



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBTETRICIA
ESPECIALIDAD: ENFERMERÍA PERINATAL
SEDE: MEXICALI. 2018-2



Estudio de caso .
Para obtener el título de:
Enfermería perinatal

ESTUDIO DE CASO: ADOLESCENTE CON UN EMBARAZO DE 36.3 SEMANAS DE GESTACIÓN EN TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA SUSTENTADO AL MODELO DE MARJORY GORDON.

Coordinadora: EEP. Dayeny Salas Hinojosa

Tutora: LEO. Leticia Jimenez Sanchez.

Elaboró: L.E. Betzaida Grisel Aguilar Atondo.



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.



Reconocimientos:

Por medio de este estudio de caso doy mi más grato agradecimiento a las personas que han sido de gran apoyo para mi crecimiento, como ejemplo de vida, mi hermosa abuela Josefina Villegas Acosta, que despertó en mí, el gusto por el cuidado de la salud, por lo cual le dedico este trabajo.

Durante el desarrollo de este año madure en muchas formas, me siento como una profesionalista preparada y con actitud de demostrar los conocimientos al principal motivo de mi profesión que son las personas a mis cuidados, cada palabra de ánimo fue de gran ayuda en momentos difíciles, gracias maestros, familia, amigos por creer en mí, este es un triunfo compartido.



Indice:

Introducción.....	4
II.- Objetivos del estudio de caso.....	5
III.- Fundamentación	6
IV.- Marco conceptual.....	9
V.- Metodología.....	25
VI.- Descripción del caso.....	31
VII.- Aplicación del proceso de enfermería.....	33
VIII.- Plan de alta.....	45
IX.- Conclusiones.....	48
X.-Sugerencias.....	49
XI.- Bibliografía.....	50



Introducción:

Existen muchas patologías durante el embarazo, durante la rotación de practica en el hospital materno infantil, decidí elegir el embarazo en el adolescente ya que es una problemática muy común, con mucha falta de atención e intervención, aproximadamente un 40% de la población atendida en la unidad son adolescentes, esto es algo alarmante ya que ellas están muy propensas a presentar complicaciones. La edad correcta para un buen embarazo va de los 25 a 35 años, pero cuando este proceso comienza a temprana edad se considera de alto riesgo tanto para la madre como para el producto ya que el cuerpo de la mujer no está preparado para formar una nueva vida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las madres adolescentes que abarcan de los 10 a 19 años de edad tienen mayores riesgos y complicaciones; son considerados como embarazos imprevistos o no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos, esto debido a la etapa fisiológica del despertar sexual socialmente mal vista y no aceptada. Otros factores principales son el abuso y el estado socioeconómico, el abuso ya sea forzado físicamente o por la manipulación psicológica para guiar sigilosamente su voluntad, normalmente ejercido por hombres adultos.

La adolescencia es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características muy especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que abarcan a esta población, siendo el embarazo una condición de riesgo por las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal, lo que tiene mayor significado mientras más temprana sea la edad de la adolescente (1).



II.- Objetivos del estudio de caso

1.- Abordar el manejo adecuado que se debe brindar a las pacientes adolescentes de forma integral una vez que ingresan a la unidad hospitalaria.

1.- Sensibilizar al personal de salud sobre la problemática del embarazo en la adolescencia, sus consecuencias y como intervenir oportuna y profesionalmente.

2.- mostrar resultados positivos que se obtienen al brindar intervenciones especializadas y oportunas a este grupo de pacientes que se encuentra en constante crecimiento.



III.- Fundamentación

Marco teórico:

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

La edad media del periodo de la menarquia (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquia ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social.

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada. De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo peso, y enfermedades genéticas sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización.



Parto pretérmino:

Se define como aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 semanas de gestación o con un peso igual o mayor a 500 gr y que respira o manifiesta signos de vida.

Prevención primaria:

Ante la presencia de un parto pretérmino se debe buscar de forma intencionada la presencia de infecciones a través de urocultivo y cultivo de secreción vaginal con el objetivo de especificar el uso de antibiótico.

