



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**  
APLICADO A UNA PACIENTE QUE CURSA EL TERCER TRIMESTRE DEL  
EMBARAZO  
EN BASE AL MODELO DE HENDERSON

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

**CLAUDIA YAZMIN PERALTA LEZCANO**

N°cta: 404118471

**DIRECTOR DEL TRABAJO**

---

**Mtra. Gandhi Ponce Gómez**

México, Agosto del 2008



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.

## **ÍNDICE**

### **INTRODUCCIÓN.**

### **II. OBJETIVOS**

### **III. METODOLOGÍA DEL TRABAJO.**

### **IV. MARCO TEÓRICO:**

#### 4.1. Cuidado

##### 4.1.1. Tipos de cuidado

4.1.2 Elementos que participan en la construcción del proceso de enfermería

##### 4.1.3 Tipos de tecnologías

#### 4.2. Proceso Atención de Enfermería

#### 4.3 Teoría de las catorce necesidades de virginia Henderson

#### 4.4. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino

#### 4.5.- Dolor lumbar en el tercer trimestre del embarazo

### **V. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

#### 5.1. Presentación del caso.

#### 5.2. Valoración de las 14 necesidades según Virginia Henderson.

#### 5.3 . Plan de atención de enfermería.

#### 5.4. Plan de alta.

### **VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.**

### **VII. GLOSARIO**

### **VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

## **I.-INTRODUCCION**

El proceso enfermero es un instrumento metodológico que utiliza el personal profesional de enfermería para llevar a la práctica los conocimientos obtenidos, mediante la utilización del pensamiento analítico y crítico que este impulsa; creando en el personal habilidades de diagnóstico, detectando en los pacientes los problemas reales y potenciales, para poder integrar un plan de atención personalizado.

Este trabajo se realiza con la finalidad de enfocar las acciones de enfermería mediante el proceso, dentro del tercer trimestre del embarazo ; realizando actividades de detección de factores de riesgo y atención prenatal del mismo, orientando a la embarazada para prevenir y controlar posibles complicaciones que comprometan la integridad biológica del binomio.

El proceso de atención de enfermería (PAE) que ahora nos ocupa, en general, es una herramienta metodológica para organizar mental y físicamente el cuidado de enfermería. El presente trabajo resalta las actividades de detección de factores de riesgo como, se incluye la participación de la enfermera en la preparación para la llegada el momento del trabajo de parto, dando educación para obtener un parto tranquilo, controlando los factores de riesgo para llevar a término el embarazo en un parto sin complicaciones.

En el presente trabajo se incluye en su segundo capítulo los objetivos generales y específicos que se persiguen al integrar y ejecutar dicho proceso; y en el capítulo III se describe brevemente la metodología para la selección del caso y la obtención de información, así como el modelo teórico usado.

El marco teórico se encuentra ubicado en el IV capítulo, el cual describe lo que es el Proceso de Atención de Enfermería así como sus etapas, el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El Plan de Atención se incluye en el capítulo V integrando un plan de alta para su reintegración al núcleo familiar.

En los capítulos VI y VII se encuentran las conclusiones, sugerencias y las referencias bibliográficas.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL.**

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería en una paciente femenina de 38 SDG con alteración en región lumbar que cursa el tercer trimestre del embarazo en base al Modelo de cuidados de Virginia Henderson teniendo como fin la recuperación de su salud e independencia.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Valorar a la paciente femenina gestante en forma holística basados en el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson tomando como elementos principales la observación, comunicación, relación; para detectar las necesidades afectadas.
2. Identificar los problemas reales y potenciales en la paciente a través de la valoración de las necesidades.
3. Lograr que el paciente contribuya a definir y valorar los objetivos así como las intervenciones de para su bienestar ya sea a corto, mediano o largo plazo enfermería.
4. Establecer una serie de ejercicios y mecánica corporal adecuada para reducir el dolor lumbar asociado con el tercer trimestre del embarazo.
5. Lograr que el paciente contribuya a llevar una nutrición adecuada durante su embarazo.
6. Estructurar un plan de cuidados para su adecuada y oportuna aplicación procurando así el restablecimiento de la salud del paciente.
7. Integrar un plan de alta que considere las oportunidades del paciente y la familia de continuar la independencia de sus necesidades en su hogar.

### III.-METODOLOGIA

Lugar: El PAE se aplicó en el servicio de labor en centro medico naval de la secretaria de marina.

Tiempo: 20 de marzo de 2008

- Unidad de análisis e Implementación del P.A.E: Paciente adulta primípara de 22 años de edad con 38 SDG. En sala de labor quién tenia principalmente alteradas las siguientes necesidades:
  1. Necesidad de nutrición e hidratación
  2. Necesidad de moverse y mantener una buena postura
  3. Necesidad de descanso y sueño.
  4. Necesidad de higiene y protección de la piel
  5. Necesidad de aprendizaje

### VALORACION

Se decidió seleccionar Paciente femenino primípara de 22 años de edad que acude a la consulta externa de ginecología con un embarazo actual de 38 SDG y es ingresada a sala de labor por presentar dolor lumbar en el 3er.trimestre del embarazo, la cual manifiesta facies de dolor y desconoce los cambios fisiológicos durante el embarazo por lo que se le aplico el instrumento de Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

**Diagnostico:** La valoración inicial con el uso de la entrevista (1, planificada) logró la enunciación de los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las etiquetas de la NANDA y al formato PES

**Planeación:** En esta etapa se priorizaron los diagnósticos tomando en cuenta cuales eran los mas importantes, una vez identificados estos se fijaron objetivos, se hablo con el paciente y se elaboró un plan de acciones tendente a reducir dichos problemas y promover la salud.

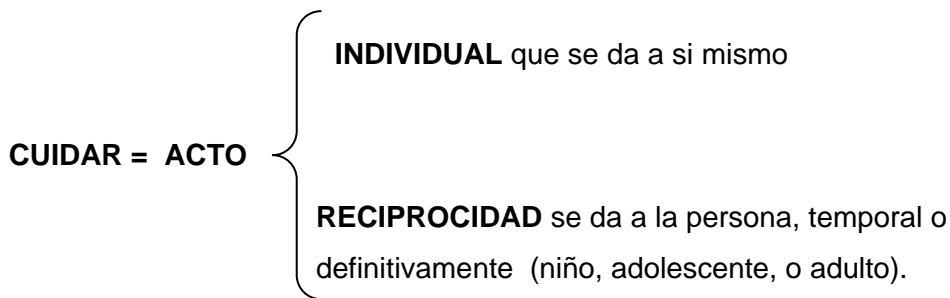
**Ejecución:** En esta fase se puso en práctica el plan y se siguió recopilando información del paciente para determinar a tiempo si habían surgido nuevos problemas.

**Evaluación:** Se determinó como funcionó el plan de cuidados y si era necesario planear enseñanzas programadas o incidentales que fueran solucionando tanto sus dudas como sus necesidades de capacitación para su propio cuidado

## IV. MARCO TEÓRICO:

### 4.1 -CUIDADOS DE ENFERMERÍA

**Cuidar** es un acto de **vida**<sup>6</sup>, según Collier da a conocer que cuidar da una serie de actividades a realizar ya sea en preventivo o en el momento de la enfermedad lo cual es indispensable para ayudar a mantener y conservar la vida permitiendo que esta continúe y se reproduzca.



Si cuidar no se puede limitar a tratar la enfermedad, por grave que sea, es importante preguntarse entonces cuales son los elementos, las referencias que pueden contribuir a establecer el proceso de los cuidados de enfermería partiendo de las situaciones vividas por las personas que requieren cuidados, y teniendo en cuenta la naturaleza de los cuidados para el mantenimiento de la vida y de los cuidados de curación.

#### 4.1.1 TIPOS DE CUIDADOS

Cuando alguien tiene una afección en la vista y vive en una casa donde la escalera resulta peligrosa, su defecto visual puede poner su vida en peligro, por esta razón, esta persona no puede salir ni hacer los recorridos para su vida cotidiana. Si nadie puede valorar con ella, por sus condiciones de vida, las dificultades que encuentra para seguir atendiendo las necesidades diarias, y no percibe la forma de suplirlas, la situación de esta persona se va agravar rápidamente, no por el propio trastorno de la vista; sino debido a las consecuencias de esta afección en su vida cotidiana. Llevándonos a comprobar que existe una diferencia entre la



naturaleza de los cuidados que tienen por objeto de asegurar la vida diaria, y los que se centran en la enfermedad, que a menudo se proporcionan excluyendo al que la vive. Es por eso que existen dos tipos de cuidados de naturaleza diferentes y están representadas en vocabulario inglés

- ✓ CARE: CUIDAR, OCUPARSE DE:  
LOS CUIDADOS DE COSTUMBRE Y HABITUALES <sup>7</sup>
  
- ✓ CURE: CURAR, RESECAR, TRATAR, SUPRIMIENDO EL  
MAL. LOS CUIDADOS DE CURACION. <sup>8</sup>

#### LOS CUIDADOS DE COSTUMBRE Y HABITUALES (CARE):

Tienen la función de conservar y mantener la vida, semejantes a los que proporciona una madre con su hijo, el aprender a comer, bañarse, hablar, caminar, tener hábitos, etc.; estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía, la luz, el calor, la relación con las personas conocidas, los objetos familiares, etc. Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración. <sup>9</sup>

#### LOS CUIDADOS DE CURACIÓN (CURE):

Tiene por objetivo limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas. <sup>10</sup> En el afán de curar todo aquello que obstaculiza la vida sea olvidado tomar en cuenta los cuidados habituales y de costumbre propiciando una ruptura entre el cuerpo y el espíritu, entre el hombre y su entorno, aniquilando progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona y de todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital sean de la naturaleza que sea (física, afectiva o social etc.) Puede llegar a ser un deterioro irreversible.

Pensamiento de Nightingale F. "Creo que los verdaderos elementos de los cuidados de enfermería siguen siendo completamente desconocidos". <sup>11</sup>

#### **4.1.2 Elementos que participan en la construcción del proceso de enfermería**

El proceso de enfermería procede de un encuentro entre dos o más seres vivos que detentan ambos los elementos del proceso de cuidados.<sup>12</sup> Es un proceso de elucidación - acción entre dos o más interlocutores sociales con competencias diferentes y complementarias dirigidas a encontrar su forma de realización a partir de las capacidades y de los recursos de cada uno en un entorno dado (domicilio, lugar de trabajo, institución sanitaria hospitalaria y extra hospitalaria).

Es un acto de reflexión de las necesidades vitales y la búsqueda del tipo de respuesta que hay que dar, es necesario apelar a conocimientos diversos y de diferentes naturaleza para percibir los signos del proceso salud – enfermedad y comprender su significado, buscándole sentido con respecto a la persona que lo vive, en conexión con su contexto y las actividades de su vida.

El acto de reflexión comprende dos tiempos:

- Descubrir a la persona a partir de lo que dice, interrogatorio: estereotipado y sistemático.
- Descifran lo que las personas o los grupos intentan decir y confrontarlo con las fuentes del saber que orientan sobre su significado.

**La primera fuente de conocimientos** es la persona o el grupo que se expresa sobre un problema. Para descubrir, entender, y comprender lo que nos dicen las personas que solicitan cuidados es necesario volver a aprender a ver y volver a aprender el lenguaje hablado por la gente corriente en la vida diaria, el lenguaje no verbal: forma de vestir, peinado, postura, signos de desamparo, soledad, alegría, de tristeza, penuria económica y social, de satisfacción de placer o de deseo, preocupaciones, dificultades. Los conocimientos tienen que ser adquiridos a través de la información y en el terreno del ejercicio profesional, necesitan plasmarse en formas pedagógicas vivas que se nutran de la vida que nos rodea en sus diferentes aspectos y manifestaciones pueden contribuir a ampliar nuestra forma de ver la vida y a comprender mejor los problemas que se le plantean a los hombres y que dan lugar tanto a las necesidades de salud como procesos de deterioro, de destrucción de inadaptación o de quebranto, como los que aparecen con una enfermedad o un accidente.

Pueden ser útiles y fuentes de desarrollo la persona o el grupo si son el encuentro de la experiencia vivida con todo aquello que puede alimentar, nutrir y enriquecer la experiencia. Ya

no es posible considerar los cuidados de enfermería sin beber de unas fuentes de información muy variadas; tampoco se pone en duda la necesidad de ampliar el campo de conocimiento. Mencionar disciplinas tan diferentes como la biología (no patología), la demografía, la psicología, social, la antropología cultural, la sociología y economía, puede parecer banal, aunque su acceso a los medios de formación y a su uso dentro del ejercicio profesional sea todavía muy limitado para algunos e inexistente para otros. Según Edgar Morin nuestro problema crucial es el del principio organizador del conocimiento y lo que hoy es vital, reorganizar nuestro sistema mental para volver a aprender a “aprender”.<sup>13</sup>

**El método** es lo que orienta la organización de los conocimientos y su utilización, es el camino emprendido por cualquier conocimiento para hacernos conocer, es decir para permitirnos <<nacer con>> la fase en que nazco, a continuación sigo naciendo con lo que me alimenta, el conocimiento contribuye a formar mi identidad, la identidad de mi ser pensante que, a su vez, se modifica en acción, permitiéndome crear.

Hay que haber aprendido a conjugar la información procedente de las situaciones planteadas y de los conocimientos que permiten comprender y movilizar estas situaciones. Al cuidar hay que tener en cuenta la trama de la vida de la persona, el periodo de edad en que se encuentra y las actividades de la vida que hay que desarrollar (niño) o que son compatibles con el sentido de la vida, de la naturaleza de sus daños, de sus minusvalías o simplemente de sus dificultades (adultos, ancianos).

Los cuidados de enfermería deben hacer frente a situaciones donde se enfrentan las fuerzas de la vida y de la muerte, no pueden ignorar la compleja red del principio del placer y de la realidad. Los conocimientos utilizados por una profesión constituyen un patrimonio, que da lugar a otros conocimientos y sirven de base permanente para la evolución profesional. Este patrimonio solo puede constituirse si existen textos que sirvan a la vez de garantía referencia y de motor para la evolución.

**Por tecnología** hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir de todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella. La técnica corresponde únicamente a la forma de utilizar tal o cual instrumento. Es un procedimiento que es objeto de aprendizaje y crea un saber hacer.

Aislada de un planteamiento tecnológico, pierde su significado y puede hacerse perjudicial e incluso peligrosa.

La tecnología no ha sido considerada realmente por la enfermería como un elemento fundamental del proceso de cuidar, que se relaciona con los demás. Solamente si se estudian sus propiedades, sus obligaciones y sus limitaciones de la misma manera que otros conocimientos, se pueden volver a situar en su justa medida sus efectos, reconocidos como fundamentales y al mismo tiempo relativizarlos sustituyéndolos en el conjunto de las circunstancias, elementos y medios que constituyen el proceso de los cuidados de enfermería.

#### **4.1.3 TIPOS DE TECNOLOGÍAS**

Si lleváramos a cabo la investigación en los departamentos del hospital y en los servicios extra hospitalarios, sobre los instrumentos y las técnicas que empleamos para cuidar y sobre los que nunca utilizamos, tendríamos una imagen muy clara de la clase de cuidados prestados y del predominio efectivo de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, incluso en aquellos sectores donde no hay que utilizar una tecnología muy avanzada o excepcionalmente como en los cuidados a domicilio.

**El cuerpo** ha sido el primer instrumento usado por una persona que prestaba y sigue siendo el instrumento principal de los cuidados de enfermería en el sentido que es el vehículo mediador<sup>5</sup> entendido ha si por Mac Luan de los cuidados. Mediante el uso del cuerpo se pueden prestar cuidados a otra persona. Esto nos lleva a preguntarnos por la utilización del cuerpo para cuidar y por el uso de los sentidos para diferenciar y prestar cuidados.

**El tacto** es el primer sentido utilizado en la presentación de cuidados, primero a través de la madre y luego por las manos de todos os que prestan cuidados, (Transportar, manipular, tocar sentir, acariciar, levantar, calmar etc.). Un sin fin de acciones que son realizadas por las manos en el proceso de la prestación de cuidados.

**El oído** transmite un mensaje, es el vehículo de la escucha, que solo tiene sentido si se puede analizar y compartir para entenderlo e intentar comprender el simbolismo de las palabras.

**La vista** sitúa a las personas en su entorno, descubre sus rostros descifra los mensajes enviados por todo el cuerpo (este doblado, contorsionado, suplicante, nervioso, etc.).

Hablar del cuerpo como el primer instrumento privilegiado del cuidado no es tan solo mencionar los sentidos, sino también redescubrir la sensibilidad; que es lo que siente, busca lo que sienten los demás e intentar ser mas claro con lo que uno siente.

Después del cuerpo, principal vehículo de los cuidados habría que tener en cuenta:

- Las tecnologías relacionadas con los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida.
- Las tecnologías para la curación,
- Las tecnologías de la información.

## **TECNOLOGÍAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA**

Son de una gran variedad y deben ser siempre objeto de la imaginación y la creatividad. Su uso requiere por parte de los cuidadores un estudio de los hábitos de vida que se refieren, al aseo, al tipo de alimentación, al significado de la ropa o la manera de moverse, a la organización del espacio dentro de la habitación, a la vivienda, etc.

Existen tecnologías que compensan los defectos funcionales los cuales tienen como objetivo paliar un daño funcional y permitir la realización de la actividad obstaculizada por este daño contribuyendo a dar autonomía total o parcial a los enfermos y aliviar a las personas y al personal cuidador.

Asegurando la recuperación de la autonomía indispensable para atender las obligaciones cotidianas (alimentación, aseo, vestido, evacuación desplazamiento, etc.).

Estar al corriente de la existencia de estos medios de compensación, utilizarlos, aconsejarlos, y enseñar a servirse de ellos, forma parte de intrínsecamente del dominio de los cuidados de enfermería.

## **TECNOLOGÍAS DE CURACIÓN**

Esta cuestión ha dejado escapar todo el inmenso dominio del discernimiento de los cuidados para el mantenimiento de la vida, llegando hasta el punto de suplir estos cuidados por tecnología de curación. Basado esencialmente en las técnicas, es decir en “el modo de empleo” de los instrumentos, en el “saber utilizar”, el aprendizaje de enfermería ha omitido con frecuencia el desarrollo de una reflexión sobre su utilización, así como los límites de su uso.

Todo instrumento para la curación requiere una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal, de la deficiencia o del daño funcional que espera curar o suplir. Además, hay que volver a centrar con respecto a las costumbres y las actividades de la vida.

## **TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN**

Los instrumentos de información necesarios para los cuidados han tenido dos grandes defectos su multiplicación y la falta de pertinencia de su contenido.

