en 24 hrs.), acompañada de eliminación dificultosa e incompleta de heces excesivamente duras y secas cada tercer día.
2. **Deterioro de la movilidad:** relacionado con indicación de reposo en cama por riesgo de Amenaza de parto Prematuro, manifestado por cansancio, angustia, disminución de la fuerza y dificultad para girarse en la cama.
3. **Temor:** relacionado a lo desconocido, manifestado por aprensión, llanto, inquietud y aumento en el estado de alerta.
4. **Duelo anticipado:** relacionado con pérdida potencial del feto, manifestado por llanto y tristeza.
5. **Déficit de higiene personal:** relacionado con reposo absoluto, manifestado por sentir sudoración, mal olor e incomodidad.
6. **Déficit de conocimiento:** relacionado con la ignorancia sobre el tema de Amenaza de Parto Prematuro, manifestado por verbalización del problema.

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE DEL PACIENTE: SÁNCHEZ FAUSTO JÈSSICA. EDAD: 26 AÑOS. SERVICIO: PERINATOLOGÍA

CAMA: 525 FECHA INGRESO: 23/05/05. FECHA DE EGRESO: 25/05/05.

PESO: 63 KG. TALLA: 1.52 F.U.R.: 23/10/04. F.P.P.: 30/07/05. GESTA: II PARA: I

NECESIDAD AFECTADA: ELIMINACIÓN (3).

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIÓNES	EVALUACION
Estreñimiento: Relacionado con útero gestante, manifestado por evacuaciones de consistencia dura, acompañada de dolor y pujo.	El útero grávido ocasiona disminución de movimientos intestinales provocando evacuaciones secas y dolorosas.	Lograr que la señora Jèssica evacue una vez al día.	Orientar a la paciente para que aumente la ingesta de líquidos en 24 hrs.(tomar de 4-8 vasos de agua) Sugerir dieta blanda y rica en fibra.	La consistencia de heces depende de la cantidad de agua que absorba el intestino y del movimiento del mismo. Los alimentos ricos en fibra dejan un residuo para obtener	La señora Jessica presento evacuaciones de consistencia pastosa a las 24 hrs. De iniciar dieta rica en fibra y abundantes

				el volumen de heces necesarias. Las frutas, verduras y cereales son ricos en fibra y por lo tanto ayudan a evitar el estreñimiento.	líquidos.
--	--	--	--	---	-----------

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE DEL PACIENTE: SÁNCHEZ FAUSTO JÈSSICA. EDAD: 26 AÑOS. SERVICIO: PERINATOLOGÍA

CAMA: 525 FECHA INGRESO: 23/05/05. FECHA DE EGRESO: 25/05/05.

PESO: 63 KG. TALLA: 1.52 F.U.R.: 23/10/04. F.P.P.: 30/07/05. GESTA: II PARA: I

NECESIDAD AFECTADA: **ALTERACIÓN PARA MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA (5)**

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIÓNES	EVALUACION
Deterioro de la movilidad relacionado con indicación médica manifestado por reposo prolongado en cama con	La movilización previene la atrofia muscular y mantiene la movilidad articular. La movilidad sirve para cosas como la autodefensa y la satisfacción de las necesidades.	Que la paciente realice diferentes cambios de posición de acuerdo a sus capacidades.	Apoyar a la paciente para adoptar diferentes cambios de posición que no sean de riesgo para su estado. Colocar a la paciente una almohada en el abdomen cuando se	Contribuye para reforzar músculos y disminuye el riesgo de úlceras por decúbito. Las almohadas no0s ayudan a aportar una postura	La señora Jèssica se moviliza con más facilidad al ser orientada en la forma como debe hacerlo manteniendo