Ante la presencia del parto pretérmino es necesario corroborar por ultrasonido la edad gestacional, para establecer el pronóstico de sobrevivencia del neonato y sus posibles complicaciones. (14)

Factores de riesgo:

El parto prematuro se produce por una serie de razones. La mayoría de los partos prematuros ocurren de forma espontánea, si bien algunos se desencadenan a resultas de la inducción precoz de las contracciones uterinas o del parto por cesárea, ya sea por razones médicas o no médicas.

Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; ahora bien, a menudo no se identifica la causa. También hay una influencia genética. Una mejor comprensión de las causas y los mecanismos del parto prematuro permitirá avanzar en la elaboración de soluciones de prevención. (15)

- Parto pretérmino previo.
- Aborto habitual.
- Anormalidades uterinas.
- Incompetencia cervical.
- Ruptura prematura de membranas.

El factor de riesgo más importante para predecir parto pretérmino, es el antecedente de parto pretérmino.



Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

- prematuros extremos (menos de 28 semanas)
- muy prematuros (28 a 32 semanas)
- prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas)

El parto inducido y el parto por cesárea no deben planificarse antes de que se hayan cumplido 39 semanas de gestación, salvo que esté indicado por razones médicas.

Antecedentes:

La OMS y la ONU informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que, en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar.

Según la organización Save the Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90 % (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas. La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Níger, por ejemplo, el 87 % de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53 % había parido antes de los 18 años.

En países considerados en vías de desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo.

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el



embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con las tasas de las ciudades. En las adolescentes más del 80 % de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos. El 23 % de las mujeres jóvenes sexualmente activas admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección, mientras que el 70 % de las adolescentes manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico.

Esta temática se ha convertido en un problema de salud de todo el mundo debido a la alta incidencia de este fenómeno y la elevada morbilidad que trae en esta etapa de la vida, lo que constituyó la motivación para la realización de este proyecto de intervención. (13)

Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal

Antecedentes: La morbilidad materna y neonatal está incrementada en adolescentes y gestantes sin control prenatal o con una mala adherencia. **Objetivo:** Identificar la influencia de la adolescencia y su entorno sobre la adherencia al control prenatal y su impacto sobre la prematuridad y/o bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal. **Métodos:** Estudio de casos y controles, realizado con 570 adolescentes y 2093 gestantes ≥ 20 años de edad, cuyos neonatos fueron hospitalizados en una unidad neonatal. Las asociaciones se determinaron mediante Odds Ratio, con su intervalo de confianza de 95%, empleándose la regresión logística en el análisis multivariado. Para la construcción del Modelo con Árboles de Clasificación y Regresión se emplearon variables que en el bivariado hubieran tenido un valor $p < 0,05$. **Resultados:** La edad materna 13-19 años se halló asociada a mala adherencia al control prenatal, después de ajustarse por escolaridad < 11 años, carencia de esposo o compañero permanente, carencia de seguridad social en salud y antecedente de gravidez ≥ 2 gestaciones. Esta mala adherencia al control prenatal se asoció con aumento de riesgo de prematuridad y/o bajo peso al nacer y de la mortalidad neonatal.

Conclusiones: La adolescencia se halló independientemente asociada a una mala adherencia al control prenatal, sin embargo, existen otros determinantes importantes de esta mala adherencia, que a su vez se halló asociada con prematuridad y/o bajo peso al nacer, y con mortalidad neonatal. (16)



V.- Marco conceptual:

La historia de la enfermería desde sus orígenes

Para comprender el concepto de disciplina enfermera y entender los orígenes y el estado actual de la profesión es necesario contextualizarla históricamente. El cuidado es una actividad tan antigua como el hombre. En el estudio de las primeras civilizaciones ya se podían identificar miembros de la comunidad encargados de realizar tareas relacionadas con la conservación de la vida y el cuidado de las personas. Desde tiempos remotos, el ser humano ha necesitado ayuda para sobrevivir en momentos de fragilidad, dependencia, enfermedad... Esta necesidad ha sido cubierta por la enfermería como ocupación, ya que hasta tiempos muy recientes no ha sido concebida como una profesión, sino como una actividad no remunerada, que no contaba con una formación específica, y cuya función era la de proporcionar cuidados en materia de salud. La palabra enfermería deriva del latín *infirmus*, que vendría a ser algo así como lo relacionado con los no fuertes. Se podría decir que la enfermería es tan antigua como la humanidad ya que las personas siempre han necesitado cuidados de enfermería cuando están enfermos o heridos.