**La multiplicidad de la información;** la multiplicación se encuentra tanto en el hospital como fuera de él donde las tecnologías de la información consumen un tiempo considerable: diversidad de interrogatorios, documentos de información recogidos, cuestionarios, que fragmentan la información y aísla cada aspecto de la situación que en lugar de ser beneficiosa es perjudicial para la persona.

**La falta de pertinencia del conjunto de la información relativa al enfermo o al usuario;** esta información fragmentada pierde su coherencia como acción continuada. La falta de análisis de las informaciones recogidas hace que su consignación sea arbitraria sin que exista otro hilo conductor que de lugar a una acción que la controle, o la respuesta a una pregunta tras otra. Agravamiento de los problemas por falta de análisis y de seguimiento de los mismos, protección que favorece la dependencia.

Actualmente hay dos tipos de instrumentos de información principales:

**Historia de la enfermería;** instrumento fundamental de coherencia y de continuidad de los cuidados, aplicado a un tipo de problemas de orden físico o afectivo que se plantea al enfermo por su enfermedad, por las distintas deficiencias que este produce así como la naturaleza de los cuidados que requieren.

La expresión escrita del análisis de una situación familiar enfocada a identificar la naturaleza de las dificultades o los problemas que se plantean a las familias para desarrollar unas líneas de acción, calcular su duración y evaluar los resultados. La historia tiene sentido y es eficaz si las personas que las realizan han desarrollado una capacidad de analizar el proceso de los cuidados o el de la acción sanitaria.

**Gestión del servicio de enfermería;** son todos aquellos elementos de coordinación de la información dirigidos a garantizar las diferentes actividades de los servicios. Hay que estudiar su forma su técnica, su número, y su situación, en función de su naturaleza de los cuidados y su frecuencia.

Estos instrumentos de información no pueden bastarse por si mismos si no existen formas de recopilar datos enfocadas a elaborar y evaluar el proceso de los cuidados o de la acción sanitaria, reuniones de gestión del servicio.

La utilización de un conjunto de tecnologías en los cuidados de enfermería plantea el problema del uso que se haga de ellas<sup>14</sup>.

La clase de cuidados de enfermería que le ofrecemos a los usuarios estará mejor identificada si determinamos la convivencia de los instrumentos que empleamos y la forma que tenemos de utilizarlos. El significado y el impacto de las tecnologías empleadas también dependen estrechamente del vínculo que se establece entre la tecnología utilizada y la relación que la acompaña. Así, cuando la madre baña a su hijo, esta contribuyendo a su desarrollo psicomotor total; porque asocia el baño a todo un conjunto de relaciones táctiles, verbales y no verbales que estimula toda su naturaleza, siendo por lo tanto fuente de consciencia y de desarrollo. La integración de los procedimientos tecnológicos y del proceso de relación es también inseparable en los cuidados curativos.

El empobrecimiento gradual y cada vez mayor de los cuidados tiene repercusiones tanto para los usuarios como para los que los prestan. Esto no sólo ha afectado a la enfermería, sino a todos los cuidados proporcionados dentro de la familia, que a menudo sufren esta misma desintegración. Hay muchas más madres de lo que uno se podría imaginar para las que el baño y el aseo del niño sólo es un acto de higiene y para otras no tiene mayor trascendencia.

Por eso es necesario reconsiderar la utilización de los instrumentos y de las técnicas empleadas en los cuidados dentro de la amplitud de las relaciones, ya que estas son las que les dan sentido. Mientras existan tecnologías y técnicas (formadas y modeladas por las tecnologías), y por otro lado unas relaciones tan disociadas de los cuidados confiadas cada vez más a los especialistas, el proceso de los cuidados será ilegítimo y pobre y no lograra su objetivo creando frustraciones y sentimientos de culpabilidad en los que prestan cuidados y graves sinsabores en los usuarios de los cuidados.

Gracias a las corrientes que proceden de la psiquiatría y de las medicinas paralelas, los enfermos y las enfermeras comienzan a iniciarse en estos nuevos enfoques a integrarlos en sus cuidados. Los cuidados de enfermería deben nutrirse de todo tipo de campos y de tecnologías variadas, recrearlas, volverlas a pensar, adaptarlas para la aplicación de cuidados.

### **TECNOLOGÍAS SENCILLAS**

Son aquellas utilizadas en el primer nivel de los cuidados que previenen cualquier agravamiento, lo que limita considerablemente las necesidades de cuidados de curación cuando las personas han podido beneficiarse a tiempo al tener acceso a servicios próximos a su domicilio con horarios bien adaptados a ellas. Es aprender a utilizar una infinita gama de instrumentos y de técnicas variadas y sencillas, adaptadas a la gente y que pueden ser utilizadas por los mismos usuarios.

De acuerdo a la OMS" para dispensar cuidados elementales es necesaria una tecnología elemental que pueda ser fácilmente comprendida por la población y fácilmente practicada por los especialistas. La identificación o la apuesta a punto de esta tecnología forman parte de la revolución en salud de las personas y de los grupos<sup>15</sup>.

Se a dado prioridad a tratamientos hospitalarios de los enfermos agudos y poco se ha enfocado a los cuidados primarios de la salud así como en la protección sanitaria permanente y necesaria de aquellas personas que padecen enfermedades físicas o mentales crónicas y los que tiene minusvalías.

**Creencias y valores;** Si los conocimientos y las tecnologías son propios de un oficio para realizar un trabajo o para proporcionar un servicio, una profesión tiene unas creencias que son la base de las ideologías que determinan comportamientos.

Los cimientos de la enfermería han sido, en principio, las creencias religiosas heredadas de las mujeres consagradas, que hacían una profesión de fe antes de transmitirse por la moral



profesional, dando lugar a unos comportamientos y actitudes determinadas respecto a la responsabilidad de servir.

**Fundamento de las creencias** son una forma de conocimiento integrado, interiorizado a partir de las costumbres, las cuales representan en si mismas y desde el principio de la humanidad todo un conjunto de formas de hacer que crean formas de ser enfocadas a asegurar la continuidad de la vida. A medida que se repiten y se asientan dan lugar a la adhesión del grupo que cree que tal o cual forma de hacer es buena y por lo tanto deseable, o mala y por consiguiente no deseable. Son de hecho la base de los hábitos de pensamiento que se transformaran en creencias.

Tanto las costumbres como las creencias se elaboraran a partir de los medios de vida y de hecho son tributarias de las características del espacio del territorio donde vive el grupo, están reglamentadas por el tiempo que les marca un ritmo, las acentúa a merced del día o de la noche, al estar sometidas al deterioro del tiempo pueden esfumarse para revivir de nuevo o para desaparecer; constituyen el elemento que representa la permanencia y la estabilidad del grupo aseguran y garantizan el sentimiento de pertenencia y permiten forjar una identidad gracias a unas formas de actuar que determinan formas de centrarse e identificarse.

**Naturaleza de las costumbres y creencias;** Encuentran sus orígenes en las practicas relativas a la alimentación y al cuerpo: cuidados del cuerpo, practicas sexuales, cuidados de higiene corporal, es decir todo lo que inicialmente se pensó que era bueno o malo para asegurar según los grupos culturales, el desarrollo del cuerpo: esfuerzos físicos, sueño, ritos de purificación, masajes, cuidados estéticos, formas de vestir, ritos de paso, etc.

Constituyen las costumbres mas ancestrales del mundo y siempre están subyacentes a las formas de expresión del proceso salud enfermedad; son la base de la elaboración de todos los comportamientos y actitudes; las otras costumbres y creencias se incorporan a este núcleo cultural de base añadiéndose, como una superestructura.

**Valores;** Están vinculados a las costumbres y las creencias basándose en el reconocimiento de las costumbres que los distintos grupos consideran que hay que mantener en un medio dado. Se apoyan en las creencias que alientan y mueven en forma de comportamientos y actitudes. Los valores fundamentales son aquellos que tienden a conservar y mantener todas las prácticas

indispensables para la supervivencia del grupo y en ningún caso se puede modificar por encima de un cierto umbral sin correr el riesgo de que el grupo muera.

Los cuidados de enfermería se aplican cuando confluyen personas, las personas cuidadas y los cuidadores; con costumbres y por tanto, creencias diferentes y están sometidos a fluctuaciones en sus diferentes medios de vida.

**Transmisión y modificación de las costumbres y las creencias de un grupo;** Dice Raphael

F. Que la única forma de escapar del dogmatismo de las creencias es permanecer abierto a nuevas formas de ver y de comprender, a nuevos conocimientos que vengan a enriquecer el núcleo de certezas indispensable para toda existencia. En todo grupo social en toda sociedad se enfrentan los factores de mantenimiento y los factores de cambio<sup>16</sup>.

Las creencias y costumbres actúan como mecanismos de defensa culturales. Vigilando esta nuevas formas de actuar, desempeñan un papel protector con respecto al movimiento de los cambios pero su enorme estabilidad o su falta de claridad puede obstaculizar la adaptabilidad de las personas y de los grupos.

**Factores que influyen en las creencias y los valores e inspiran la concepción de los**

**cuidados de enfermería.** Los cuidados de enfermería están influidos por unas creencias y valores heredados y transmitidos dentro del grupo profesional y por los de otros grupos que participan en los cuidados. Pero también están influidos por el terreno institucional y el sistema de costumbres y valores tecnológicos, económicos, sociales e incluso jurídicos que segrega y genera el medio institucional.

Menciona Sainsaulieu que cada vez se constata con más frecuencia hasta que punto puede estar un individuo influido en su forma de razonar, de simbolizar y de interpretar su experiencia o la de los demás por las circunstancias de la comunicación en el trabajo determinadas de forma interactiva por las formas y estructuras de la organización del trabajo<sup>17</sup>.

La realidad es la inserción de las situaciones en el medio de trabajo, directamente influidas por las costumbres las creencias y los valores transmitidos en este medio.

**Incidencia en la práctica de los cuidados de enfermería;** Es importante conocer y

comprender las creencias y los valores heredados del pasado: lo que ha dado origen a la practica de aplicación de cuidados, lo que ha orientado su evolución a través de las costumbres y creencias que valoran la fecundidad y el grupo social y posteriormente las que valoran el

cuerpo enfermo, pobre y desprovisto que aíslan cada vez mas al individuo del grupo para relegarle al mal que padece.

No analizar ni medir lo suficiente el impacto del medio institucional del trabajo de enfermería, al mismo tiempo que la finalidad y la orientación de los cuidados de enfermería, hace correr el riesgo de no poder dominar ni movilizar los factores que intervienen en su realización y las condiciones indispensables para su cumplimiento.

Al proceso de la vida y de la muerte tal y como lo tienen que vivir y afrontar los hombres en los diferentes medios de vida es importante comprender como en el seno de cualquier grupo profesional la cultura determina la salud y oriente el sentido que el hombre da al sufrimiento, a la enfermedad y a la muerte y los comportamientos con los que se asocia.

La concepción de los cuidados de enfermería no puede transformarse por este descubrimiento o redescubrimiento permanente de los diferentes aspectos fundamentales de la vida volviéndolos a centrar según las vivencias socioculturales, socioeconómicas y socio institucionales de las personas y de los grupos en unos medios determinados.

Todo proceso de aplicación de cuidados se inserta en un sistema de creencias y valores de los que son portadores las personas que participan en los cuidados tanto las personas cuidadas como los cuidadores; por eso es importante comprender el funcionamiento de las creencias, su naturaleza, la forma en que se transmiten o se modifican, todo ellos para tomar conciencia de la variedad de sistema de creencias y de valores que pueden influir en la concepción de los cuidados de enfermería y su incidencia sobre la practica de los mismos.

#### **4.2. 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 Wiedenbach(1963),considerando un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución), y Blach(1974), Roy(1975), Aspinall( 1976),y algunos autores más establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

**Se define como** Un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto por cinco pasos:

- **Valoración.**

Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste la recopilación de datos y organización de los datos que concierne; a la persona, familia, entorno, para las decisiones y actuaciones posteriores.

- **Diagnóstico de enfermería:**

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

- **Planificación:**

Se desarrollan estrategias para prevenir minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.

- **Ejecución.**

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados proporcionados.

- **Evaluación.**

Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

**Su principal objetivo.** Es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia, y la comunidad, así como:

- Identificar necesidades reales potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares y comunidad.
- Actuar para cubrir y resolver problemas, prevenir o curar la enfermedad<sup>10</sup>

**Se caracterizan por que:**

- **Tienen un fin.** se dirige a un objetivo.
- **Es dinámico.** Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

- **Es interactivo.** Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, familia y los demás profesionales de la salud.
- **Es flexible.** Se adapta al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- **Tienen base teórica.** El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería
- **Las ventajas.** La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene normas de calidad de los cuidados de enfermería:

#### **Proceso Atención 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**<sup>18</sup>.

Tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin **determinado**<sup>19</sup>.

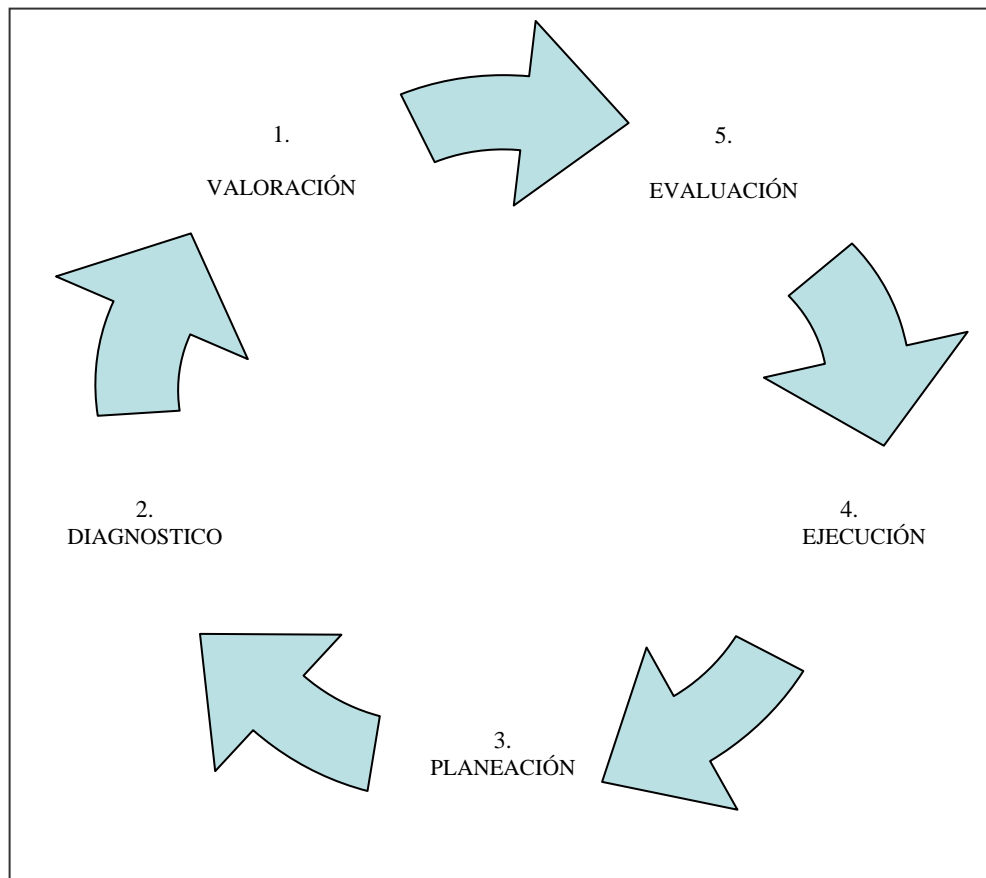
El proceso de atención de enfermería es la herramienta básica y fundamental que asegura localización del cuidado del cliente ya que se basa en un amplio marco teórico. Por ello, constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia, y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

El proceso se organiza para su realización en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas (ver cuadro 1):

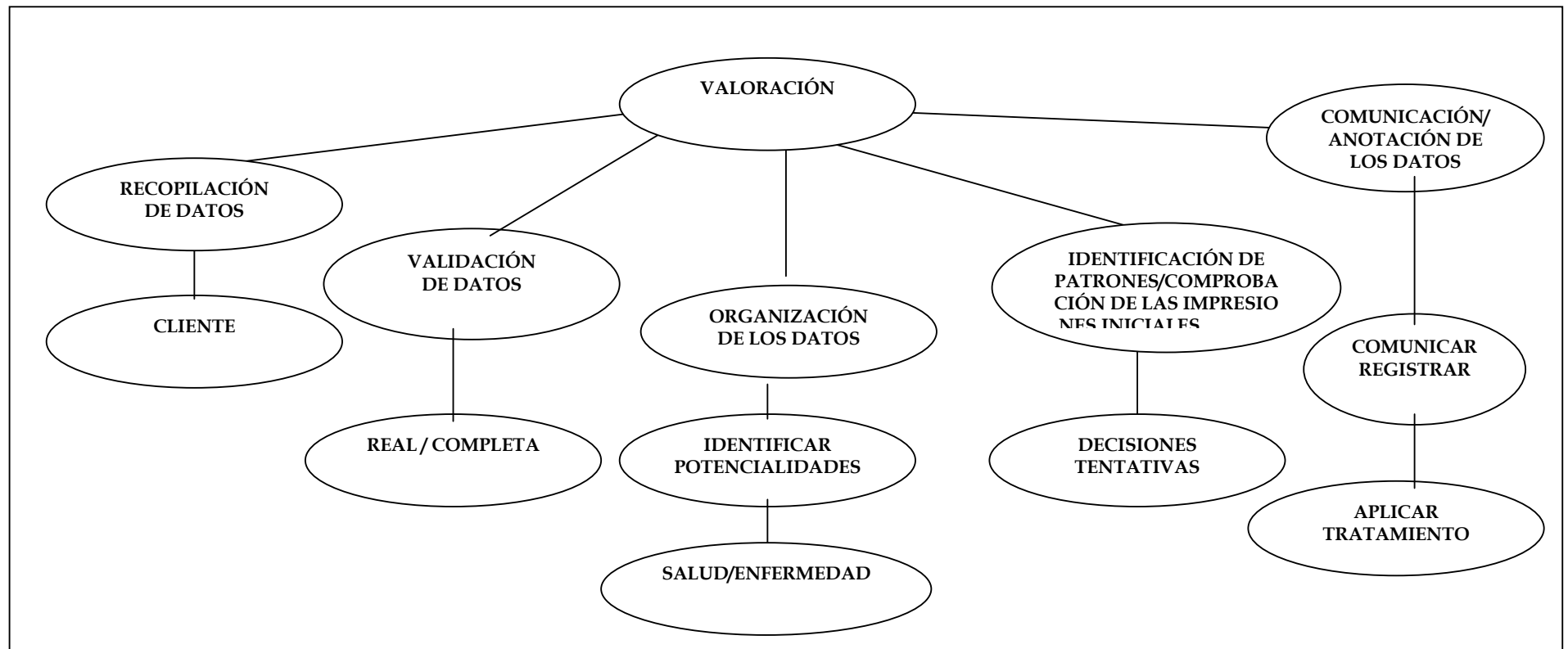
- **Valoración.** Ayuda a identificar los factores y situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.
- **Diagnostico de Enfermería.** Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia, o comunidad a problemas de salud, procesos vitales reales, o potenciales que proporcionan la base para la selección de actuación **de enfermería**<sup>20</sup>.
- **Planeación.** Contempla el desarrollo de estrategias, determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas más identificados en el diagnostico<sup>21</sup>.
- **Ejecución.** Aplicación de medidas preventivas, terapéuticas de vigilancia y control o promoción del bienestar, favoreciendo establecimiento de una relación terapéutica, facilitando el proceso de aprendizaje del cliente para contribuir a su mantenimiento y restablecimiento de la salud<sup>22</sup>.
- **Evaluación.** Evalúa regula sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evaluación para el logro de los objetivos marcados.