<p>dificultad para el cambio de posición.</p>			<p>encuentra en DLI para proporcionar mayor comodidad.</p> <p>Ayudar a realizar ejercicios pasivos para mantener el tono muscular.</p> <p>Enseñare a la paciente a levantarse lentamente de la cama.</p>	<p>adecuada, además que proporcionan apoyo y comodidad.</p> <p>Los programas de amplitud de movimientos se diseñan para satisfacer las necesidades individuales del paciente. Su aplicación se concibe para prevenir la atrofia y para el mantenimiento de la integridad y movilidad articular.</p>	<p>una posición cómoda y segura evitando peligros para su edo. y su feto.</p> <p>La paciente se incorpora correctamente sin poner en riesgo al feto.</p>
---	--	--	--	---	--

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE DEL PACIENTE: SÁNCHEZ FAUSTO JÉSSICA, EDAD: 26 AÑOS. SERVICIO: PERINATOLOGÍA

CAMA: 525 FECHA INGRESO: 23/05/05 FECHA DE EGRESO: 25/05/05.

PESO: 63 KG, TALLA: 1.52 F.U.R.: 23/10/04, F.P.P.: 30/07/05, GESTA: II PARA: I

NECESIDAD AFECTADA: DESCANSO Y SUEÑO (6).

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIÓNES	EVALUACION
<p>Temor : relacionado a lo desconocido; manifestado por aprensión, llanto, inquietud y aumento del estado de alerta</p>	<p>Las situaciones desconocidas ocasionan temor.</p>	<p>Aminorar la angustia ocasionada por el desconocimiento de su problemática. Proporcionar seguridad y</p>	<p>Informar a la Sra. Jéssica sobre su padecimiento, riesgos y responsabilidades que implica un estado como el que presenta.</p>	<p>El información adecuada proporciona seguridad y tranquilidad en la paciente.</p>	<p>La Sra. Jéssica mejoro su estado de inquietud, de angustia y aprehensión cuando se le informó de los</p>

		confianza para disminuir la inquietud y el estado de aprensión.			riesgos y complicaciones de su estado así como del beneficio al seguir las indicaciones médicas para la resolución de su problema.
--	--	---	--	--	--

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE DEL PACIENTE: SÁNCHEZ FAUSTO JÈSSICA. EDAD: 26 AÑOS. SERVICIO: PERINATOLOGÍA

CAMA: 525 FECHA INGRESO: 23/05/05. FECHA DE EGRESO: 25/05/05.

PESO: 63 KG. TALLA: 1.52 F.U.R.: 23/10/04. F.P.P.: 30/07/05. GESTA: II PARA: I

NECESIDAD AFECTADA: DESCANSO Y SUEÑO (6).

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIÓNES	EVALUACION
Duelo anticipado; relacionado con pérdida potencial del feto, manifestado por llanto, preocupación y tristeza.	El estado del embarazo provoca más sensibilidad en las mujeres, más aún, cuando se ignora como se resolverá el mismo.	Proporcionar confianza el la paciente para que su estado de ánimo mejore.	Informar a la paciente que llegando a la semana 33 de gestación el feto ya es viable para proporcionarle confianza y elevar el ánimo en la misma. Explicar a la paciente la importancia de cumplir	El diálogo y la información adecuada proporcionan seguridad y confianza en los pacientes. El seguimiento adecuado a las	La Sra. Jéssica Mejoró su estado de preocupación, comentando que seguirá las indicaciones al pie de la letra. La paciente mejoro en su

		<p>con las indicaciones médicas y las recomendaciones de enfermería.</p> <p>Aconsejar acercamiento espiritual de acuerdo a sus creencias.</p> <p>Involucrar a sus familiares en el apoyo moral y espiritual durante este momento.</p>	<p>indicaciones médicas y de enfermería ayuda al tratamiento y buen resultado del mismo.</p> <p>El acercamiento espiritual ayuda a mantener la confianza y la fe proporcionando tranquilidad a la paciente.</p>	<p>estado de ánimo al mencionarle que su pronóstico dependía de la cooperación en el mismo.</p> <p>La fé y confianza en algo alivia la angustia.</p>
--	--	---	---	--

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE DEL PACIENTE: SÁNCHEZ FAUSTO JÈSSICA. EDAD: 26 AÑOS. SERVICIO: PERINATOLOGÍA

CAMA: 525 FECHA INGRESO: 23/05/05 FECHA DE EGRESO: 25/05/05.