Se cree que la figura de la enfermera apareció en durante la Edad Media. Las enfermeras eran en su mayoría mujeres sin formación que ayudaban a traer niños al mundo o era nodrizas. Por otro lado, el cuidado de los enfermos estaba muy asociado a las monjas, con más formación y un voto religioso que les impedía a cuidar de los más débiles.

En 1259, los Hermanos de Alexian comenzaron el ministerio de cuidado de los enfermos y hambrientos, que todavía existe hoy en muchos países, incluyendo Estados Unidos. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se formó en España en 1550. Desde 1550 a través de 1614, San Camilo de Lelis atendía a los enfermos y moribundos en el Hospital de Santiago en Roma. No fue hasta 1633 cuando San Vicente de Paul fundó la Hija de la Caridad, donde las mujeres comenzaron a jugar un papel más importante en la enfermería organizada.

A lo largo de los años, las guerras han aumentado la necesidad de enfermeras y han tenido una gran influencia en la evolución de la enfermería. Florence Nightingale, es ampliamente considerada como la madre de la enfermería moderna, destacando por sus servicios en la guerra de Crimea de 1853 a 1856. Sus esfuerzos de saneamiento disminuyeron drásticamente la tasa de mortalidad y a su vuelta



fundó la Escuela Florence Nightingale para Enfermeras en Londres. Fue el primer paso para la auténtica profesionalización de la enfermería. En 1861 las enfermeras empezaron a usar uniforme. Hoy día, la enfermería es ampliamente reconocida en el mundo. (3)

El fundamento sobre el cual se dio sentido a la formación de las parteras en México, radica en las raíces culturales, herencia de la época prehispánica. Sin embargo, a lo largo del siglo XX la enseñanza de la obstetricia ha sufrido muchos cambios, que siguieron el modelo de atención de salud y las concepciones materna y neonatal en la formación profesional del área. Gran avance han tenido los conocimientos de los orígenes de la vida, de las leyes de la herencia y el crecimiento y desarrollo embrionario y fetal, los efectos secundarios de los distintos fármacos, de las tecnologías para el diagnóstico y el tratamiento en el ciclo materno fetal, lo cual reafirmó la necesidad del cuidado de la salud de la madre y su hijo a lo largo de todo el ciclo perinatal en una dimensión tanto en lo ético como en lo científico, de cuidar a la pareja desde antes de la gestación en la pre-concepción, la concepción hasta el nacimiento para después brindarles el cuidado integral, considerando, a los integrantes de la familia como un todo, con énfasis en la madre y su hijo por la vulnerabilidad que presentan en esta etapa del ciclo vital, los riesgos en constante interacción con su entorno cambiante, apoyando sus procesos vitales y la motivación para el logro del máximo potencial en los ámbitos biopsicosociales, emocionales y espirituales, en la búsqueda de una mejor calidad de vida y el compromiso contraído con el advenimiento de cada nuevo ser humano para un mundo mejor.

Desde una perspectiva histórica, las actividades realizadas por las parteras han sido más que una actitud de trabajo, una experiencia ética, por los aspectos intangibles, en que prevalecen los valores humanos, el cuidado integrador que rebasa el esquema biologicista hacia uno holístico, relacionado con actitudes de ternura, afecto, comprensión y de reconocimiento de las dimensiones del ser humano, de la sensibilidad para uno mismo y la alteridad, entendida como el descubrimiento que el “yo” hace del “otro”, de la que surgen una amplia gama de imágenes del otro, del “nosotros”, de las fuerzas existenciales y el apoyo situacional, de los sentimientos generados en la relación de ayuda y confianza, bajo una visión fenomenológica.

Antecedentes prehispánicos de la partera en México

Desde la percepción en el ámbito socio-cultural prehispánico que de la partera tenían, a partir de la concepción del nuevo ser humano hasta que veía la luz, dejó



hondas raíces, por su poder reconocido en la comunidad, pues era sustantiva su función para que la mujer en el trance de la maternidad continuara su vida cotidiana.