La aplicación del proceso de atención de enfermería permite definir el ejercicio profesional y garantizar la calidad de los cuidados de enfermería. Éste ha sido concebido a partir de los numerosos conocimientos científicos y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de la enfermera en los diferentes niveles de atención La enfermería de hoy requiere sustentar el cuidado enfermero siendo esto posible, siendo esto posible a través del proceso, lo que permitirá la transformación de la profesional y prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, sin olvidar los componentes humanísticos.

Cuadro No. 1  
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



**VALORACIÓN.** Es de la identificación del problema cuando se reúne información para asegurarse de que dispone de todas las piezas necesarias del rompecabezas que le permitan formarse una idea clara del estado de salud del paciente. Como todas las decisiones e intervenciones de la enfermera se basan en la información reunida durante esta fase; esta etapa debería considerarse muy importante, en la que se realizan actividades específicas que ayudaran a ser una pensadora crítica y a encontrar la información que necesita para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados. **(Ver cuadro No.2)**





### **4.3 TEORÍA DE LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

#### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS:**

1827 Nació Virginia Henderson siendo quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri. Vivió su infancia en Virginia ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D. C. durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería.

1918 Ingreso en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington D. C.

1921 Se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York

1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingreso en el Teachers College de Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B. S. y M. A. con especialización en docencia de enfermería

1929 Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital, Nueva York.

1930 - 1948 Regreso al Teacher College como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas.

1939 Durante su estancia en el Teacher College reescribió la cuarta edición de textbook of the Principales and Practice of Nursing, de Bertha Harper que se publica.

1955 Aparece la quinta edición de ese texto conteniendo la definición de enfermería de la propia Henderson.

1959 – 1971 Henderson dirigió su proyecto Nursing Studies Index subvencionado por Yale;

1900 – 1959 el cual se diseño como un índice de anotaciones de cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería. Al mismo tiempo fue autora y coautora de otros trabajos destacados.

1960 Publico su folleto Basic Principles of Nurses que fue traducido a 20 idiomas.

1964 Se publico como fruto de la colaboración con León Simmons durante cinco años una encuesta nacional sobre la investigación de la enfermería

1966 Edita su obra The Nature of Nursing, describiendo su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería.

1980 Recibe más de nueve títulos de doctorado honoríficos y el primer premio Christiane Reimann.

1988 Recibe de la (ANA) 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.

1996 Henderson fallece de muerte natural en marzo 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.

Henderson se convirtió en una leyenda viva por lo que la biblioteca de enfermería Internacional de Sigma Theta Tau la bautizó con su nombre. Holloran escribió sobre ella: “La señorita Virginia Avenel Henderson significó para el siglo XX lo que Florence Nightingale para el siglo XIX. Las dos escribieron una extensa obra de amplia resonancia mundial.

**Hubo tres factores que influyeron para compilar su definición:**

**Primero** fue la necesidad de aclarar la función de las enfermeras.

**En segundo lugar** señalo que ese informe reflejaba su punto de vista modificado por las opiniones de otros miembros del grupo Regional de Nacional Nursing Council 1996.

**Finalmente** Henderson se interesó sobre los resultados de cinco años de investigación de la asociación (ANA) sobre la función de de la enfermera y se mostró completamente satisfecha con la definición que adoptó al respecto dicha asociación en 1955.

Describió su interpretación de la enfermera como una síntesis muchas influencias algunas positivas otras negativas.

Henderson incluyo principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería. En su curso de psicología, Stackpule tomo como base la declaración de Claude Bernard en que afirmaba que para conservar la salud hay que mantener constante la linfa que rodea a la célula.

A partir de esta teoría, Henderson adquirió un conocimiento sobre la medicina psicosomática y su relación de enfermería, describió su punto de vista<< era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares.

**Henderson define a la 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 conocimiento necesarios haciéndolo de tal modo que se facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”.

**Henderson no dio una definición propia de salud**, comparó la salud con independencia; cito diversas definiciones de salud de varias fuentes, entre ellas la del estatuto de la OMS. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. 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 en sus más altas cotas”.

**Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno.** “El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”

**Henderson pensaba en el paciente como** un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud e 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

**La relación enfermera – paciente.** Referente a este punto se pueden establecer tres niveles que van de una relación muy dependiente a la práctica independencia:

- **Enfermera como sustituta.** En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, integro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- **Enfermera como auxiliar.** Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma.
- **Enfermera como compañera.** Como compañeros, la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico. La posición social o cultural y la capacidad física e intelectual.

Henderson señalaba que se puede sacar más partido de ayudar a una persona a aprender como mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que la ayuden en los momentos de crisis.

A medida que cambian las necesidades del paciente, también puede hacerlo la definición de enfermería. Henderson admitía que esto no quiere decir que la definición sea definitiva. Creo que la enfermería cambiará según la época en la que se practique y que depende en gran

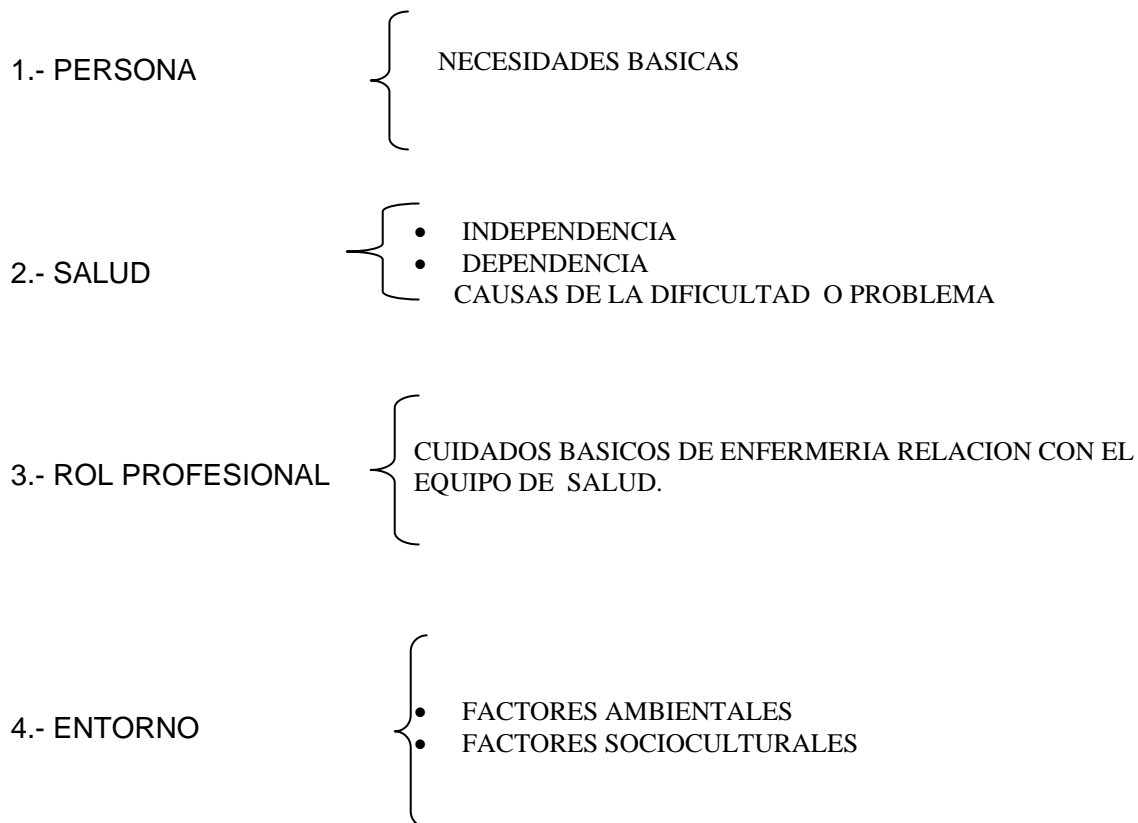
medida de lo que haga el resto del personal sanitario. La enfermería no existe en un vacío. Debe desarrollarse y progresar para satisfacer los nuevos requisitos sanitarios del público según se vayan presentando.

## El Modelo De Henderson Y El Proceso De Atención De Enfermería

La publicación de virginia Henderson fue en 1956 en el libro THE NATURE OF NURSING. En la cual define la función propia de la enfermera.

“La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría Por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de la manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma mas rápida posible.”

A partir de esta definición. Se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de virginia Henderson.



## LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BASICAS

HENDERSON precisa su conceptualización del individuo o persona como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos y socioculturales y espirituales que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que deben de satisfacerse para mantener su integridad (física y psicológica) y promover el desarrollo y crecimiento:

- Necesidad de oxigenación
- Necesidad de nutrición e hidratación
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de descanso y sueño.
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de termorregulación
- Necesidad de higiene y protección de la piel
- Necesidad de evitar los peligros
- Necesidad de comunicarse
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de trabajar y realizarse
- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas
- Necesidad de aprendizaje

Las diferencias en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos. Socioculturales y espirituales.

### **1. En relación a las necesidades Henderson solo señala**

Henderson aplica aparentemente una forma deductiva de razonamiento lógico en el desarrollo de su definición de enfermería dedujo esta definición y las 14 necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos. Los supuestos de la definición de Henderson deben estudiarse con el fin de valorar su concordancia lógica.

Muchos de los supuestos tienen validez por su gran coincidencia con las publicaciones y las conclusiones de investigación de científicos de otras disciplinas. Por ejemplo las 14 necesidades básicas se corresponden íntimamente con la clasificación de las necesidades

humanas ampliamente aceptada aunque Henderson confeccionó su relación antes de leer de Maslow.

Henderson declaró que para que una enfermera ejerza su profesión de forma experta y aproveche los métodos científicos para mejorar sus técnicas, necesita contar con un tipo de formación que sólo se imparte en las escuelas superiores y universidades. La formación de una enfermera requiere una comprensión global de todos los seres humanos.

Henderson contempla tres fases en el plan de estudios dentro del aprendizaje de todo estudiante. Todas ellas giran entorno a un mismo eje:

Asistir al paciente cuando necesita fortaleza, voluntad o conciencia para llevar a cabo sus actividades cotidianas o cumplir una terapia hacia la meta final de la independencia.

**En primer lugar**, se hace particular hincapié en las necesidades fundamentales del paciente, la planificación de los cuidados de enfermería y la función especializada de la enfermera para auxiliar al paciente en la realización de las tareas rutinarias cotidianas. En esta etapa del programa de estudios no se remarca el estado patológico o la enfermedad en concreto, pero se tiene en cuenta el estado que, siempre presente, afecta a las necesidades básicas del paciente.

**En la segunda fase**, se pone el acento en la ayuda a los pacientes para satisfacer sus necesidades en casos de grandes trastornos corporales o estado patológicos que requieren la modificación del plan de cuidados de la enfermera. El paciente plantea al estudiante problemas de mayor envergadura. Obliga a un mayor conocimiento de la ciencia médica y a que el estudiante comience a comprender las razones del tratamiento de los síntomas.

**En la tercera fase**, la formación se centra en el paciente y la familia. El estudiante se compromete con un estudio completo del paciente y de todas sus necesidades.

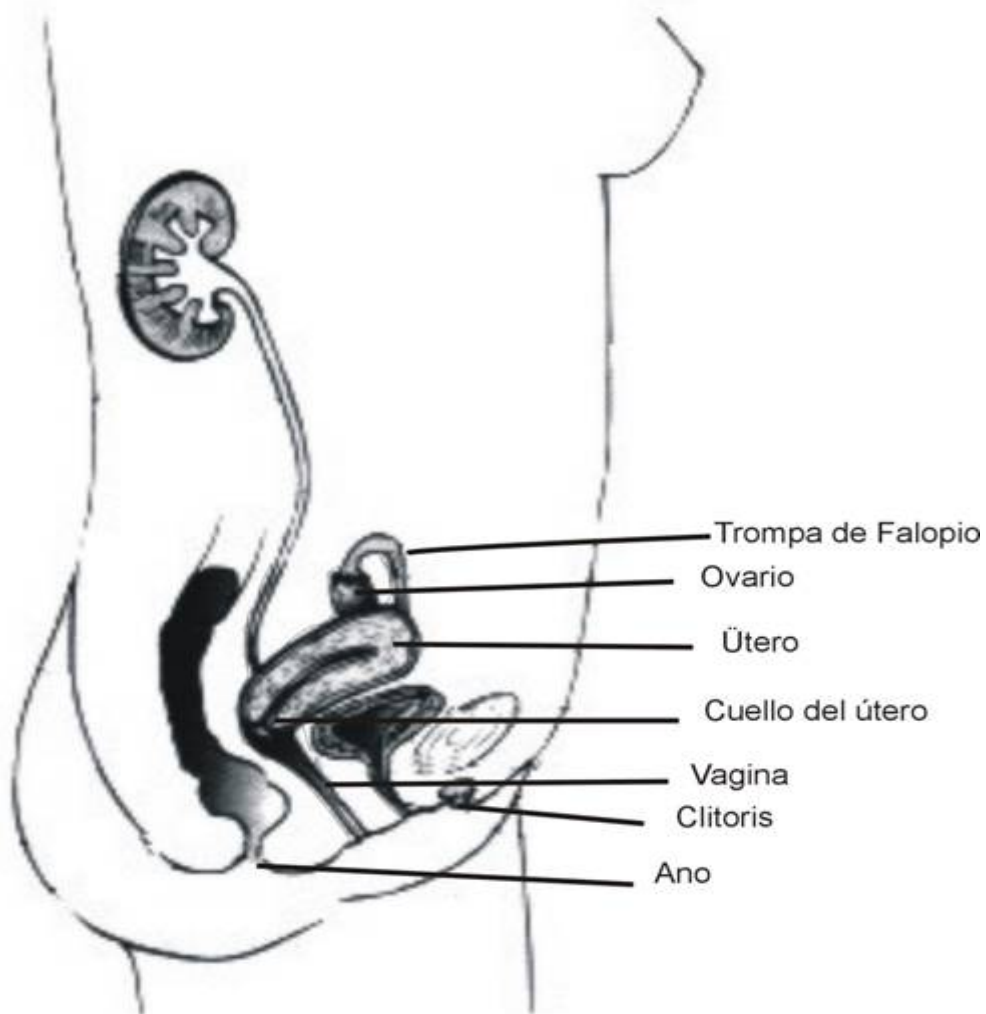
Las enfermeras deben adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que poder basar su experiencia, decía Henderson. Instaba a las enfermeras a acudir a los libros y a dirigir su propia investigación más para mejorar su actividad que por puro prestigio académico.

Henderson ha resaltado la importancia de crear en los estudiantes de enfermería el hábito de preguntar y participar en cursos de biología, física y sociología u otras humanidades, adentrarse en otros campos del saber, observar una atención eficaz y ofrecerla en diversas circunstancias. Concluyó que ningún oficio, ocupación o profesión en esta época se puede valorar o mejorar adecuadamente en la práctica sin investigación. La investigación es el tipo de análisis más fiable.

#### 4.4. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Está formado por una serie de estructuras que se localizan en la pelvis. Estas estructuras son:

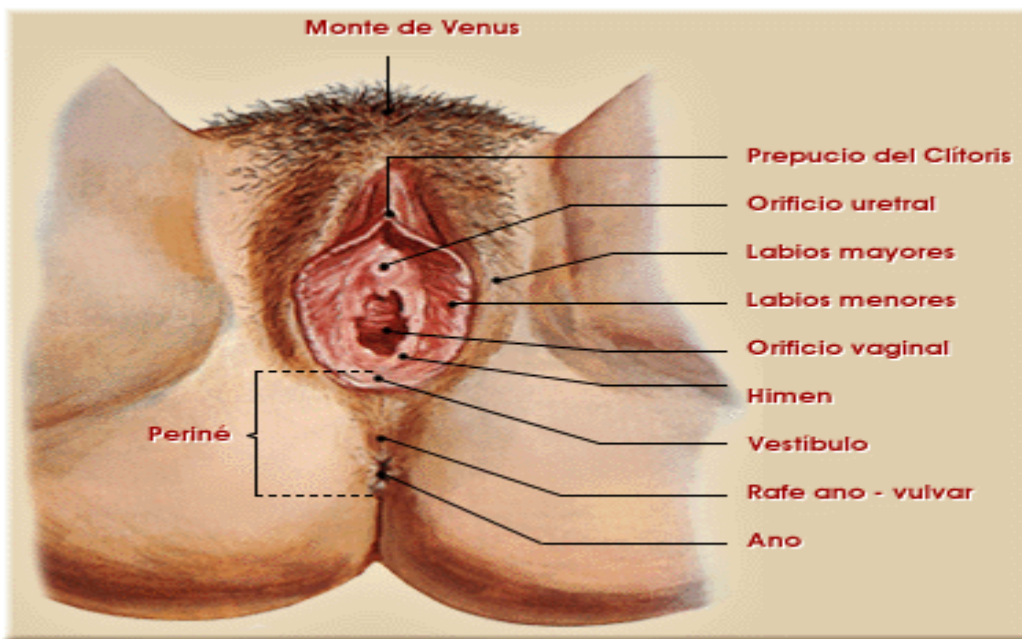
- Los ovarios
- Las trompas de Falopio
- El útero
- La vagina
- Los órganos genitales externos



**Órganos genitales externos:**

Al conjunto se le conoce como vulva; de delante hacia atrás se encuentran:

- El monte de Venus o pubis
- Los labios mayores
- Los labios menores
- El clítoris
- El vestíbulo



En esta zona hay estructuras vasculo-glandulares y el orificio de la uretra, por encima de la entrada vaginal.

- **Monte de Venus:** es una prominencia formada por tejido adiposo atravesado por ligamentos fibroelásticos. Después de la pubertad se cubre de vello que se desarrolla y se distribuye con unas características propias.
- **Labios mayores:** son dos repliegues de tejido adiposo recubiertos por piel. Su unión anterior se continúa con el monte de Venus, donde forma la comisura anterior. La unión posterior forma la comisura posterior. El borde externo está recubierto de vello y separado del muslo por el surco genitocrural (ingle). El borde interno es de color rosado, liso, con glándulas sebáceas y sudoríparas.