PESO: 63 KG. TALLA: 1.52 F.U.R. : 23/10/04. F.P.P.: 30/07/05. GESTA: II PARA: I

NECESIDAD AFECTADA: DE HIGIENE (8).

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
Déficit de higiene personal Relacionado con reposo absoluto, manifestado por sudoración, mal olor e incomodidad.	La falta de aseo personal ocasiona inseguridad y malestar general.	Proporcionar a la paciente comodidad y bienestar a través de su higiene personal.	Proporcionar baño diariamente de esponja o ayuda para baño de regadera según lo requiera.	El baño proporciona comodidad y bienestar. El cambio de ropa diariamente proporciona frescura y comodidad.	La Sra. Jéssica aceptó el baño en cama y manifestó bienestar.

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE DEL PACIENTE: SÁNCHEZ FAUSTO JÈSSICA. EDAD: 26 AÑOS. SERVICIO: PERINATOLOGÍA

CAMA: 525 FECHA INGRESO: 23/05/05. FECHA DE EGRESO: 25/05/05.

PESO: 63 KG. TALLA: 1.52 F.U.R. : 23/10/04. F.P.P.: 30/07/05. GESTA: II PARA: I

NECESIDAD AFECTADA: DE APRENDIZAJE (14).

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
Déficit de conocimiento; Relacionado con la ignorancia del tema de Amenaza de Parto Prematuro, manifestado por verbalización del problema manifestado	Es de esperarse que la mujer que se interna por amenaza de parto pretérmino tenga un elevado desconocimiento del tema. La paciente desconoce el tema y	Que al finalizar el turno la paciente manifieste verbalmente sobre su padecimiento y las	Informar a la paciente acerca del progreso de su embarazo así como del estado de su bebé, los riesgos y posibles complicaciones para ambos.	La orientación adecuada proporciona un estado de confianza disminuyendo y aumentando la seguridad sabiendo como debe cuidarse.	La Sra Jéssica co0mprende y acepta su situación escuchando con atención y parafraseando sobre sus cuidados para

por verbalización del problema.	los riesgos de la APP por ser la primera vez que se presenta en su vida reproductiva.	estrategias para su auto cuidado.			evitar complicaciones.
---------------------------------	---	-----------------------------------	--	--	------------------------

PLAN DE ALTA.

FI. 23/05/05

FE.25/05/05.

Dx Ingreso.-Fem 26 años con embarazo de 30 SGD. + APP.

Dx.Médico Egreso.- Embarazo 31.5 SDG + APP remitida.

Dx .Enfermería.-"ALT ERACIÓN EN EL

PROCESO DEL EMBARAZO EN EL TERCER TRIMESTRE RELACIONADO CON TRAUMATISMO (CAÍDA)".

Actualmente paciente que se refiere sin actividad uterina, motilidad fetal adecuada, niega pérdidas transvaginales, no datos de vaso espasmo, afebril, abdomen globoso por presencia de útero gestante. PUV cefálico, longitudinal dorso a la izq. FCF. 140X'.

Tacto vaginal diferido.

FNF negativa.

Laboratorios normales.

USG acorde a edad gestacional. Peso aprox. 1,503grs.

Longitud cervical 4.2 mm.

Evolución satisfactoria motivo de su alta.

Cita abierta a urgencias.

Medidas higiénico dietéticas (dieta blanda rica en fibra abundantes vegetales verdes,2-3 litros de agua en 24 hrs.) recomendación vestido y calzado propio para evitar accidentes. (Zapato bajo de tacón ancho tipo mocasín, vestido holgado propio para embarazadas).