Luz Pérez Loredo relata que la partera basaba su entendimiento sólo en su propia experiencia en el arte de los partos. Sí, bien carecía de escolaridad y de conocimientos racionales sobre la causalidad y terapéutica de las enfermedades; ejercía algunas medidas de orden médico como la aplicación de oxicóticos, unas veces con resultados favorables y otras con situaciones de riesgo para la gestante y su niño.

Este patrimonio legado a las generaciones de parteras, de la actitud tenaz del cuidado hacia la embarazada y la parturienta trascendió hasta el presente. En la dinámica familiar prehispánica fue un factor muy participativo desde que la mujer se daba cuenta de su embarazo. Su tradición continuó ya en la época del virreinato porque la partera muy poco alteró sus actividades. Se encargaba de dar consejos a la preñada, ordenar a la familia lo que debían darle y prohibía todo aquello que pudiera hacer daño a la criatura; advertía de los cuidados en los primeros meses de embarazo y concretaba sus consejos encargando buena alimentación, reposo y moderaciones en los trabajos manuales.

Al iniciarse el parto lavaba a la embarazada, arreglaba un lugar donde debía parir y si la parturienta era mujer principal la partera se hacía acompañar de dos o tres mujeres a quienes se les daba el nombre de “tenedoras”, en función a que ayudaban a detener a la mujer en el proceso del parto y el alumbramiento. Más tarde, estas mujeres tenedoras, ya con experiencia por lo observado se convertían también en parteras.

Empezado el trabajo de parto, daba un baño a la parturienta y después de éste, le hacía beber la raíz molida con agua de una planta llamada Chihuapatli que gozaba de la propiedad de empujar el feto hacia fuera. En caso de no bastar este brebaje se le administraban otros con los mismos efectos. En cuanto a la forma en que se atendía el parto, se observaban determinadas conductas. La partera se colocaba sentada frente a la parturienta y con ambas manos, le frotaba el vientre o se lo comprimía para favorecer los dolores o la expulsión del feto. Las tenedoras se colocaban una en la espalda, en cuclillas, y con sus dos manos apoyaba y oprimía la cintura o el vientre de la parturienta, mientras que la otra tenedora, de pie, le sostenía por los codos, la cabeza o por las sienes.



Otra forma de atender a la embarazada en la última etapa del trabajo de parto era que la comadrona permanecía sentada, en cuclillas, con las manos apoyadas en los glúteos y con los dedos entreabría la vulva. Finalmente, con un supremo esfuerzo ayudaba a la expulsión. Otras mujeres parían de rodillas asistidas por las parteras; También daban a luz colocadas bocabajo, a cuatro patas, con las manos en el suelo y la comadre recibía a la criatura por detrás; parían también arrodilladas y asidas de una cuerda pendiente del techo; sosteniéndolas de los muslos las tenedoras y ayudantes. Estas prácticas, aún se conservan en regiones apartadas de la civilización en la república mexicana.

Con relación a la expulsión de la placenta, las medidas indicadas eran que la mujer que acababa de dar a luz debía descansar sobre su pierna derecha, con el muslo comprimía el abdomen y por supuesto el útero, para facilitar la expulsión de la placenta, la cual se enterraba bajo una de las piedras del fogón o en las cenizas calientes de éste. Al resolverse el parto, la partera recibía al niño con frases amables y con ternura, al mismo tiempo cortaba el cordón umbilical con las uñas, con un fragmento de obsidiana o con un pedazo de otate, para más tarde al secarse, si era niña se enterraba junto al fogón, para aficionarla a su casa y cuidado de ésta, en el caso de ser varón se le daba a un guerrero para que lo enterrara en algún campo de batalla significando con esto que era ofrecido y prometido al sol y a la tierra.

Las atenciones del recién nacido se basaban en preparar la ropa, tanto aquella que se necesitaba en el alumbramiento, como después del mismo. El trabajo de la partera no terminaba con el nacimiento del niño, sino que se prolongaba para el bautismo, la lactancia materna y el tratamiento del puerperio; y de requerirse también atendía los abortos.