**Labios menores:** son dos pequeños repliegues cutáneos rodeados por los labios mayores. Son húmedos, de superficie lisa y tienen también glándulas sebáceas y sudoríparas. En su parte anterior se desdoblán en dos pliegues: el superior es el prepucio o capuchón del clítoris y el inferior el frenillo del clítoris. En su parte posterior forman la comisura posterior u horquilla, llamada también frenillo vulvar.

**El clítoris:** es homólogo del pene. Está formado por tejido eréctil cubierto por tejido muscular. Al igual que el pene, tiene cuerpos cavernosos que al llenarse de sangre hace que aumente su tamaño. Tiene muchas terminaciones nerviosas, lo que explica su gran sensibilidad.

**El vestíbulo:** es un espacio delimitado lateralmente por los labios menores, por arriba por el clítoris y por debajo por la horquilla. En él se abren:

- La uretra y debajo la vagina con el himen, si se conserva, que es una fina capa membranosa,
- Los dos conductos de las glándulas de Bartholin, llamadas también glándulas vestibulares mayores, situados uno a cada lado del orificio vaginal.
- Los conductos de las dos glándulas parauretrales o de Skene,
- También desembocan las glándulas vestibulares menores, que son sebáceas y sudoríparas.

La vascularización de la vulva procede de:

- Las arterias pudendas externas, que son ramas de la femoral
- La arteria pudenda interna, que es una rama de la hipogástrica,
- También una amplia red linfática que drena – desemboca- en los ganglios inguinales.

En la vulva existen también numerosos neuroreceptores:

- Sensibles al tacto: Meckel y Meissner
- Al frío: corpúsculos genitales de Krause
- Al calor: corpúsculos de Ruffini
- A la presión: corpúsculos de Paccini

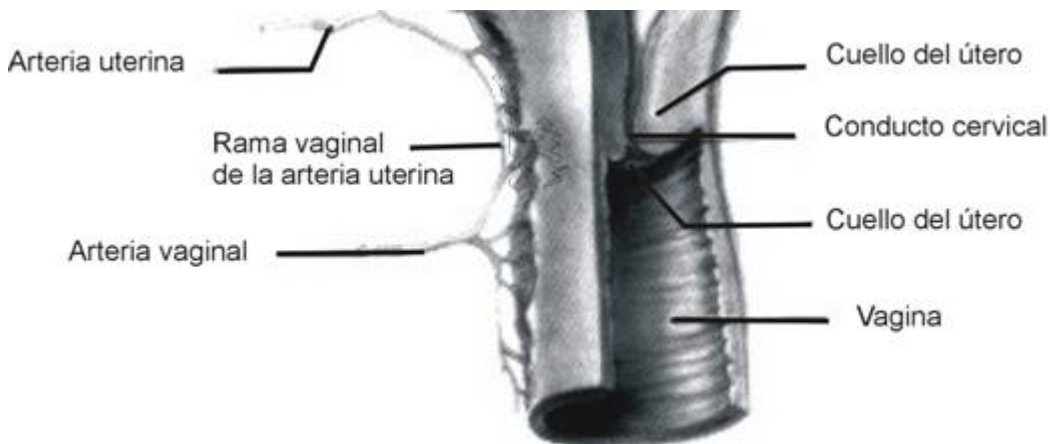
Los genitales externos en su conjunto son los responsables de la atracción y de la lubricación, de gran importancia en las etapas previas a la fecundación.

## La vagina

Es un conducto cilíndrico musculoso, distensible, que mide unos 10 cm. Y que une la vulva con el cuello del útero.

Por delante tiene la vejiga y la uretra y por detrás el recto y el fondo de saco de Douglas, que es una capa replegada de peritoneo. Se abre entre los labios menores, donde presenta unos pliegues y el himen, que puede cerrarla parcialmente. Está aplanada en sentido anteroposterior, con las paredes en contacto, por lo que puede parecer muy estrecha.

Fisiológicamente, es el órgano de la copulación: se encarga de recibir el espermatozoides y dirigirlos hacia la entrada del útero para que se encuentren con el óvulo. Es también la parte final del canal del parto.



Las arterias que irrigan la vagina son:

- Las arterias uterinas en la parte superior
- Las arterias vaginales en la parte media
- Las arterias rectal y pudenda en la parte inferior
- Los vasos linfáticos vaginales drenan en los nódulos linfáticos iliacos

## El útero

Llamado también matriz, es un órgano impar, hueco, musculoso, en forma de pera; su cavidad es triangular. En la mujer que no ha tenido hijos -nulípara- suele tener entre 6'5 y 9 cm. de largo, con una capacidad de 2 a 3 cm. cúbicos. Por delante tiene la vejiga urinaria y por detrás el recto, por lo que su posición es algo variable. En relación con el eje del cuerpo está inclinado hacia delante: es lo que se conoce como anteversión.

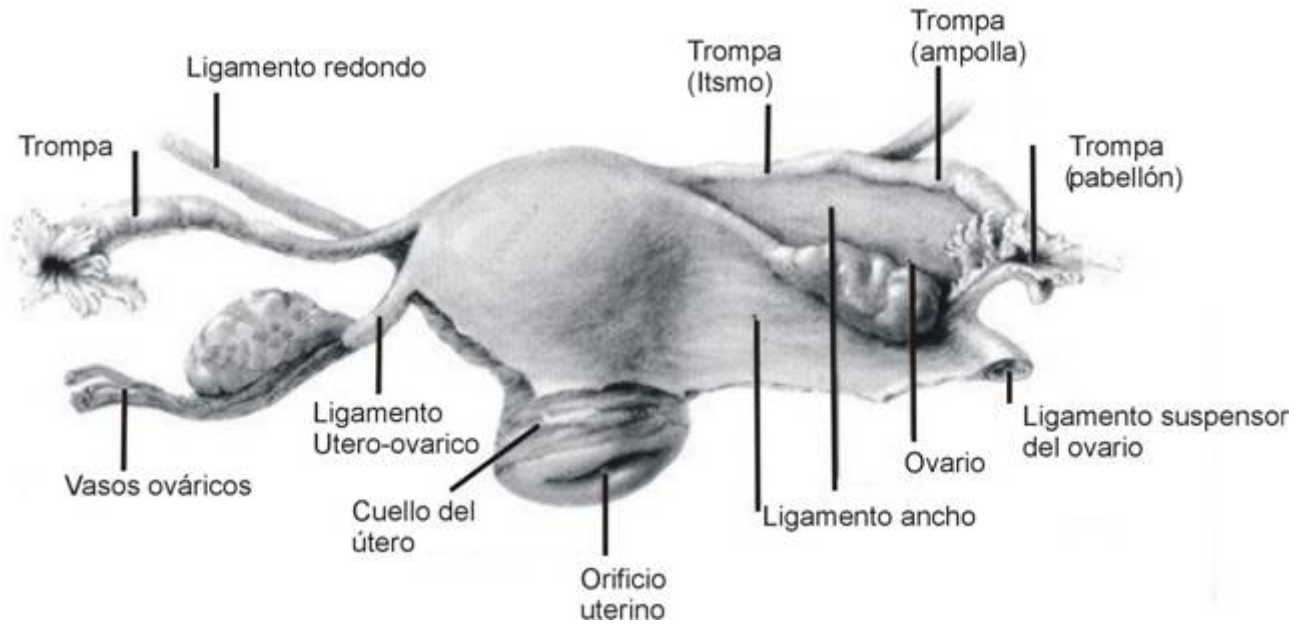
El útero se divide en tres partes:

- **Cuerpo:** es la parte de mayor tamaño y representa casi la mitad del órgano; tiene dos ángulos en los extremos superiores, llamados cuernos, por los que penetran las trompas. La parte superior, que es redondeada, se llama fondo.
- **Istmo:** una zona estrecha, pequeña -7 mm- que separa el cuerpo del cuello.
- **Cuello o cérvix** que es un conducto que conecta con la vagina; mide aproximadamente 3 cm., es cilíndrico y forma un ángulo obtuso con el cuerpo del útero, lo que se conoce como anteflexión. La vagina se inserta a su alrededor circularmente dividiéndolo en dos partes: la supravaginal o endocervix y la intravaginal o exocervix, llamada también hocico de tenca.



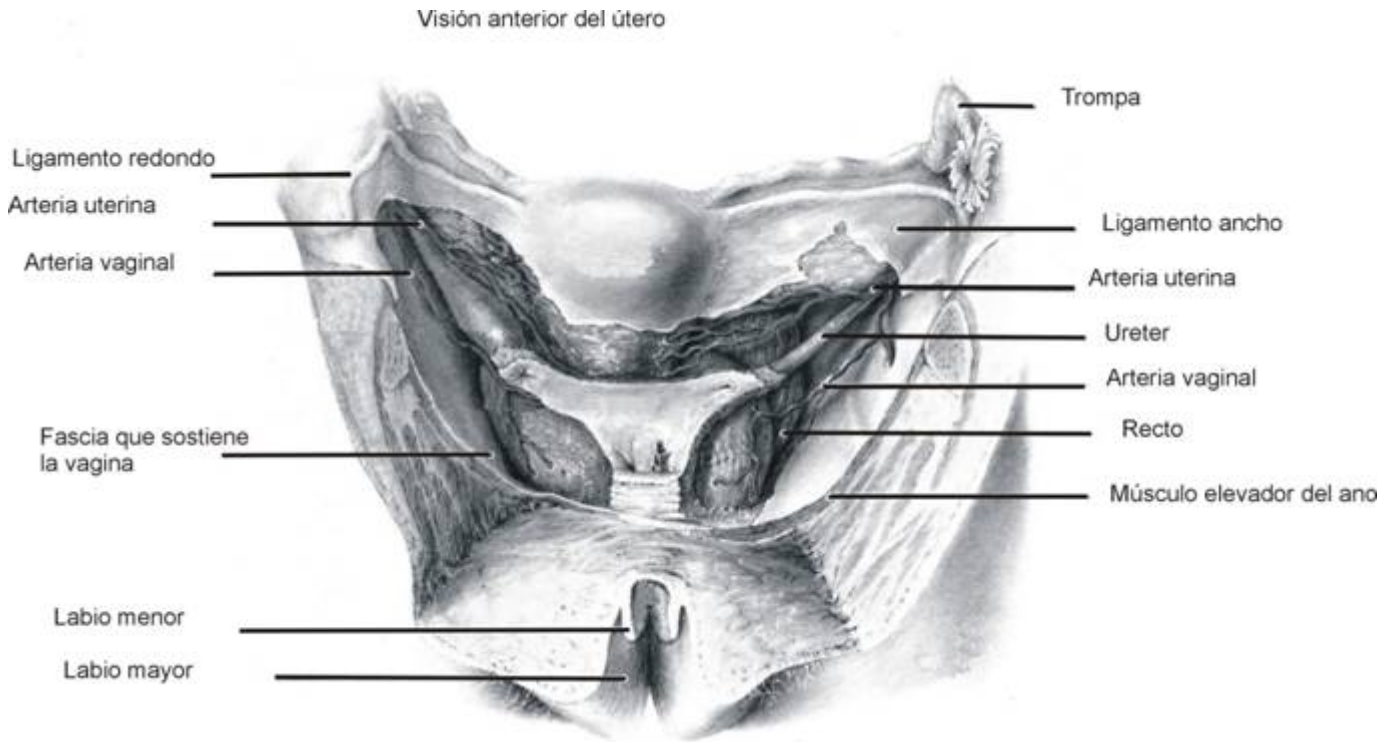
Se encuentra fijo al resto de los órganos genitales por ligamentos:

- El ligamento útero-ovárico
- Los ligamentos sacro-uterinos, que se extienden desde el cuello del útero al sacro
- El ligamento redondo, que es un cordón muscular grueso que une el útero a la pared anterior de la pelvis
- El ligamento ancho, que es un repliegue del peritoneo que lo mantiene en suspensión; dentro de este ligamento están también las trompas y las arterias uterinas



El soporte principal del útero es el suelo de la pelvis, formado por músculos y fascias, (capas de tejido conjuntivo denso que envuelve músculos y otras estructuras); se extiende de delante a atrás desde el pubis al cóccix y lateralmente de una pared lateral a otra, lo que le da forma de embudo; su músculo principal es el elevador del ano, cuya distensión en el parto causa incontinencia urinaria.

Entre el suelo de la pelvis y el peritoneo hay un espacio relleno de tejido celular con ligamentos que se disponen alrededor del cuello del útero y que lo sostienen.



El aporte sanguíneo procede principalmente de las arterias uterinas, con aporte de las arterias ováricas - ramas de la iliaca externa y de la aorta abdominal. Las venas uterinas entran en el ligamento ancho junto con las arterias y drenan en las venas iliacas. Los vasos linfáticos siguen tres vías de drenaje:

- Hacia los vasos linfáticos lumbares, la mayoría
- Hacia los nódulos linfáticos externos e internos
- Hacia los nódulos linfáticos inguinales

El útero es la parte del aparato genital femenino que se encarga de recibir y anidar el Cigoto para que se alimente de sus secreciones hasta la formación de la placenta que se forma a partir del útero y del embrión. Alberga el feto hasta su completo desarrollo y en el momento del parto contribuye a su expulsión mediante las contracciones de su musculatura. Durante la gestación crece notablemente debido a un aumento del número y del volumen de las fibras musculares. Después del parto sufre una regresión que se debe a la destrucción de fibras

musculares, a la reducción del tamaño de las que permanecen y la degradación enzimática del colágeno, de forma que el útero vuelve a tener así sus dimensiones anteriores.

Al igual que el ovario, el útero tiene un ciclo fisiológico llamado ciclo endometrial, que consiste en prepararlo de forma periódica para recibir el Ovulo o expulsarlo si no hay fecundación. Ambos ciclos se estudiarán posteriormente.

### **Los ovarios**

Son órganos pares y ovalados, situados de forma simétrica en la cara posterosuperior del ligamento ancho (arriba y detrás). Son los órganos más importantes del aparato reproductor femenino, tanto por su función generadora -formadora de óvulos-, como por su función endocrina- segregación de hormonas- .

Pesan cinco gramos, miden 53 x 20 x 10 mm. Y tienen color blanco y consistencia dura; su superficie es lisa durante la infancia y se va haciendo rugosa con la edad. Aunque el ovario no es móvil, su situación puede variar al estar incluido en el ligamento ancho, ya que dependen de la posición de los intestinos.

Están ligados al útero por el ligamento útero-ovárico y a la zona lumbar por el ligamento suspensor del ovario, llamado también lumbo-ovárico y recubierto por las trompas uterinas o trompas de Falopio.

Los vasos sanguíneos y linfáticos entran en el ovario a través del ligamento suspensor del ovario, en una zona llamada hilio-ovárico:

Las arterias ováricas son ramas de la aorta abdominal y emiten ramas para irrigar las trompas uterinas y el útero.

Las venas salen del ovario y forman un plexo - redes de vasos muy pequeños- en el ligamento ancho y venas mayores que se unen a las renales y a las cavas.

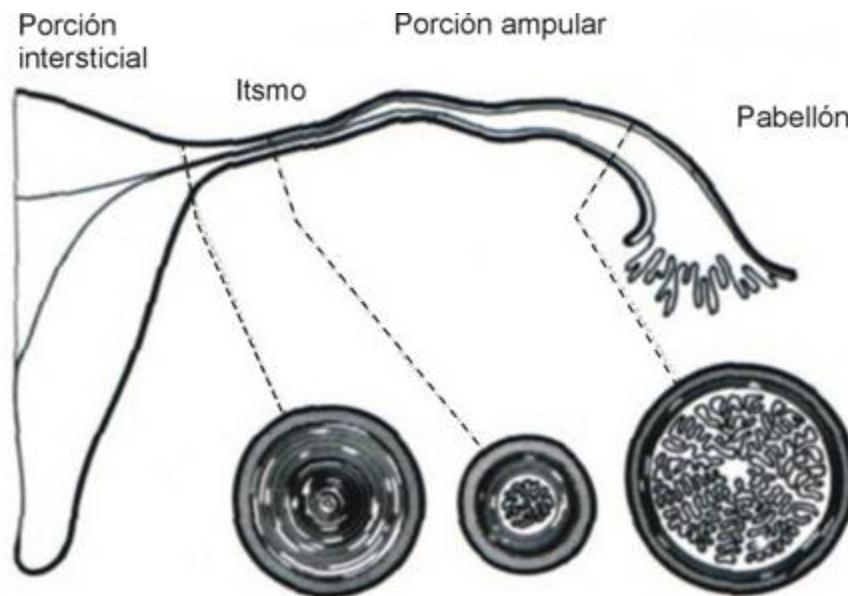
Los vasos linfáticos acompañan a los vasos sanguíneos y se unen a los de las trompas y a los del fondo del útero para desembocar en los nódulos linfáticos lumbares.

Las funciones del ovario son dos:

2. formar óvulos, es decir, llevar a cabo la ovogénesis
3. segregar hormonas, estrógenos y progesteronas que regulan la actividad reproductora y determinan los caracteres sexuales secundarios. Ambas funciones las realizan de forma cíclica.

### Trompas de Falopio

Las trompas uterinas o de Falopio, llamadas también oviductos, son dos conductos cilíndricos, huecos, largos y estrechos que se extienden desde los ángulos superiores del útero y llegan hasta los ovarios, a los que cubren en parte. Se abren en la cavidad del útero por un extremo y en la cavidad peritoneal por el otro. Miden entre 10 y 14 cm de longitud y su diámetro es de 3 a 8 mm, según la zona.



Tienen cuatro partes diferenciadas que son, del útero a los ovarios:

1. porción uterina o intramural, que está dentro de la pared uterina,
2. istmo, muy estrecha, que cruza el cuerno del útero,
3. ampolla o porción ampular, más ancha y larga,



4. Pabellón tubárico o infundíbulo; tiene forma de embudo y se abre como una flor por medio de unas franjas o fimbrias. Una de ellas, la más larga llamada franja de Richard, se une al ovario.

Toda la trompa, salvo la porción uterina, ocupa el borde superior del ligamento ancho y está cubierta por el peritoneo y unida a los ovarios por el borde libre del ligamento ancho, ligamento tubo-ovárico.

Están irrigadas por:

- Las arterias tubáricas, que derivan de la arteria ovárica y de arteria uterina,
- Las venas tubáricas que drenan en las venas ováricas y uterinas,
- Los vasos linfáticos drenan en los nódulos linfáticos lumbares.

La función de las trompas es recibir el óvulo y conducirlo hacia el útero. En ellas se produce la fecundación. Favorecen con movimientos peristálticos la subida de los espermatozoides y sus secreciones protegen y nutren al óvulo fecundado hasta que llega al útero.