CONCLUSIONES

La aplicación del proceso de atención de enfermería permite definir el ejercicio profesional y garantizar la calidad de los cuidados de enfermería.

Este ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos científicos y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería en los diferentes modelos de atención y/o servicios donde enfermería proporcione cuidados al individuo, familia y comunidad.

La enfermería de hoy requiere de sustentar el cuidado enfermero, siendo esto posible a través del proceso, lo que permitirá la transformación de la práctica profesional y prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, sin olvidar los componentes humanísticos.

Se lograron los objetivos planeados en este trabajo gracias a la cooperación de la paciente, a la asesoría de mi maestra María del Pilar Sosa Rosas, a las recomendaciones y guías de mi jurado Lic. Magdalena Franco Orozco, Lic. Ma. Magdalena Mata Cortés y Ma. del Carmen Susano Caballero.

SUGERENCIAS

Considero que sería ideal unificar criterios dentro de las instituciones de salud para la realización del plan de cuidados, ya que creo que por no existir un instrumento ya establecido en forma general no se ha podido llevar a cabo dentro de las instituciones limitando en gran parte el poder trabajar con base a esto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Donahue M. Patricia.; Historia de la Enfermería.
Primera reimpresión, Editorial Doyma.
- (2) Marriner Tomey, A.M. Modelos y teorías de Enfermería.
Quinta Edición.
- (3) NANDA; Diagnósticos Enfermeros : Definiciones y
Clasificación 2003-2004. Edición Española 2003.
Editorial Elsevier. Madrid, España 287 pág.
- (4) Pérez Hernández M:J; Operacionalización del proceso
de atención de enfermería. Enfermera Cardiológico Vol. 10
2. mayo-agosto 2002. pp.62-68.
- (5) Romero Salinas G; La Revolución Científica en Obstetricia,
Visión Volumen 3 # 4 julio-agosto 2000 p.p. 6-10.
- (6) Tnortmark, M., RN, MS (N.E), Bases Científicas de la
Enfermería. Tercera edición, Editorial Manual Moderno.
México D.F. 1998. 691 pág.
- (7) http://www.eumed.net/coursecon/2/necesidades_sociales
(Martínez, 2001). "Las necesidades Sociales y la Pirámide
de Maslow".

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **APP.-** Amenaza de Parto Prematuro
- **LEO.-** Licenciada en Enfermería y Obstetricia
- **ANA.-** American Nurses Association
- **NANDA.-** North American Nursing Diagnosis Association
- **AHF.-** Antecedentes Heredo Familiares
- **APNP.-** Antecedentes Patológicos y No Patológicos
- **GPO.-** Grupo
- **AGO.-** Antecedentes Gineco Obstétricos
- **EF.-** Exploración Física
- **FCF.-** Frecuencia Cardiaca Fetal
- **FNF.-** Fibronectina Fetal
- **LC.-** Longitud Cervical
- **SDG.-** Semanas de Gestación
- **FI.-** Fecha de Ingreso
- **FE.-** Fecha de Egreso.

ANEXOS

PARTO PRETERMINO

“Alteración en el proceso del embarazo en el tercer trimestre”.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento prematuro, definido como aquel que tiene lugar entre las 21 y las 37 semanas de gestación, constituye hasta la fecha una de las complicaciones obstétricas de mayor trascendencia debido a sus profundos impactos desfavorables en la salud perinatal. Además, el problema que representan las secuelas de la prematuréz se ha acentuado en el transcurso de los últimos años, como consecuencia de que la proporción de niños pretérmino nacidos de gestaciones menores de 28 semanas que sobreviven al periodo neonatal, ha ido aumentando progresivamente al igual que los costos de la atención médica y los impactos sociales y familiares de las discapacidades correspondientes.