Resumen del sistema de sostén:

1. Ligamento ancho: formado por el peritoneo, recubre la cara anterior y posterior del útero y se extiende hasta las paredes laterales de la cavidad pélvica,
2. Ligamentos redondos: salen de los cuernos uterinos y llegan a la pared anterior de la pelvis,
3. Ligamento útero- ováricos: salen de los ángulos del útero y llegan a los ovarios
4. Ligamentos sacro- uterinos: salen del cuello uterino y llegan al sacro,
5. Ligamentos tubo- ováricos: unen el pabellón de las trompas a la extremidad superior del ovario,
6. Ligamentos suspensores del ovario: pliegues de ligamento ancho que salen de la parte superior del ovario y llegan al peritoneo,
7. Tejido celular pelviano: entre el suelo de la pelvis y el peritoneo.

#### 4.5 DOLOR DE ESPALDA EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

El dolor lumbar relacionado al embarazo, a pesar que es conocido desde hace muchos siglos, solo ha cobrado importancia en los últimos años por el impacto que tiene en la calidad de vida de la embarazada y en los costos económicos que involucra. En las últimas dos décadas hubo una explosión de artículos sobre el tema, junto a una gran cantidad de pacientes que consultaban por dolor lumbar, el que es considerado por la sociedad, como un evento patológico.

El conocimiento de esta complicación es una necesidad tanto para el gineco-obstetra, como para el traumatólogo, a quien es derivada para una segunda opinión o tratamiento. Los distintos artículos en la literatura internacional varían de gran forma al exponer la posible fisiopatología, la prevalencia, los factores de riesgo y también el tratamiento, por lo que una lectura parcializada de esta puede dar una visión equívoca.

El objetivo de esta comunicación es revisar la literatura en torno al dolor lumbar relacionado al embarazo, en sus aspectos etiológicos, fisiopatológicos y terapéuticos.

#### HISTORIA

Existe evidencia histórica que el dolor en la región lumbar y el anillo pélvico relacionado al embarazo eran problemas conocidos y descritos hace ya muchos siglos. Hipócrates (siglo IV A.C.) describe la teoría de la "*disjunctio pélvica*" que, según el padre de la medicina, consistía en el ensanchamiento de la sínfisis pubiana que solo ocurría en el primer parto y quedaba ensanchada para los siguientes embarazos, relacionando este hecho a la aparición de dolor. Esta teoría se vio reforzada por numerosos autores, entre ellos Vesalius, Severin Pineau, Ambroise Paré, Albinus de Leyden, William Hunter, Velpeau, Jacquemier, Baudelocque, Lenoir, Luschka y muchos otros. Sus visiones, eso sí, eran marcadamente diferentes: unos creían que la relajación pélvica era normal y un fenómeno constante, mientras otros la consideraban excepcional y patológica.

Fue en el siglo XVII cuando el concepto de debilitamiento de las articulaciones sacroilíacas y sínfisis pubiana durante el embarazo tomó mayor relevancia. En ese momento se consideró a este proceso como necesario, siendo un importante prerrequisito para el ensanchamiento del canal del parto. El mecanismo por el cual el ensanchamiento era producido generaba grandes

discusiones en la época. No fue hasta el siglo XIX, cuando se puso mayor atención en el dolor en la región lumbar y cintura pélvica durante y después del embarazo. En 1870, Snelling describe el "Síndrome Pélvico" de la siguiente forma: "la afección aparentemente consiste en la relajación de las articulaciones de la pelvis, iniciándose bruscamente luego del parto o en forma gradual durante el embarazo, permitiendo un grado de movilidad de los huesos pélvicos que entorpece la marcha y ocasiona las sensaciones de dolor más peculiares y alarmantes".

Al inicio del siglo XX, la mayor parte de los autores aceptaban la visión que las articulaciones pélvicas se ablandaban y relajaban durante el embarazo, pero hasta ese momento no se habían realizado estudios sobre la frecuencia ni el grado de separación, así como tampoco se había investigado cuanto influía en la aparición del dolor. Brehm en 1928 intentó establecer grados de separación de la sínfisis púbica, dividiendo su población en dos grupos, el primero de entre 9 y 20 mm de separación con pocos síntomas y el segundo con 20 mm o más y marcada sintomatología. Abramson y cois, publican la pregunta en 1932 sobre si existe relación entre la relajación de la cintura pélvica y el dolor presente en el embarazo. Este hecho fue crucial, desde ese momento se consideró al dolor lumbar y de la cintura pélvica en el embarazo como un proceso patológico aislado. Para este efecto se le llamó "Insuficiencia Pélvica" y se describió como un conjunto de síntomas objetivos y subjetivos, entre ellos: la fatiga sin causa clara, dolor con eventual irradiación, dificultad en la marcha o para dar pasos completos, dificultad para darse vuelta en la cama y para levantarse desde una silla. Solo en 1962, Walde describe las diferencias entre el dolor pélvico y el lumbar durante el embarazo. El estudio del dolor lumbar y de la cintura pélvica relacionado al embarazo ha tenido un aumento muy importante las últimas décadas ya que se toma conocimiento del posible impacto de esta patología en la calidad de vida y los costos que tiene la enfermedad para la sociedad. Con el impacto económico de por medio se inician una serie de estudios, en especial en población escandinava, los cuales describiremos a continuación.

## TERMINOLOGÍA

Existe una extensa lista de términos utilizados en la literatura para describir el dolor lumbar y pélvico relacionado con el embarazo, un problema importante es que muchos de ellos indican un mecanismo patológico sin aun estar esclarecida la real etiología de la enfermedad (Tabla I). Además gran cantidad de términos adicionan temporalidad al fenómeno, siendo esto innecesario y limitante en nuestra opinión, al igual que lo descrito en la literatura mas reciente , debiera utilizarse el término "relacionado", lo cual incluye el dolor que aparece durante el

embarazo y también el posparto. Múltiples estudios han mostrado que existirían dos subgrupos dentro de la patología descrita, debido a la ubicación del dolor, diferencias en la incidencia y en la evolución del cuadro, por lo tanto, según la literatura debe diferenciarse entre el dolor en la cintura pélvica relacionado con el embarazo y el dolor lumbar relacionado con el embarazo. Muchos estudios no realizan esta diferenciación por lo cual nos referiremos, en esos casos, como dolor lumbopélvico relacionado con el embarazo.

**Tabla I**  
**TÉRMINOS USADOS DESDE 1900 PARA DESCRIBIR EL DOLOR LUMBAR Y PÉLVICO RELACIONADO AL EMBARAZO**

<i>Terminología propuesta</i>	<i>Autor</i>	<i>Año de publicación</i>
Relaxation of the pelvic joints in pregnancy	Abramson D	1934
Pelvic osteo-arthropathy	Young J	1939
Insufficiencia pelvis gravidarum et puerperarum	Genell S	1949
Pelvic insufficiency	Berezin D	1954
Backache during pregnancy	Wickstrom J	1955
Pelvic girdle relaxation	Slate WG	1960
Pelvic arthropathy	Percy-Lancaster R	1969
Pelvic instability	Lindsel H	1984
Postpartum pelvic arthropathy	Driessen E	1987
Spinal and pelvic insufficiency	Berg G	1988
Symptom-giving pelvic girdle relaxation	Dietrichs E	1991
Pelvic pain and pelvic joint instability	Saugstad LF	1991
Posterior pelvic pain in pregnancy vs back pain in pregnancy	Ösgaard HC	1994
Pelvic pain in pregnancy vs low back pain in pregnancy	Endresen EH	1995
Peripartum pelvic pain	Mens JM	1996
Pregnancy-related back and pelvic pain	Björklund K	1999
Back pain postpartum	Nilsson-Wikmar L	1999
Pregnancy-related pelvic joint pain	Albert H	2000
Pregnancy-related low back pain	Mens JMA	2000
Pregnancy-related pelvic pain	Albert H	2001
Posterior pelvic pain since pregnancy	Mens JM	2002
Posterior pelvic pain after pregnancy	Mens JM	2002
Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy	Noren L	2002
Pregnancy-related pain in the pelvis	Wu W	2002

## FISIOPATOLOGÍA

Aunque el dolor lumbar y pélvico es la complicación mas frecuente del embarazo, su etiología es desconocida y su fisiopatología pobremente entendida. Los cambios fisiológicos normales del embarazo afectarían también a la columna, estos podrían contribuir a la aparición del dolor lumbar gestacional y posiblemente también del posparto. Los cambios estudiados son esencialmente: en la postura que adopta la mujer durante el embarazo, en el contenido total de agua corporal, en el sistema endocrino y alteraciones vasculares observadas a nivel de las venas epidurales.

*La postura:* Existe la teoría de que cambios posturales caracterizados por un aumento de la lordosis lumbar pueden contribuir al desarrollo de dolor lumbar en este grupo de pacientes. La mayor parte del peso ganado por la embarazada está concentrado en la parte inferior de la pelvis junto con el aumento de volumen abdominal. Por esto se produciría una tendencia a inclinar el cuerpo hacia delante, lo cual la embarazada tiende a compensar inconscientemente con una posición hacia atrás de la parte superior del cuerpo por sobre la pelvis, restaurando su centro de gravedad, pero aumentando la lordosis del segmento lumbar. Es posible que, en mujeres susceptibles, la postura anormal en lordosis que presentan durante el embarazo, resulta en estrés de las articulaciones facetarias y ligamentos, observándose aumento de la producción de líquido sinovial con distensión de la cápsula articular lo cual produciría finalmente dolor.

Otros estudios no han podido demostrar una relación entre la magnitud de la lordosis y el dolor.

*Contenido total de agua corporal:* El contenido de agua corporal aumenta en forma similar tanto en la primípara como en la múltipara, en un promedio de 8,5 litros. Esto es más que el líquido amniótico fetal y la placenta, lo cual se refleja en el aumento de la hidratación de las macromoléculas en el tejido conectivo. Esto ocurre inicialmente por el efecto aumentado natriurético de la progesterona en las primeras etapas del embarazo. Luego, el balance negativo de sodio induce la renina y la isorenina, la última producida a nivel del útero, estas a su vez activan la producción de angiotensina II con el posterior aumento de la aldosterona y la hormona antidiurética, las cuales reabsorben sodio y aumentan el contenido de agua corporal. Esta retención de fluido, particularmente a nivel del tejido conectivo de la columna vertebral y pelvis, aumenta la laxitud de estas articulaciones, que podría contribuir a la génesis del dolor.

*Cambios endocrinos:* El efecto de la retención de fluidos recién mencionada se ve aumentado por los cambios endocrinos del embarazo, en particular por el efecto de la relaxina. La relaxina es un polipéptido de doble cadena con un peso molecular de 6500 KDa, similar a la insulina que regularía la fisiología del colágeno. Es secretada por el cuerpo lúteo y la placenta, que tendría entre sus efectos el aumento de la laxitud de los ligamentos alrededor de la pelvis y cuello uterino, a través del aumento del porcentaje de agua en estas estructuras. Esta laxitud, necesaria para acomodar el feto en desarrollo y facilitar el parto, podría ser causante de distensión y aumento del rango de movimiento de las articulaciones sacro ilíacas y de la sínfisis, lo cual a su vez podría causar dolor. Otro cambio en el embarazo, es que existiría una menor modulación del dolor por disminución de los niveles de sustancia P a nivel del cuerno posterior

de la médula espinal, esto se ha estudiado a nivel de concentraciones salivales de este compuesto en pacientes embarazadas y no embarazadas. Los niveles séricos de las hormonas reproductivas y el procolágeno se han visto asociados a la aparición de dolor pélvico en el embarazo avanzado. Los anticonceptivos también han sido investigados, en relación a este mismo hecho, observándose hallazgos contradictorios, lo que sí se sabe es que los anticonceptivos orales influirían en el metabolismo de colágeno.

*Congestión de vasos epidurales:* Hasta el 67% de las mujeres reportan dolor lumbar durante la noche en la segunda mitad del embarazo, esto se ha intentado explicar por la hipervolemia combinada con la obstrucción de la vena cava inferior, por el útero aumentado de tamaño, lo que podría resultar en una congestión del sistema venoso, en especial las venas extradurales dístales a la zona en conflicto de espacio, esto a su vez produciría hipoxia e irritación de las fibras amielínicas, finalmente llevando a la aparición del dolor lumbar, según postulan las teorías publicadas .

## CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

La presentación clínica del dolor lumbopélvico relacionado al embarazo, varía ampliamente tanto de caso en caso, como en el tiempo en una misma paciente. Los síntomas son frecuentemente moderados, aunque también pueden ser severos e incapacitantes. Frecuentemente la aparición del dolor ocurre alrededor de la semana 18<sup>a</sup> de embarazo y la máxima intensidad se observaría entre la semana 24<sup>a</sup> a 36<sup>a</sup>. El dolor durante el primer trimestre de embarazo puede ser un predictor fuerte de dolor en el tercero (14). Además, en el posparto el dolor desaparece en el 93% de los casos en los primeros 3 meses, el 7% de los casos restantes tienen un alto riesgo de dolor lumbar prolongado (15). La localización del dolor es frecuente en la región sacra y glútea, descrito como profundo, careciendo de distribución radicular. Además hay que tener en cuenta que la localización es muchas veces diferente a través del tiempo, migrando durante el curso del embarazo, cambiando desde lumbar a sacro. La naturaleza del dolor pélvico se ha descrito como tipo estocada ("stabing"), la del dolor lumbar como sordo ("dull ache") y en la zona torácica como quemante (16). En cuanto a la intensidad del dolor el promedio fluctúa entre 50 a 60 mm en la escala visual análoga de 100 mm. Se ha reportado que el dolor es leve a moderado en el 50% de los casos y severo en el 25% de las embarazadas. El dolor posparto es de menor intensidad que el dolor presente durante el embarazo. Además se ha observado que el dolor pélvico es de mayor intensidad que el lumbar durante el embarazo y se invierte la situación luego del parto.

En las mujeres embarazadas con dolor lumbopélvico se ha observado un menor porcentaje de potenciales eléctricos en la electromiografía (EMG) de la musculatura paraespinal durante la flexión de tronco que las mujeres embarazadas sanas, las cuales a su vez tienen mejores trazados de EMG que las pacientes no embarazadas. Mens y cois, publicaron la hipótesis que la reducción de fuerza de las embarazadas con dolor no se encontraría relacionada con debilidad, sino que más bien el dolor o temor al dolor haría a la paciente más cautelosa con la fuerza realizada. Actualmente ésta hipótesis, como otras, son especulativas y deben aún someterse a estudio científico.

En cuanto a los cambios de la percepción de los movimientos, se ha descrito sensación de atrapamiento ("catching") de los muslos y también sensación en las piernas "como si estuvieran paralizadas", estas extrañas percepciones sugieren que algo inusual ocurre en el sistema nervioso de la paciente con dolor en la cintura pélvica relacionado al embarazo e interesantemente no se han observado en las pacientes con dolor lumbar. Por último, se han descrito cambios en la coordinación de los movimientos, observándose una cinemática distinta en mujeres con dolor lumbar posparto durante el proceso de levantar objetos, comparadas con controles sanos.

#### INCAPACIDAD ASOCIADA AL DOLOR

Las pacientes con dolor lumbopélvico relacionado al embarazo, presentan dificultad para caminar rápido y frecuentemente están inhabilitadas para cubrir grandes distancias. Las frecuencias de problemas de incapacidad publicados en estos pacientes varían entre 21 a 81% con una media de 28%. Una mayor tasa de incapacidad se ha reportado para situaciones como son: levantarse desde el suelo (97%) y dificultad o dolor al tener relaciones sexuales (82%). Varios estudios han publicado problemas durante la noche al conciliar el sueño, esto afectaría al 30% de las embarazadas. Padua y cois , al aplicar el cuestionario de incapacidad de Roland, encontraron que las mujeres con dolor lumbopélvico durante el embarazo presentaban 0 puntos en el 31% de los casos, 1 a 4 puntos en el 40%, 5-10 puntos en el 21%, mas de 10 puntos en solo el 8% de las pacientes (escala de 0 a 24 puntos), concluyendo en este estudio que la mayor parte de las embarazadas no presentaban gran incapacidad asociada al dolor, siendo leve a moderada en el 92% de los casos, aunque por otra parte hay que considerar que existe un 8% de las pacientes con incapacidad severa por esta complicación. En una asociación de pacientes con dolor lumbopélvico relacionado al embarazo se describieron las actividades para las cuales las embarazadas se encontraban más incapacitadas de realizar por el dolor, en

orden de frecuencia descendente: los trabajos de la casa, el ejercicio, actividades con los niños, trabajo remunerado, entretenimiento, relaciones personales y sexuales.

## PREVALENCIA

La prevalencia de dolor lumbopélvico durante el embarazo ha sido reportada como "muy común" y considerada como la complicación más frecuente de este, pero diferentes estudios entregan porcentajes muy variables entre si, fluctuando entre 3,9 al 89,9% con un promedio de 45,3% y mediana de 49%. En cuanto a la persistencia del dolor lumbar luego del parto, ha sido reportada entre 5 a 40% luego de transcurrido 6 meses después del embarazo (25,26). A los 18 meses post parto este porcentaje disminuiría a 7%, aunque definiéndose como residual y serio. La real prevalencia, a la cual nos enfrentamos en nuestro medio, no la podremos saber hasta definir en forma adecuada la entidad que estamos buscando, estudiar la población a la cual estamos tratando, y determinar a que factores de riesgo está sometida.

## FACTORES DE RIESGO

En cuanto a los factores de riesgo (Tabla II), estos han sido estudiados ampliamente, aunque algunos aún se encuentran en discusión. Con una evidencia fuerte (con por lo menos 10 trabajos publicados a favor del factor estudiado y sin estudios en contra) figuran el trabajo estresante, dolor lumbar previo y dolor lumbopélvico relacionado al embarazo previo. La evidencia débil (con por lo menos un estudio que reporta influencia significativa y sin estudios en contra) para el peso y la estatura materna, el peso fetal, el uso de anticonceptivos orales previos, tabaquismo, anestesia epidural y labor de parto prolongado. Existiría solo evidencia conflictiva, definiéndose con estudios tanto a favor como en contra, para: edad materna, número de embarazos y etnia materna. Por último no existe evidencia sobre la densidad ósea y tampoco sobre los abortos previos como factores de riesgo en dolor lumbopélvico relacionado con el embarazo.