Epidemiología:

El nacimiento pretérmino está asociado a tres factores principalmente:

- Trabajo de parto con membranas íntegras.
- Ruptura prematura de membranas.
- Por indicación médica y otras complicaciones como la preeclampsia o placenta previa como ejemplo. El nacimiento pretérmino es una complicación que afecta a 1 de cada 10 nacimientos. Es causa de al menos 75% de las muertes neonatales no debidas a malformaciones congénitas. Además de que en caso de supervivencia es frecuente encontrar secuelas entre las que se destacan la parálisis cerebral, daño neurológico, desarrollo con retraso, lesiones visuales y en casos menos graves bajo rendimiento escolar y mala integración familiar.

Cabe resaltar que a pesar de los avances en obstetricia la frecuencia del parto pretérmino se ha mantenido en los últimos 50 años.

En el presente capítulo nos referimos a la amenaza y trabajo de parto pretérmino con membranas íntegras.

Factores predisponentes:

- Nivel socioeconómico bajo
- raza no blanca
- edad materna menor de 18 años o mayor de 40 años
- antecedente de parto pretérmino (17-32%)
- antecedente de aborto del segundo trimestre.

El embarazo múltiple aunque se presenta en solo 1.1% de los embarazos contribuye con el 10% de los nacimientos pretérmino.

Causas:

Fetales:

- embarazo múltiple
- malformaciones fetales
- retardo en el crecimiento intrauterino
- sufrimiento fetal agudo

Líquido amniótico:

- polihidramnios

Uterinas:

- malformaciones
- miomatosis uterina
- infecciones cervicales
- corioamnioitis
- incompetencia istmicocervical

Infecciosas:

- cervicovaginitis
- infecciones sistémicas

Maternas:

- enfermedades sistémicas
- patología abdominal traumatismo

Diagnóstico:

Los síntomas iniciales suelen ser inespecíficos, dolor pélvico, actividad uterina irregular, pérdidas vaginales en ocasiones manchado de sangre.

La valoración clínica puede ser subjetiva por tal motivo se utiliza el índice tócolítico.

		0	1	2
A	ALTURA DE LA PRESENTACION	LIBRE	ABOCADO	ENCAJADO
B	BORRAMIENTO	FORMADO	SEMIBORRADO	BORRADO
C	CONTRACCIONES	NO ó IRREGULARES	1 CADA 20´	2 ó MÁS CADA 20´
D	DILATACIÓN	CERRADO	1-2 CMS.	3 ó MÁS CMS.
E	EXPULSIÓN DE TAPON MUCOSO	NO	MOCO	MOCO CON SANGRE

Manejo:

GRUPO I

Pacientes sin factores de riesgo.

Índice toco lítico de 1 a 4.

- A. Reposo absoluto por 24 hrs.
- B. Útero inhibidores por 48 a 72 hrs.
- C. Solicitar biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, exudado cervicovaginal y fibronectina (si está disponible).
- D. Si existe duda corroborar edad gestacional por ultrasonido.

Si disminuye la actividad:

- reposos relativo por 7 días
- suspender útero inhibidores
- tratamiento específico de infecciones
- control en la consulta externa

GRUPO II

Pacientes con índice toco lítico de 5 o +

Alto riesgo (factores de riesgo)

Fibronectina positiva.

- A. hospitalizar a la paciente al piso 5 piso norte
- B. reposos absoluto
- C. hidratación (en caso necesario)
- D. útero inhibidores.

FASE AGUDA:

- indometacina 100 mg. vía rectal si el embarazo es menos de 34 semanas y el parto no es inminente se puede utilizar hasta 4 dosis en 48 hrs. previas a la valoración del médico.

O

- Terbutalina .25 mg. subcutánea cada 6 hsr.

O

- Orciprenalina 2-5 mgr. en 500 cc. de solución glucosada, iniciar a 25 mcg. x minuto.

FASE DE MANTENIMIENTO:

- Terbutalina 2.5 a 5 mgs cada 4 a 8 horas (de acuerdo a tolerancia).

Criterios para el uso de útero inhibidores:

1. Presencia de trabajo de parto pretérmino (El diagnóstico es incorrecto por lo menos en el 60% de los casos).
2. Edad gestacional en la que se logre beneficio para el feto.
3. Ausencia de contraindicaciones médicas u obstétricas.

Contraindicaciones para uteroinhibición:

1. Muerte fetal.

2. Sufrimiento fetal o malformaciones incompatibles con la vida.
3. Corioamnioitis.
4. Retardo del crecimiento intrauterino severo.
5. Eclampsia ó preclampsia severa.

Contraindicaciones específicas	Efectos
<p>Betamiméticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatía • Tirotoxicosis • DM descompensada • Hipertensión 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperglucemia • Hipercalcemia • Hipotensión • Edema agudo pulmonar • Insuficiencia cardiaca • Arritmia (taquicardia)
<p>Sulfato de magnesio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipocalcemia • Miastenia gravis • Insuficiencia renal 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema pulmonar • Depresión respiratoria • Paro cardiaco • Tetenia materna • Hipotensión profunda • Parálisis muscular
<p>Indometacina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asma • Coronopatía • Oligohideamnios • Insuficiencia renal • Cardiopatía fetal 	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis • Insuficiencia renal
<p>Nifedipina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia hepática 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión transitoria

E) Estudio

- Realizar especuloscopia (descartar ruptura prematura de membranas, valoración de cerviz, de presencia o no de tapón mucoso y de infecciones vaginales).
- Fibronectina
- Biometría hemática , Química sanguínea, Proteína C reactiva, examen general de orina, exudado cervicovaginal y urocultivo. (Completar prenatales si no cuenta con ellos).
- Ultrasonido
 1. Corroborar edad gestacional
 2. Longitud cervical
 3. Bienestar fetal (PSS)
 4. Descartar malformaciones (fetales o maternas)
 5. Amniocentésis

F) Inductores de madurez pulmonar

Se deben utilizar entre la semana 28 y 32 .

Dexametazona 6mg Intramuscular cada 12 hrs. por 4 dosis

○

Betamiméticos 12 MG Intramuscular cada 24 hrs. por 2

dosis.

G) Antibióticos

1. Tratamiento específico en caso de infección urinaria u otra enfermedad sistémica.

2. En caso de proteína C reactiva + Fibronectina positiva:

Ampicilina 1 gr. vía oral cada 8 horas por 10 días

○

Eritromicina 500 MG cada 8 horas por 10 días

○

Clindamicina 500 MG cada 8 horas por 7 días

3. Tratamiento cervicovaginitis.

Si la actividad uterina disminuye:

Alta de hospitalización.

Enviar a la consulta externa.

Uteroinhibición oral por 7 días.

Reposo relativo.

Atención del parto

Cuando no se logra el éxito en la inhibición del trabajo de parto se deben hacer las siguientes consideraciones:

- a) Antes de la semana 28 deberá elegirse la vía vaginal ya que se considera un producto inmaduro.
- b) Entre la semana 28 y 32 la cesárea corporal es el procedimiento de elección, siempre y cuando la dilatación sea menor de 7 cm. Ya que después de esta , el riesgo de traumatismo no se modifica.
- c) Entre la semana 33 y 36 la vía debe ser vaginal con las siguientes condiciones:
 - Mantener las membranas íntegras
 - Episiotomía amplia
 - Bloqueo peridural
 - El empleo de fórceps para abreviar el periodo expulsivo es controvertido
 - Se debe revisar siempre revisión de cavidad.

En la presentación pélvica debe elegirse la vía abdominal.

Complicaciones Neonatales

Inmediatas

Síndrome de dificultad respiratoria

Hemorragia intraventricular

Daño sensorial

Enterocolitis necrozante.

Complicaciones tardías

Displasia broncopulmonar

Retardo mental

Convulsiones, hidrocefalia .

Bajo rendimiento escolar

Ceguera, sordera.

Síndrome de mala absorción.