**Tabla II**  
**GRADOS DE EVIDENCIA SOBRE FACTORES DE RIESGO EN POBLACIÓN CON DOLOR LUMBAR RELACIONADO AL EMBARAZO**

<i>Evidencia fuerte</i>	<i>Evidencia débil</i>	<i>Evidencia conflictiva</i>	<i>Sin evidencia</i>
Trabajo estresante	Peso y estatura materna	Edad materna	Densidad ósea
Dolor lumbar previo	Peso fetal	Número de embarazos previos	Abortos previos
Dolor lumbopélvico relacionado al embarazo previo	Uso de anticonceptivos	Etnia materna	
	Tabaquismo		
	Anestesia epidural		
	Trabajo de parto prolongado		

## TRATAMIENTO

Las posibles intervenciones para la prevención y el manejo del dolor pélvico y lumbar relacionado con el embarazo fueron motivo de la confección de una revisión sistemática por el grupo Cochrane, en la cual se destaca el hecho de que a pesar de ser un problema frecuente y con alto impacto en la sociedad solo existen 3 estudios relevantes (Randomized Controlled Trial o RCT) hasta el año 2001 (fecha de última modificación importante del artículo), y a través del análisis de estos se concluyó que la gimnasia acuática reduciría el dolor lumbar durante el embarazo, logrando un mayor número de mujeres que pueden seguir trabajando; el uso de almohadas especialmente diseñadas (tipo Ozzlo) ayudarían a aliviar el dolor lumbar en el último trimestre del embarazo y a mejorar el sueño; por último, este estudio concluyó, que tanto la fisioterapia como la acupuntura pueden aliviar el dolor lumbar y pélvico, y aunque se consideraron a las sesiones de acupuntura como de más ayuda que las sesiones de fisioterapia, hay que considerar que las primeras eran otorgadas en forma individual y las segundas en grupo, por lo cual podría pesar el efecto de la terapia dirigida y personalizada.

Una revisión sistemática publicada el 2003 sobre el uso de terapia física para el dolor lumbar relacionado al embarazo mostró resultados similares a lo descrito en la revisión Cochrane, destacando una serie de artículos adicionales, de mala calidad metodológica, que no permiten realizar nuevas conclusiones. En un estudio reciente publicado por Kvorning y cois, comparó el uso de acupuntura en un grupo de pacientes embarazadas con dolor lumbar con un grupo control, observando un 60% de disminución de la sintomatología versus un 14% en el grupo control durante el período del estudio, evaluado finalmente al momento del parto, y sin observar efectos adversos de la técnica.

En cuanto a medicamentos el más comúnmente usado es el paracetamol, que ha demostrado ser inocuo para la madre y el feto en crecimiento, por períodos cortos de uso; en cuanto a los AINES estos no debieran usarse ya que producirían teratogénesis y mayores índices de aborto espontáneo. El uso de medicamentos no ha sido estudiado mediante RCT por lo cual no sabemos cuanto efecto puedan tener sobre la sintomatología de la paciente. No existen RCT que avalen el uso de cinturones trocántéricos, electro-analgésia, cese del tabaquismo y educación al paciente para la disminución del dolor.

El reposo en cama no tiene fundamento científico, al igual que en el dolor lumbar inespecífico, el dolor lumbar relacionado al embarazo en ausencia de disfunción pélvica y el dolor pubiano al deambular. El reposo por más de dos días, en el caso de la embarazada de hecho prolonga la discapacidad. El reposo prolongado favorece el incremento de peso lo que deteriora aun más la condición de sobrecarga espinal fisiológica y acentúa la percepción de discapacidad.

Por otra parte, la condición del embarazo genera una discapacidad para esfuerzos mayores y posiciones mantenidas, que la ley chilena reconoce, estas disposiciones son ampliamente ignoradas tanto por los trabajadores como las empresas, ello genera insatisfacción laboral y búsqueda de beneficios de reposo a través de la licencia médica, en lugar de la modificación del régimen laboral que la propia ley señala. La legislación chilena dispone lo siguiente "Durante el período de embarazo, la trabajadora que esté ocupada habitualmente en trabajos considerados por la autoridad como perjudiciales para la salud, deberá ser trasladada, sin reducción de sus remuneraciones, a otro trabajo que no sea perjudicial a su estado. Para estos efectos se entenderá, especialmente, como perjudicial para la salud todo trabajo que: a) obligue a levantar, arrastrar o empujar grandes pesos; b) exija un esfuerzo físico, incluido el hecho de permanecer de pie largo tiempo; c) se ejecute en horario nocturno; d) se realice en horas extraordinarias de trabajo, y e) la autoridad competente declare inconveniente para el estado de gravidez". Al respecto y en la medida que los empleadores y las trabajadoras no utilizan esta iniciativa legal, estas tienden a expresar el dolor como discapacidad, de tal modo de obtener a través de reposo médico la supresión de tareas de esfuerzo físico.

## **CONCLUSIÓN**

El dolor lumbar relacionado con el embarazo es una patología de reciente estudio en la literatura médica, pese a existir una gran cantidad de artículos en las últimas dos décadas, aún no se clarifica la etiopatogenia. Desconocemos la prevalencia en nuestro medio, ya que porcentajes tan variables publicados en los artículos internacionales no son extrapolables a nuestras pacientes. En cuanto a factores de riesgo y tratamiento, aun faltan investigaciones que sean de buena calidad metodológica, aunque por el momento, a partir de los estudios ya realizados, se vislumbran algunos tratamientos que controlan la sintomatología. Por el momento, debemos conformarnos con la información disponible, y a partir de ella otorgarles respuestas a nuestras pacientes para una mejor calidad de vida durante la gestación (Fig.1).

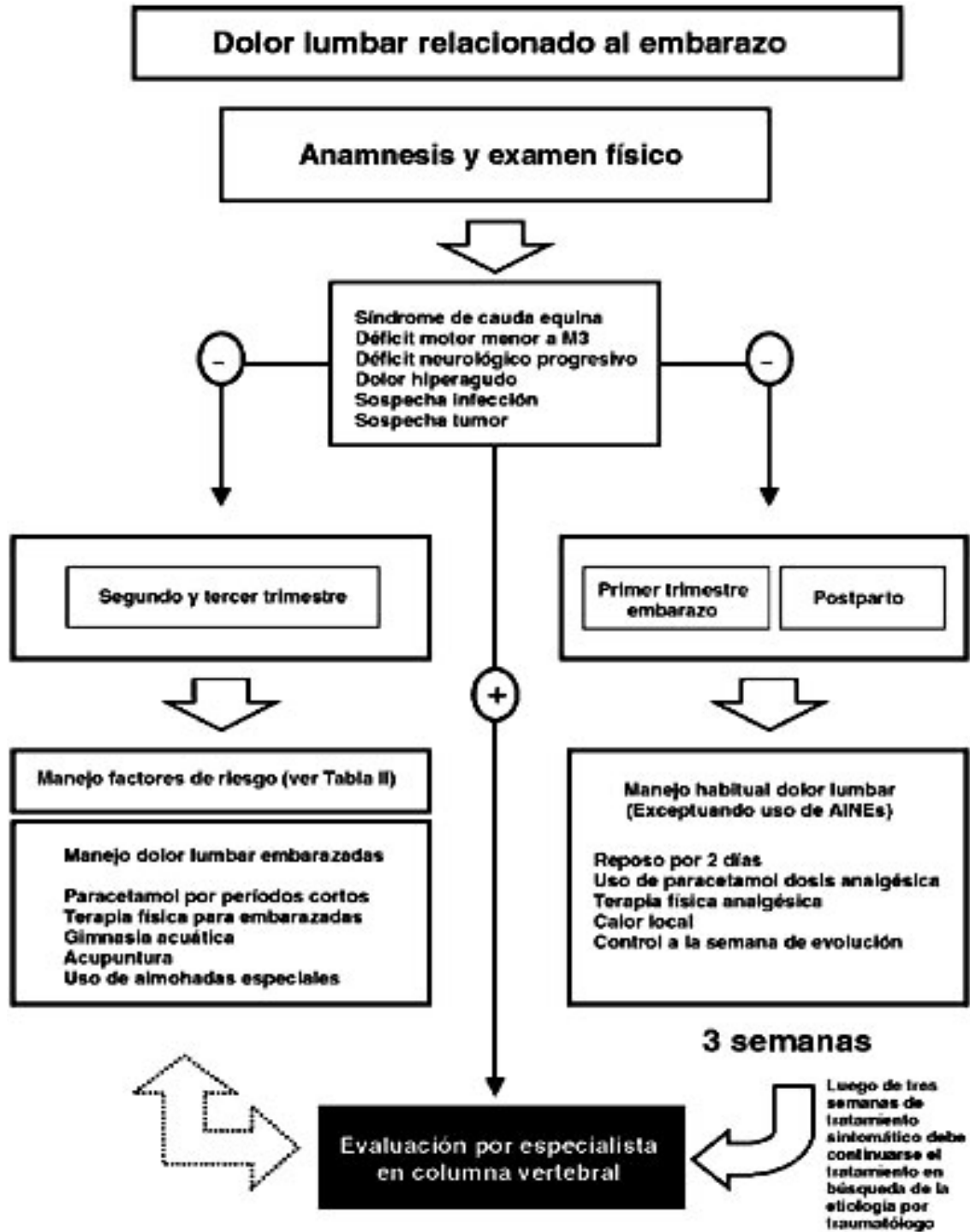


Figura 1. Algoritmo propuesto basado en la revisión de la literatura.

## 5.1. PRESENTACION DEL CASO

El presente caso lo desarrolle en sala de labor del centro medico naval, en el cual laboro, durante el servicio detecte que no se realiza un adecuada orientación sobre los cambios en el embarazo, y enfocándose solo a los datos de alarma y tratamiento al problema que presenta la embarazada, en particular el caso de a señora Julia Gonzáles Aquino que acudió el 20 de marzo del 2008 con un embarazo de 38 SDG por FUM. 13/JUL/07 FPP. 19/ABRIL/08 Ingresa a sala de labor con dolor a nivel lumbar con signos vitales estables T/A: 110 /70 PULSO 70 por min. FR: 18 por min. , G: 1 P: 0, C: 0, A: 0 al tacto con dilatación cervical de 1 cm. y sin borramiento cervical con contracciones de Braxton Hicks, producto en presentación cefálica FCF: 140 por min. Con fondo uterino de 30, al iniciar el interrogatorio detecto ansiedad y culpa por presentar el problema ya que refiere que no se ha cuidado y que esto es responsabilidad de ella y que tiene temor de que esto le provoque la pérdida de su bebe.

Caso se toma por la falta de información que prevalece en las embarazadas con respecto a los cambios fisiológicos que se presentan durante el tercer trimestre del embarazo y así también por no tener un adecuado manejo de su padecimiento de dolor lumbar desde las 30 SDG.

## 5.2 VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL INDIVIDUO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DE HENDERSON.

FECHAS EN LAS QUE SE REALIZA EL CUIDADO ENFERMERO: 20/MARZO/2008

### I. IDENTIFICACIÓN.

PACIENTE FEMENINA PRIMIGESTA EDAD: 22 SEXO: FEMENINO  
FECHA DE NACIMIENTO: 08 /ENERO /85  
ORIGINARIO DE: SALINA CRUZ OAXACA  
NOMBRE Y PARENTESCO DEL INFORMANTE: Claudia Yazmín Peralta Lezcano  
OCUPACIÓN: Enfermera ESCOLARIDAD: LIC ENF. OBST. EDAD: 26  
DOMICILIO: Calz. Virgen Edif. 208 depto. 201 Delegación Coyoacan Col. CTM. Culhuacan  
TELÉFONO: 56080847 EXT.8437

### II. VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON.

#### ALIMENTACIÓN.

NECESITA AYUDA PARA COMER: SI     NO   x    
HORARIO DE LOS ALIMENTOS: 07:30am. Desayuno, 10:30 colación, 13:00 comida, 16:00colación de frutas, cena 06:00  
ALIMENTOS Y BEBIDAS PREFERIDOS: carnes rojas, pollo, tortillas, cereales, cena pan con leche deslactosada, toma refrescos gaseosos (coca cola), come frutas y verduras.  
\_ALIMENTOS Y BEBIDAS RECHAZADOS: No tolera el pescado (EN EL EMBARAZO), y no le gustan las hojas verdes.  
INTOLERANCIA A ALGUN ALIMENTO: Intolerante a la lactosa  
INGESTA DE ALIMENTOS/ SEMANA (FRECUENCIA):  
CEREALES: 2 A LA SEMANA FRUTAS: 2 VECES A LA SEMANA JUGOS Y LÍQUIDOS: 3  
VASO DE JUGO DIARIO, AGUA UN VASO CARNES: diarios HUEVO: 3 veces a la semana

#### PREPARACIÓN DE ALIMENTOS:

HIERVE AGUA O AGREGA ALGUNA SUSTANCIA: compra agua de garrafón LAVA  
FRUTAS Y VERDURAS: SI CLORO  
CUECE O FRIE LAS CARNES: si  
OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE Y LAS RESPUESTAS DEL ENTREVISTADO: Sus alimentos son altos en proteínas y carbohidratos, tiene sobrepeso ya que al inicio tenía 52 Kg. De peso y la s 39 SDG. Pesa 69 kilogramos, ingiere una vaso de agua diario, lo que no es suficiente por que como mínimo debe de ingerir un litro de agua diario

#### ELIMINACIÓN.

No. veces que ORINA: 2 a 3 veces al día EVACUA una vez al día  
CARACTERÍSTICAS DE EVACUACIÓN:  
URINARIA: amarilla concentrada  
INTESTINAL: 1 vez al día eses duras y consistente

#### REPOSO Y SUEÑO.

HÁBITOS PARA DORMIR: 1 vez durante la tarde y durante la noche  
No. TOTAL DE HORAS DE SUEÑO: 5 a 6 hrs. ININTERRUMPIDO: SI     NO   x   TRANQUILO:  
el producto no la deja dormir bien se mueve con frecuencia.  
SIESTAS: SI   x   NO     DURACIÓN DE LAS SIESTAS: 2 hrs.

**VESTIDO.**

SE VISTE SOLO O CON AYUDA: con ayuda desde las 36 SDG. CAMBIO DE ROPA: TOTAL 1 después del baño y durante la noche.

CAMBIO DURANTE 1

PARCIAL \_\_\_\_\_, CARACTERÍSTICAS EN LA LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA ROPA: tiene buena higiene personal, su ropa durante la entrevista se encontraba limpia y se encontraba bien peinada.

**HIGIENE.**

Fo. BAÑO TOTAL: 1 LAVADO DE MANOS: CADA VEZ QUE INGIERE ALIMENTOS

LAVADO DE DIENTES: 3 VECES AL DIA

CORTE DE UÑAS: 1 vez al mes

OBSERVACIONES ACERCA DE LA HIGIENE DEL PACIENTE Y RESPUESTAS DEL ENTREVISTADO: Tiene buena higiene personal su ropa y zapatos se encuentra limpios durante la entrevista pero por las molestias la paciente tarda un poco en contestar las preguntas

**TEMPERATURA.**

VENTILACIÓN EN LA RECAMARA DEL PACIENTE: si aire acondicionado ILUMINACIÓN

EN LA RECAMARA DEL PACIENTE: luz artificial con ventanas de cristal cerradas

MANIFIESTA CONSTANTEMENTE FRÍO no CALOR no TEMPERATURA AXILAR: 36.5

**MOVILIDAD Y POSTURA.**

- PUEDE TOMAR UNA POSICIÓN LIBREMENTE ESCOGIDA: SI \_\_\_\_\_ NO : x

¿Por qué? manifiesta dolor durante los cambios de posición

- NECESITA DE ALGUN DISPOSITIVO ORTOPÉDICO PARA MOVILIZARSE: no

**OXIGENACIÓN.**

RESPIRA POR NARIZ SI x NO \_\_\_\_\_ FUMADORES EN CASA su esposo ALTERACIÓN AL RESPIRAR no (CARACTERÍSTICAS: \_\_\_\_\_)

PRESENCIA DE CIANOSIS (ZONAS) NO

**COMUNICACIÓN.**

- PERSONA CON LA QUE TIENE MAS COMUNICACIÓN: su madre quien la cuida

- SU PACIENTE ES: ALEGRE x TÍMIDO x AGITADO x AGRESIVO \_\_\_\_\_

INDEPENDIENTE \_\_\_\_\_ DEPENDIENTE x

- PROBLEMAS AUDITIVOS Y/O VISUALES: NINGUNO

- PROBLEMAS DE LENGUAJE: NINGUNO

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA ACERCA DE LA COMUNICACIÓN FAMILIARES-PTE.

su esposo es fumador activo trabaja de 08:00 AM a 16:00 hrs. Si hay comunicación pero a estado hospitalizada en 3 ocasiones una en 1er. Trimestre por IVU y la segunda y tercera ocasión por dolor lumbar durante el tercer trimestre de embarazo y dice que su esposo no esta pendiente de ella. Ella se encuentra al cuidado de su madre diabética e hipertensa dice que esta deprimida tiene miedo de perder su producto.

**REALIZACIÓN.**

EN LOS ACTIVIDADES DE DEPORTES O DISTRACCIÓN: PARTICIPA x SE AÍSLA \_\_\_\_\_,

PERTENECE A ALGUN GRUPO SOCIAL: realiza manualidades en fieltro SE SIENTE A GUSTO CON SU ACTIVIDAD LABORAL: trabaja es militar pero se encuentra en licencia por maternidad pero durante el tercer trimestre se la ha pasado en reposo por el dolor de espalda

TRABAJA EN: militar oficinista y ama de casa

SU HORARIO DE LABORES ES de 07:30 AM. A 14.30 PM

SI ES AMA DE CASA SUS LABORES COTIDIANAS Y HORARIO SON: prepara de comer y TV por las tardes

## **RECREACIÓN.**

PREFERENCIAS RESPECTO A:

JUEGO Y DEPORTES: antes del embarazo jugaba básquetbol y actualmente realiza manualidades en fieltro desde su incapacidad por el embarazo

OBJETOS: manualidades en fieltro

ANIMALES: 1 perro

PERSONAS: ella y una amiga

TELEVISIÓN: diario

## **SEGURIDAD.**

ALGUN PROBLEMA DE SALUD AGREGADO AL DE HOSPITALIZACIÓN ninguno

PROGRAMACIÓN DE VISITAS (QUIEN Y CUANDO) 15:00 a 17:00 PM por su madre y su esposo.

OBSERVACIÓN DE ENFERMERÍA ACERCA DEL CUIDADO Y PREOCUPACIÓN DEL FAMILIAR POR SU PACIENTE: la visita que tuvo fue la de su madre y posterior el de su esposo. por parte de su madre dice que su hija tiene miedo de perder a su bebe

ALGUN MIEDO EN EL PTE.: el miedo a la perdida de su bebe.

CAMBIOS IMPORTANTES EN LA FAMILIA (MUDANZA, DESEMPLEO, SEPARACIÓN, ENFERMEDAD) EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES: ha tenido discusiones con su esposo. por el tiempo en el trabajo. desconoce de los cambios durante el embarazo lo que provoca ansiedad y llanto.

ALGUNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA EN QUIENES LE RODEAN ninguno

ALGÚN MEDICAMENTO TOMADO EN CASA Y FORMA DE PROPORCIONARLOS materna cada 1 cada 24 hrs.

## **APRENDIZAJE.**

CONOCIMIENTOS EN RELACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO DEL PACIENTE: es la tercera ocasión que la paciente es hospitalizada la primera vez a las 12 SDG. y con DX amenaza de aborto+IVU. Segunda ocasión a las 30 SDG. Por dolor lumbar Y actualmente es ingresada a la sala de labor por dolor lumbar asociado por embarazo de 39 SDG.

## **RELIGIÓN.**

RELIGIÓN E IMPORTANCIA PARA SU RECUPERACIÓN:

es católica al igual que su esposo. cree en la existencia de dios y solo pide que su bebe nazca sin problemas

## **VALORACIÓN ²Y EXPLORACIÓN FÍSICA:**

CABEZA Y CUELLO: necrocologicamente integras sin compromisos cardiopulmonar

MUCOSAS: oral hidratada

PIEL: palidez de tegumento. Resequedad en piernas y brazos

TORAX sin compromisos cardiopulmonar

ABDOMEN: globoso a expensas de útero gestante con contracciones de braxton hits con FU: 32 CM.

EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES signos de godete positivo. llenado capilar adecuado. Pulsos dístales presentes.



## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

EFEECTO	CAUSA	MANIFESTACIÓN
---------	-------	---------------

- ✓ Alteración del bienestar relacionado con el tercer trimestre del embarazo manifestado por dolor de espalda.
- ✓ Ansiedad de leve a moderada relacionado con la falta de conocimiento sobre los cambios fisiológicos el tercer trimestre del embarazo.
- ✓ Déficit de conocimiento relacionado con los signos de alarma durante la gestación.
- ✓ Déficit del conocimiento relacionado con el trabajo de parto efectivo.
- ✓ Alteración del reposo- sueño relacionado con tercer trimestre del embarazo.
- ✓ Alteración de la alimentación relacionada con la mala nutrición durante el embarazo manifestado con aumento de peso.
- ✓ Déficit del conocimiento relacionado con el cuidado de la piel durante el embarazo manifestado por resequeidad tegumentaria en miembros torácico y pélvicos.

### PLAN DE CUIDADOS (se incluyen solo las necesidades con dependencia).

NECESIDAD	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	DEPENDIENTE			INDEPENDIENTE
			F	C	V	
Necesidad de moverse y mantener una buena postura	✓ Alteración del bienestar relacionado con el tercer trimestre del embarazo manifestado por dolor de espalda	✓ La paciente utilizará la mecánica corporal adecuada y ejercicios moderados para reducir el dolor lumbar asociado con el tercer trimestre del embarazo.		x		
Necesidad de aprendizaje	✓ Ansiedad de leve a moderada relacionado con la falta de conocimiento sobre los cambios fisiológicos durante el tercer trimestre del embarazo	✓ La paciente conocerá los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo.		x		

Necesidad de aprendizaje	✓ Déficit de conocimiento relacionado con los signos de alarma durante la gestación.	Que la paciente identifique los signos de alarma durante la gestación para evitar complicaciones.		x		
Necesidad de aprendizaje	✓ Déficit del conocimiento relacionado con el trabajo de parto regular y efectivo.	✓ Que la paciente identifique los signos de del trabajo de parto regular y efectivo.				
Necesidad de descanso y sueño.	✓ Alteración del reposo-sueño relacionado con tercer trimestre del embarazo.	La paciente conocerá las técnicas y accesorios que le ayudaran a satisfacer la necesidad de descanso y sueño.		x		
Necesidad de nutrición e hidratación	✓ Alteración de la alimentación relacionada con la mala nutrición durante el embarazo manifestado con aumento de peso.	La paciente estará orientada sobre los alimentos nutritivos y adecuados para el binomio y los requerimientos calóricos que debe de ingerir durante el embarazo para evitar posibles complicaciones		x		
✓ Necesidad de protección de la piel	✓ Déficit del conocimiento relacionado con el cuidado de la piel durante el embarazo manifestado por resequedad tegumentaria en miembros torácico y pélvicos.	✓ Proporcionar orientación sobre los cuidados de la piel durante y después del embarazo.		x		

### 5.3 DESARROLLO DEL PROCESO

DIAGNOSTICO DE CUIDADO	OBJETIVOS	CUIDADOS	FUNDAMENTACION TEORICA	EVALUACION
<p>✓ Alteración del bienestar relacionado con el tercer trimestre del embarazo manifestado por dolor de espalda</p>	<p>✓ La paciente utilizara la mecánica corporal adecuada y ejercicios para reducir el dolor lumbar asociado con el tercer trimestre del embarazo.</p>	<p>✓ La enfermera orientara a la paciente sobre los ejercicios que pueden ayudar a disminuir su dolor de espalda estos solo lo podrán realizarse con personal capacitado.</p> <p>✓ Orientara a la paciente en la mecánica corporal adecuada que ayudan a reducir el dolor de espalda durante el tercer trimestre del embarazo.</p> <p>✓ Realizara valoración n céfalocaudal y medición somatométrica para verificar otra necesidad alterada que este provocándole este dolor de espalda</p>	<p>La adopción de buenas posturas ayuda a prevenir los dolores lumbares. Al agacharse para coger algo del suelo no hay que doblar la espalda, sino flexionar las rodillas y mantenerla recta. Resulta más fácil cuanto más cerca estemos del objeto. Es importante sentarse bien, con la espalda recta apoyada en el respaldo de la silla. Debemos evitar los movimientos forzados. No coger peso. No es bueno permanecer mucho tiempo seguido de pie. Cuando se trabaja de pie o mientras se plancha, por ejemplo, hay que apoyar un pie en un taburete para no sobrecargar la columna. Es aconsejable realizar <b>gimnasia acuática</b> a partir del quinto mes de embarazo. Los ejercicios en el agua reducen los dolores lumbares. <b>El yoga</b> también relaja la espalda y permite corregir las malas posturas. la realización de terapia de la practica del <b>método psicoprofiláctico</b> en donde se realizan ejercicios específicos para la respiración y los músculos abdominales y perineales esto es necesario realizarlo</p>	<p>se le pide a la paciente que explique con sus propias palabras cuales son los cambios que ocurren durante el tercer trimestre del embarazo que provocan dolor lumbar .</p>

			<p>bajo la supervisión de de instructores capacitados. Usar una faja especial. (por indicación medica ) .</p> <p>✓ <b>el uso de almohadas especialmente</b> diseñadas (tipo Ozzlo) ayudarían a aliviar el dolor lumbar en el último trimestre del embarazo y a mejorar el sueño; tanto la <b>fisioterapia</b> como la <b>acupuntura</b> pueden aliviar el dolor lumbar y pélvico, y aunque se consideraron a las sesiones de acupuntura como de más ayuda que las sesiones de fisioterapia, considerando que las primeras son otorgadas en forma individual lo cual puede pesar el efecto de la terapia dirigida y personalizada.</p>	
--	--	--	---	--

DIAGNOSTICO DE CUIDADO	OBJETIVOS	CUIDADOS	FUNDAMENTACION TEORICA	EVALUACION
<p>✓ Ansiedad de leve a moderada relacionado con la falta de conocimiento sobre los cambios fisiológicos durante el tercer trimestre del embarazo</p>	<p>✓ La paciente conocerá los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo.</p>	<p>✓ La enfermera proporcionara información sobre los cambios que ocurren durante el embarazo</p>	<p>✓ Al crecer el útero, la mujer embarazada tiende a modificar la posición de la columna vertebral: las vértebras lumbares se desplazan hacia delante y las vértebras dorsales se desplazan hacia atrás. Además, los ligamentos y las articulaciones se vuelven más laxos lo que provoca una menor sujeción de la columna.</p> <p>✓ Por otro lado, los movimientos bruscos, el sobrepeso, las tensiones y los trastornos óseos predisponen para sufrir dolor de espalda durante el embarazo.</p> <p>Los cambios son producidos en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Crecimiento uterino</li> <li>✓ La producción de hormonas esteroides durante el embarazo.</li> <li>✓ Tensión de los músculos abdominales y ligamentos anchos.</li> <li>✓ Aumento de la curvatura de la columna vertebral.</li> <li>✓ El reposo relativo y los masajes pueden aliviar el dolor.</li> </ul>	<p>✓ la paciente conocerá los cambios que ocurren durante el embarazo así de dejara de manifestar ansiedad</p>

DIAGNOSTICO DE CUIDADO	OBJETIVOS	CUIDADOS	FUNDAMENTACION TEORICA	EVALUACION
<p>✓ Déficit de conocimiento relacionado con lo signos y síntomas de alarma durante la gestación.</p>	<p>✓ Que la paciente identifique los signos y síntomas de alarma durante la gestación para evitar complicaciones.</p>	<p>✓ Explicara a la paciente y a sus familiares sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.</p>	<p>LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA SON :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sangrado por la vagina.</li> <li>✓ Salida de secreciones vaginales con mal olor o de color amarilla o verdosa.</li> <li>✓ Salida de liquido cristalino por vagina</li> <li>✓ Dolor al miccionar.</li> <li>✓ Hinchazón de manos y cara. (aumento brusco de peso)</li> <li>✓ Fiebre.</li> <li>✓ Cefaleas intensas muy severas.</li> <li>✓ Súbitos problemas en su visión.</li> </ul> <p>En caso de tener alguno de estos signos y síntomas acudir de inmediato al hospital.</p>	<p>✓ La paciente y sus familiares sabrán los signos y síntomas de alarma durante</p>

DIAGNOSTICO DE CUIDADO	OBJETIVOS	CUIDADOS	FUNDAMENTACION TEORICA	EVALUACION
<p>✓ Déficit del conocimiento relacionado con el trabajo de parto efectivo.</p>	<p>✓ Que la paciente identifique los signos de del trabajo de parto efectivo.</p>	<p>✓ En la sala de labor la enfermera se presentara con la paciente tratar de tranquilizarla y explicarle lo que ocurrirá durante su estancia.</p> <p>✓ Explicara a la paciente los signos del trabajo parto efectivo.</p>	<p>Proporcionar la información es un papel importante de la enfermera durante el embarazo, ayuda a disminuir la ansiedad de la paciente.</p> <p>El curso clínico del trabajo de parto. Como definición tenemos que es el acto fisiológico de la mujer mediante el cual el producto de la concepción ya viable es desalojado del útero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el mundo exterior</p> <p>Antes de referirse al trabajo de parto propiamente dicho, necesario describir los fenómenos que se presentan en la llamada etapa de pródromos de trabajo de parto que se procede, en 1 o semanas al franco trabajo de parto y que consisten en que la paciente se siente mas libre de la parte abdominal, respira mejor, tiene menos molestias gástricas pero en contraste, presentara molestias en el hipogastrio, dolor en el pubis, polaquiuria etc. Que son poca ocasionada por el descenso de la presentación que antes estaba libre y ahora esta abocada e incluso puede estar encajada como se ve en las primíparas. Las contracciones uterinas que había presentado la mujer , ahora son un poco mas frecuentes , ligeramente intensas y sobre todo , empiezan a ser dolorosas y este dolor es por la formación del segmento inferior dado al estiramiento y tiraje que las fibras longitudinales del útero efectúan sobre las fibras circulares para jalarlas hacia arriba .estas contracciones son de manera irregular y son llamadas contracciones de Braxton Hicks esta</p>	<p>La entenderá lo que es un trabajo de parto efectivo o verdadero y nos ayudara a identificarlas.</p>

			<p>etapa tiene una duración prodrómica tiene una duración variable hasta que la paciente regulariza su contractilidad uterina e inicia el trabajo de parto hay que tomar en cuenta que no existe un límite neto en la etapa del parto y parto si no una transición gradual y progresiva tanto en las características de las contracciones uterinas como los cambios que ocurren en segmento inferior de y en el cuello uterino</p> <p>De acuerdo con las escuelas latinas de obstetricia y por conveniencia didáctica se divide en los siguientes periodos clínicos :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periodo de borramiento.</li> <li>2. periodo de dilatación y</li> <li>3. periodo de expulsión que termina con la expulsión del producto.</li> </ol> <p>Esta clasificación considera como un periodo aparte al alumbramiento que consiste en la expulsión de las secundinas ( placenta, cordón y membranas .) es importante mencionar que la paciente primigesta primero lleva acabo el borramiento del cuello y posterior la dilatación cervical y en las paciente multíparas ocurren el borramiento y dilatación simultáneamente .</p> <p>El periodo de <b>borramiento</b> se manifiesta por la regulación de la contracción uterina que inicial mente se presentaban cada 20 a 25 min. Y tenían una duración de unos 15 segundos y al regularizarse, se hacen intermitente, rítmicas y progresivas en intensidad, frecuencia y duración y además son contracciones eficaces para producir el borramiento (acortamiento) del cuello todavía son contracciones sin mucho dolor son espaciadas y de poca intensidad pero poco a poco se hacen mas fuertes y con el borramiento del cuello se</p>	
--	--	--	--	--



			<p>presenta la expulsión del tapón mucoso que ocluía el conducto cervical.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ se dice que la paciente esta en trabajo de parto cuando las contracciones uterinas alcanzan la frecuencia, intensidad y duración suficiente para causar el borramiento y dilatación del cuello uterino, ocasionando la expulsión del tapón mucoso.</li> <li>✓ la paciente primigesta posterior al periodo de borramiento sobreviene el periodo de <b>dilatación</b>.</li> </ul> <p><b>La características diagnosticas del trabajo de parto son:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dolorosas</li> <li>✓ Espontáneas.</li> <li>✓ Progresivas de intensidad, frecuencia y duración.</li> <li>✓ Intermitentes y</li> <li>✓ Eficaces, para borra y dilatar el cuello.</li> </ul> <p>La duración del periodo de dilatación incluyendo también el borramiento es aproximadamente de 10 horas en las pacientes primigesta y ocho horas en las multíparas cabe mencionar que al final de el periodo de dilatación ocurre normalmente la ruptura de las membranas ovulares que se manifiesta por la expulsión del liquido amniótico a través de los genitales externos de la mujer y cuando llega a la dilatación completa se inicia el periodo expulsivo.</p> <p><b>Expulsión</b> en este periodo los dolores son mas intensos y largos son muy frecuentes , casi subintrantes que se quita uno y viene el otro pero ahora se observa que el grito de dolor desgarrador que presentaba la paciente se ha transformado en un grito de esfuerzo de pujo porque la cabeza en cada contracción es empujada hacia abajo y hace presión</p>	
--	--	--	---	--

			<p>sobre el recto y obliga a la paciente a pujar y al mismo tiempo, contrae los músculos abdominales par desalojar al producto que esta en la excavación pélvica este periodo expulsivo termina al expulsar totalmente al producto su duración es variable , pero puede ser hasta de una hora en primíparas y de 30 min. En multíparas Es importante mencionar que otras instituciones hospitalarias que utilizan otra clasificación y consideran que el trabajo de parto se divide en :</p> <p><b>Primer periodo</b> incluyen en <b>conjunto</b> el borramiento y dilación del cuello uterino</p> <p><b>Segundo periodo</b> comprende la expulsión del producto ósea el periodo expulsivo</p> <p><b>Tercer periodo</b> que se inicia la expulsión del feto y que concluye con la expulsión total de la placenta y las membranas coriónicas.</p> <p>La ansiedad es un fenómeno común en la ultima etapa del embarazo debido al a preocupación por un parto seguro.</p>	
--	--	--	--	--

DIAGNOSTICO DE CUIDADO	OBJETIVOS	CUIDADOS	FUNDAMENTACION TEORICA	EVALUACION
<p>✓ Alteración del reposo-sueño relacionado con tercer trimestre del embarazo.</p>	<p>La paciente conocerá las técnicas y accesorios que le ayudaran a satisfacer la necesidad de descanso y sueño.</p>	<p>La enfermera explicara la importancia del reposo y sueños adecuados durante el embarazo Sugerirá actividades de relajación como son la contracción y relajación de los músculos Explicara varias posiciones para que aumenten el bienestar durante el embarazo</p>	<p>El sueño en el embarazo se altera por razones fisiológicas, pero también psicológicas. Según el ginecólogo y obstetra, doctor Guillermo Galán, "en general el sueño se modifica por alteraciones de la producción de diferentes hormonas, entre ellas el estrógeno y la progesterona, que tienen indirectamente que ver con el sueño y que cambian sus niveles y ritmos de producción durante el embarazo".</p> <p>Durante los primeros meses del embarazo la mayoría de las mujeres tiene exceso de sueño, pero durante el tercer trimestre aparece el efecto contrario: es muy frecuente no poder dormir durante la noche. Aparece entonces el insomnio con las inevitables consecuencias durante el día: cansancio, somnolencia y malhumor. Además de los cambios hormonales, existen modificaciones físicas que favorecen al insomnio, como movimientos fetales en la segunda mitad del embarazo y especialmente en el último trimestre.</p> <p><b>Ansiedad y temor</b></p> <p>Muchos expertos creen que algunas de las causas más importantes de insomnio durante el embarazo, son la ansiedad y el temor. La mayoría de los insomnios son pasajeros y están originados por situaciones que</p>	<p>La paciente lograra conciliar el sueño en la posición mas cómoda</p>

			<p>suponen un cambio. Al igual que un cambio de casa, de trabajo o de pareja, la espera de un bebé también puede traer consigo varias noches sin dormir. Además, el temor a no poder conciliar el sueño agudiza la ansiedad y la excitación, por lo que se produce un círculo vicioso y el problema se agrava cada vez más.</p> <p>Afortunadamente, las noches en vela se pueden combatir con éxito sin necesidad de recurrir a algún tipo de medicamento. Según el doctor Galán, sólo se pueden indicar medicamentos cuando el insomnio afecta el normal desarrollo de las actividades del período de vigilia. “En ocasiones se utilizan algunos derivados de sustancias antihistamínicas, inductores del sueño muy suaves y relajantes musculares, pero siempre recetados por un especialista”, afirma el obstetra.</p> <p><b>Combatiendo el insomnio</b></p> <p>Durante los últimos meses el exceso de peso dificulta los movimientos y condiciona la comodidad en la cama. Cuando se tiene varios kilos de más no es fácil encontrar una postura adecuada para dormir relajadamente y esto puede aumentar o, incluso, provocar el insomnio. A medida que el abdomen se agranda, estar acostada en las posiciones habituales resulta incómodo.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Por ejemplo, se vuelve imposible dormir boca abajo y boca arriba. Estas dos posturas no están recomendadas para las embarazadas. Según el obstetra, si se duerme hacia arriba el peso del útero recae sobre la espalda, los intestinos y la vena cava inferior, lo que podría agravar los dolores de espalda, las hemorroides, dificultar la digestión y obstaculizar la circulación. De dormir boca abajo, el peso del bebé en crecimiento presionará los principales vasos sanguíneos y los nervios cercanos a la columna, causando entumecimiento, dolores, y hasta mareos y falta de aliento. La mejor postura es de costado izquierdo, con una pierna cruzada sobre la otra con una almohada entre ellas.</p> <p>Sin embargo, lo más importante es recordar que el embarazo es un estado transitorio y que no todas las personas necesitan igual cantidad de horas de sueño, ni dormir lo mismo todos los días del año. Aunque durante el embarazo es fundamental descansar, si no es posible dormir las horas deseadas, es recomendable no angustiarse, ya que el insomnio no tiene ninguna consecuencia grave ni en la mujer ni en el producto.</p>	
<b>DIAGNOSTICO DE CUIDADO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>CUIDADOS</b>	<b>FUNDAMENTACION TEORICA</b>	<b>EVALUACION</b>

<p>✓ Alteración de la alimentación relacionada con la mala nutrición durante el embarazo manifestado con aumento de peso.</p>	<p>✓ La paciente estará orientada sobre los alimentos nutritivos y adecuados para el binomio y los requerimientos calóricos que debe ingerir durante el embarazo para evitar posibles complicaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermera valorara el estado nutricional paciente a través de la entrevista realizada y el registro de la valoración, peso, talla, y estado general de salud.</li> <li>• Proporcionara información escrita sobre la nutrición en el embarazo.</li> <li>• Explicara los requerimientos nutricionales del embarazo usando los cuatros grupos básicos de alimentos y las necesidades durante el embarazo</li> <li>• Enviara a las profesionales a otros profesionales según este indicado dietista o grupo de mujeres o programa de planificación familiar u otras instituciones de salud.</li> </ul>	<p>El <b>aumento de peso</b> durante el embarazo en una mujer de características medias es alrededor de 11,2 a 13,5 kg o 0,9 a 1,4 kg/mes de gestación. Un aumento de peso &gt;13,5 a 15,8 kg es excesivo, representando una posible aposición de grasa en el feto y la madre. La paciente debe ser informada acerca de que el control de la ganancia de peso al final del embarazo es más difícil y de que no debe aumentar más peso que el ganado durante los primeros meses. Sin embargo, el hecho de no aumentar de peso suficientemente puede ser problemático, especialmente cuando la ganancia total es &lt;4,5 kg. Para el desarrollo normal del feto es esencial un cierto aumento de peso y no se recomienda realizar dietas durante el embarazo, incluso en el caso de las pacientes con obesidad mórbida, porque se reduce el aporte de nutrientes al feto. La retención de líquidos debida a la estasis en miembros inferiores ocasionalmente aumenta el peso, pero puede reducirse haciendo que la paciente se coloque en decúbito lateral de lado (preferiblemente sobre el lado izquierdo) durante 30 a 45 min tres o cuatro veces al día para estimular la diuresis.</p>	<p>La paciente expresara con sus propias palabras toda la información brindada</p>
---	--	--	---	--

DIAGNOSTICO DE CUIDADO	OBJETIVOS	CUIDADOS	FUNDAMENTACION TEORICA	EVALUACION
<p>✓ Déficit del conocimiento relacionado con el cuidado de la piel durante el embarazo manifestado por resequedad tegumentaria en miembros toracico y pélvicos</p>	<p>✓ Proporcionar orientación sobre los cuidados de la piel durante y después del embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a la paciente en las medidas de protección de la piel durante el embarazo.</li> </ul>	<p>Durante el embarazo la piel evidencia diferentes modificaciones que aparecen como consecuencia de los cambios hormonales, vasculares e inmunológicos que surgen en la embarazada.</p> <p>La piel de la mujer embarazada es más susceptible a la irritación y está predispuesta a la aparición de eccemas y alergias.</p> <p>El aumento de la sensibilidad de la piel puede manifestarse a través de irritaciones por el uso de productos que la mujer utilizaba habitualmente (cosméticos, desodorantes,). Los cambios hormonales provocan sequedad en la piel, aunque en algunas oportunidades por el contrario esta se torna más grasa. Es recomendable la utilización de jabones neutros o emulsiones de limpieza apropiadas al biotipo cutáneo. Se deben evitar los productos de limpieza e hidratantes que contengan perfumes o antisépticos que pueden irritar la piel. Los baños deben ser cortos, con agua no muy caliente y es recomendable hidratar la piel al finalizarlo. Utilizar cremas con Vitamina A y D que dotan de elasticidad extra para afrontar el estiramiento de la piel durante la gestación.</p> <p>Las estrías son una de las alteraciones cutáneas más relevantes durante el embarazo, con una prevalencia del 50% al 90%, según los estudios. Son líneas de piel atrófica, una piel que ya no</p>	<p>La paciente expresara con sus palabras los beneficios del cuidado de la piel durante el embarazo.</p>

			<p>cumple sus funciones, y que aparecen por la desorganización de las fibras de colágeno y la rotura de fibras elásticas en la capa de la dermis, que se encuentran bajo una epidermis alterada.</p> <p>Inicialmente se forman por piel enrojecida y algo sobreelevada. Son de varios centímetros de longitud y de uno a diez milímetros de ancho. Estas lesiones con el paso del tiempo irán adoptando un color blanquecino.</p> <p>Las causas son multifactoriales, pero está claro que uno de los principales factores de riesgo es el embarazo. En este caso se produce una gran tensión cutánea, generada por un estiramiento de la piel excesivo, así como por factores hormonales y también genéticos.</p> <p>La acción de un diario y suave masaje en el abdomen, el pecho y los muslos, que son las zonas más expuestas, también ha demostrado cierta utilidad y te ayudará a prevenir estas contingencias estéticamente indeseables. Lo mejor es que te asesores por tu médico.</p>	
--	--	--	---	--



## 5.4. PLAN DE ALTA

### **Dieta:**

La paciente necesita comer solamente unas 300 calorías adicionales por día para apoyar el crecimiento y el desarrollo de su bebé. Tratar de comer alimentos de cada uno de los grupos alimentarios todos los días, ya que proveen nutrientes importantes que usted y su bebé necesita. Pero, ¿cuánto debe comer por día cuando está embarazada? Siga la guía de alimentos a continuación. Si su profesional de la salud se lo ha recomendado, también debe tomar una vitamina prenatal.

**Recuerde:** Los alimentos grasosos (como las donas y las papitas fritas) y los dulces (como las sodas, galletas y caramelos) no le proveen a su bebé lo suficiente de lo que necesita para crecer.

### **Granos**

Coma 6 onzas cada día. Cada alimento a continuación es igual a 6 onzas:

- 1 rebanada de pan
- 1 taza de cereal seco listo para comer
- 1/2 taza de arroz, pasta o cereal cocido
- 1 tortilla pequeña (6" en diámetro)

### **Vegetales**

Coma 2 1/2 tazas de vegetales cada día. 1 taza de vegetales es igual a:

- 1 taza de vegetales crudos o cocidos
- 1 taza de jugo de vegetales (evite los jugos no pasteurizados)
- 2 tazas de vegetales crudos de hojas verdes (como la lechuga o espinaca)
- 1 papa horneada pequeña (2 1/2" a 3" en diámetro; no le ponga mucha mantequilla, pedacitos de tocino y crema agria)

### **Proteína**

Coma de 5 a 5 1/2 onzas cada día. Las carnes y las aves bajas en grasa y algunos tipos de pescado son buenas opciones.

Cada alimento a continuación es igual a aproximadamente 1 onza en este grupo de alimentos:

- 1/4 taza de habichuelas/frijoles secos cocidos
- 1 huevo
- 1 cucharada de mantequilla de cacahuete (maní)
- 1/2 onza de nueces o semillas (12 almendras, 24 pistaches)
- 1 onza de carne, ave o pescado bajo en grasa

### **Leche y Productos Lácteos**

Coma 3 tazas cada día. La leche y el yogur son buenas opciones.

Cada alimento a continuación es igual a aproximadamente 1 taza:

- 1 1/2 onzas de queso natural
- 1 taza de leche
- 1 taza de yogur
- 2 onzas de queso procesado (ej. queso americano)

Evite los quesos blandos como el feta, brie, Camembert, Roquefort, quesos de vena-azul, queso blando, queso fresco o Panela, a menos que la etiqueta del queso indique que fue hecho con leche pasteurizada.

### **Frutas**

Coma 1 1/2 a 2 tazas de fruta cada día. 1/2 taza de frutas es igual a:

- 1/2 taza de jugo hecho con 100% de frutas
- 1/2 taza de fruta fresca, congelada o enlatada
- 1/2 fruta fresca (una naranja pequeña, una manzana, guineo o banana)
- 1/4 taza de fruta seca
- 16 uvas

## Tome ácido fólico

El ácido fólico es una vitamina B que ayuda a prevenir los defectos del cerebro y la médula espinal (llamados defectos del tubo neural). Todas las mujeres en edad fértil deben tomar una multivitamina con 400 microgramos de ácido fólico todos los días antes y durante las primeras semanas de embarazo, como parte de una dieta sana.

Su dieta sana debe incluir alimentos que contienen ácido fólico y folato (la forma de ácido fólico que se encuentra naturalmente en los alimentos). Ejemplos:

- Cereales para el desayuno enriquecidos
- Productos de granos enriquecidos
- Frijoles/habichuelas
- Vegetales de hojas verde
- Jugo de naranja.

## Consejos para una alimentación sana

**Comidas:** Coma de cuatro a seis comidas pequeñas por día en lugar de tres grandes para tratar de evitar la acidez estomacal y el malestar que siente a medida que crece el bebé.

**Bocadillos o meriendas:** El queso, yogur, las frutas y los vegetales son bocadillos buenos y sanos. La mantequilla de cacahuete (maní) y las nueces también son sanas si no le producen alergia.

**Líquidos:** Beba por lo menos de seis a ocho vasos de agua, jugo o leche por día.

**Vitaminas:** Tome una multivitamina o vitamina prenatal todos los días. Pregúntele a su médico tratante si necesita tomar un suplemento de hierro o calcio también.

**Cafeína:** Limite la cafeína que consume diariamente a 200 miligramos. Esto es aproximadamente la cantidad de cafeína en una taza de café de 12 onzas. La cantidad de cafeína en el café depende de la marca que usted tome y de cómo se prepara. Así que mire la etiqueta en el paquete o pregunte en el lugar donde compra el café. En vez de tomar café regular, trate de tomar café descafeinado, (el cual contiene menos cafeína). La cafeína también

se encuentra en el té, el chocolate, las sodas y algunos medicamentos sin receta médica. Lea las etiquetas de los alimentos, bebidas y medicinas para saber cuánta cafeína está consumiendo.

### **Alimentos que debe evitar**

Evite aquellos alimentos que producen intoxicación alimentaria o que contienen sustancias químicas perjudiciales.

- Pescados crudos, en particular los mariscos
- Jugos no pasteurizados
- Brotes crudos, en especial los brotes de alfalfa
- Leche no pasteurizada y comidas elaboradas con ésta
- Suplementos y te herbale
- Los pescados que tienen mucho mercurio, como el pez espada, carita o caballa y blanquillo. Usted puede comer una cantidad limitada de pescados con pequeñas cantidades de mercurio durante el embarazo. Usted puede comer hasta 12 onzas por semana de pescados con pequeñas cantidades de mercurio. En las 12 onzas puede incluir:
  - Camarones, salmón, bacalao, bagre y atún "Light" enlatado
  - Atún albacora (blanco) - No coma más de 6 onzas de este tipo de atún en una semana.
- Carne, aves, mariscos, y perros calientes crudos o apenas cocidos. Los fiambres (como el jamón) pueden causar intoxicación alimentaria. Evítelos o vuelva a calentarlos antes de comerlos.
- Patés refrigerados, cremas de carne o mariscos ahumados. Las versiones enlatadas son seguras.

## - **HÁBITOS HIGIÉNICOS.**

Después de bañarse debe realizarse la aplicación de cremas corporales para evitar la sequedad de la piel.

Es una buena idea tomar un baño de inmersión relajante todas las noches, usar aceites en lugar de jabón, algunas gotas de aceite de coco, almendras u oliva o aceites esenciales como el de cedrón, alcanfor, pino o lanolina en el agua del baño son revitalizadores y mejoraran tu piel.

También es buena idea masajear todo tu cuerpo después del baño con aceites o cremas hidratantes especialmente en abdomen y en las mamas.

## **CUIDADOS ESPECÍFICOS POR LA AFECCIÓN ORIGEN DE LA HOSPITALIZACIÓN.**

### **Dolor lumbar en el tercer trimestre del embarazo**

Si sigue estos consejos, puede aliviar ligeramente el dolor normal de espalda que se siente durante el embarazo:

- **Postura.** Preste atención a su postura. Trate de mantener las caderas hacia adelante y la espalda recta. No camine arqueando la espalda ni sacando la panza.
- **Calzado.** Use zapatos de tacón bajo con buen apoyo en el arco del pie. Evite usar zapatos de tacón alto porque ponen presión sobre los músculos de la cintura.
- **Levantar objetos.** Evite levantar objetos pesados porque significa aun más esfuerzo para la espalda. Si tiene que levantar algo del piso, flexione las rodillas y mantenga la espalda recta.
- **Agacharse y estirarse.** Tenga a mano las cosas que necesita para que no deba agacharse ni estirarse para alcanzarlas. Recuerde que es más fácil perder el equilibrio cuando está embarazada.
- **Pararse.** Evite en lo posible pasar mucho tiempo de pie. Si tiene que estar parada durante un tiempo largo, descanse un pie sobre un banquito o caja. Así aliviará la tensión en la espalda.
- **Sentarse.** Siéntese en sillas que tengan buen apoyo para la espalda. Coloque una almohada pequeña detrás de la cintura para que tenga más apoyo cuando esté sentada.

- Dormir. El mejor apoyo para la espalda es un colchón firme más que uno blando. Si su colchón es demasiado blando, coloque una tabla entre el colchón y la base. Duerma de costado en lugar de dormir boca arriba. Coloque una almohada entre las piernas cuando se acueste de costado. La almohada le ayudará a mantener recta la columna vertebral y le dará más apoyo a la espalda.
- Apoyo. Use pantalones de embarazo con una banda ancha de elástico que caiga debajo de la curva de la panza. Esa banda le ayudará a sostener el peso extra. También hay fajas especiales de apoyo abdominal que le brindan ese tipo de soporte lumbar.
- Alivio del dolor. Por lo general no conviene tomar medicamentos para aliviar el dolor de espalda durante el embarazo. Antes de tomar cualquier tipo de remedio, consulte al médico tratante. Puede aliviar el dolor de espalda con una almohadilla térmica, una bolsa de agua caliente o compresas frías.
- Ejercicios. Puede hacer algunos ejercicios para fortalecer y estirar los músculos de la espalda. Eso le ayudará a mejorar la postura y fortalecer los músculos abdominales en preparación para el parto.

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA.**

- Sangrado por la vagina.
- Salida de secreciones vaginales con mal olor o de color amarilla o verdosa
- Salida de líquido cristalino por vagina
- Dolor al orinar.
- Erupciones o ampollas en tu cuerpo.
- Hinchazón de manos y cara. (aumento brusco de peso)
- Fiebre.
- Dolor agudo de estómago.
- Dolores de cabeza muy severos.
- Súbitos problemas en su visión.
- En caso de presentar algunos signos acudir al centro hospitalario.

### **- MEDICAMENTOS**

.indicados por médico tratante.

- **PRÓXIMA CITA**

En una semana

## **VI. CONCLUSIONES.**

La enfermería esta en constante cambio y eso nos invita a enriquecer nuestro desarrollo profesional y dar aportaciones a través del método científico que nos guié al mejor desempeño en el cuidado de nuestros pacientes teniendo como marco de referencia el proceso de atención de enfermería.

En esta ocasión presento un proceso donde se resaltan las intervenciones del personal profesional de enfermería en el control prenatal y el dolor lumbar en el tercer trimestre de embarazo, lo cual es importante la educación y orientación que se proporcione a las pacientes en esta etapa de la vida ya que es de suma importancia, la detección oportuna de los factores de riesgo que nos permite un control de los mismos evitando así posibles complicaciones que alteren la integración del binomio.



## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1.-KOZIER, ERB, OLIVIERI. "Enfermería fundamental conceptos, procesos y prácticas" Cap.9 en: Introducción al proceso de enfermería. 4ª.edición. Editorial MacGraw-Hill Interamericana 1994, pp. 181-204.

2.-LEFVERE, Alfaro R. "Valoración" Cáp.2 en: Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica.3ª.edición. Editorial Mosby, Madrid, España 1999, pp. 34-78.

3.- *Milan Munjin L, Francisco Ilabaca G., Juan Rojas B.* (2007) dolor lumbar relacionado al embarazo (on line) consultado el 20 de marzo del 2008 de World Wide Web de:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000400010&script=sci_arttext)

4.-Anatomía y Fisiología (2005). (On line) Consultado el 19 de marzo de 2008 de World Wide Web de: [http://anotolab.uvigo.es/RevCuvier/Apuntes/Anat\\_Patolo/AnatPatol\\_copia\(03\).htm](http://anotolab.uvigo.es/RevCuvier/Apuntes/Anat_Patolo/AnatPatol_copia(03).htm)

5.- Cuidados durante el dolor lumbar en el embarazo (2007). (On line) Consultado el 19 de marzo de 2008 de World Wide Web de:  
<http://www.nacersano.org/centro/9254.asp>

6.- Morin E. (1993). Promover la vida (COLLIERE FM. Promover la vida) España: Interamericana Mc –Graw Hill. Madrid. España. p.33

7. - Op cit. Colliere F. P.34

8.- Op cit. Colliere F. P.34

9.- Op cit. Colliere F. P.35

10.-Op cit. Colliere F. P.35

11.- Nightingale F. (1993). Promover la vida (COLLIERE FM). España: Interamericana .Mc-Graw Hill. p.41

12.- Op cit. Colliere F. P.42

13.-Op cit. Morin E. P. 48

14.-Op cit. Morin E. P.55

15.- Op cit. Colliere F. P. 57

16.-Op cit. Raphael F. P. 60

17.-Op cit. Sainsaulieu R. P. 61

18.-PEREZ. H. M. J. (2002). En: Operalización del Proceso de Atención de Enfermería  
Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, vol. 10 mayo-agosto. P.62

19.-Op cit. Iyer P. Tapich. P.63

20.-Op cit. Roldan A. Fernández M.S. P. 63

21.-Op cit. NANDA P.63

22.-Op cit. Carpentino L. J. P.64

23.-RAMIREZ ALONSO."Obstetricia para la enfermera profesional "Riesgo y problemas durante la evolución del embarazo 1<sup>a</sup> edición Editorial El manual moderno S.A. de C.V.1995, P.242