La partera en la Época Colonial

Durante la Colonia, se inició la evangelización de la población, hubo lugar para muchos cambios relacionados con el vestido, la comida, el trato social y la vida familiar, se implantaron diversas medidas y surgieron nuevas organizaciones, pero al arte de los partos, no se le prestó ningún interés.

La urgencia de atender a una mujer que va a parir, dado que es un acto que no se puede posponer, se presentaba como una inesperada oportunidad para las más hábiles parteras, lo cual continuó así en los siglos XVI, XVII y dos tercios del XVIII. La atención del parto siguió en manos del empirismo: de las tenedoras, de las comadronas, de las parteras, quienes sin ningún estudio continuaron ejerciendo.



Los médicos y los cirujanos desdeñaron el ocuparse de la partería, la cual quedó relegada en manos de las parteras indígenas que en nada disminuyeron su prestigio en asuntos de esta clase.

La formación de parteras de la Nueva España al México Independiente

Desde el inicio de la Colonia el Protomedicato fue un Tribunal que establecieron los reyes de España en varias ciudades y provincias de sus dominios, con el objeto de vigilar el ejercicio profesional de los médicos, cirujanos, boticarios y parteras. Tenía jurisdicción en todos los problemas de Salubridad Pública, cuidaban de la buena preparación y despacho de medicamentos y disponían de las providencias necesarias en caso de epidemias u otras calamidades

Después del Protomedicato de la época virreinal, en el México Independiente con la reforma de la educación que culminó con las disposiciones y leyes que implementó Valentín Gómez Farías en 1833, trajo consigo la clausura de la Universidad y la creación de la Dirección de Enseñanza superior con seis Establecimiento de Ciencias. El cuarto de estos fue el de Ciencias Médicas, creado el 23 de octubre de 1833; el mismo que unió los estudios médicos y quirúrgicos, entre ellos el de la Partera. Posteriormente en 1841, por disposición del Gobierno de la República se creó el Consejo Superior de Salubridad, con las atribuciones de regular el ejercicio profesional de los médicos y parteras, vigilar el funcionamiento de las boticas y dictar las medidas pertinentes en materia de Salud Pública, lo que hoy conocemos como Consejo de Salubridad General.

En la segunda mitad del siglo XIX, periodo caracterizado por el triunfo de las fuerzas políticas liberales, la guerra contra los intervencionistas franceses, el fugaz establecimiento de una monarquía europeizante, la victoria republicana encabezada por Benito Juárez y el inicio de una larga dictadura, la de Porfirio Díaz.

La Constitución liberal de 1857, en México, constituyó la piedra angular del movimiento y el sustento legal para los siguientes sesenta años, hasta la Constitución de 1917. El liberalismo republicano buscaba un cambio modernizador, donde las leyes garantizaran el pleno derecho de los individuos a ejercer actividades laborales. En el campo de la medicina, este liberalismo permitió que cualquier persona ejerciera actividades curativas sin la exigencia de una formación académica y la obtención de un título profesional. En éstas, incluían a las parteras, por lo que, para entrar al campo de la ciencia y el estudio, y combatir al empirismo y la ignorancia, se impartió la carrera con dos años de formación de modo que evitara que “la obstetricia estuviera absolutamente en manos de las comadres”.



En las postrimerías del siglo XIX, las acciones de salud pública emprendidas por el presidente del Consejo Superior de Salubridad, Dr. Eduardo Liceagase plasman en el primer código sanitario del país (1891) que, si bien no incluyen las medidas pertinentes para la regulación profesional de la medicina, sí constituyen el primer intento por forjar con solidez los avances sanitarios en todo el país (14), y a los hospitales los transforma en instituciones de interés público. Se creó una cátedra de obstetricia y operaciones con duración de un año que hacían los estudiantes de medicina y, para las parteras que hacían en dos años el curso, asistiendo con los estudiantes de medicina. Este sistema se mantuvo hasta que la Escuela de Enfermería se separó de la de Medicina y quedó como el esquema de la formación de las parteras profesionales. Al independizarse la ENEO de la Facultad de Medicina, también se separó la enseñanza de las parteras manteniéndose después de los tres años de enfermería los dos años requeridos para su formación hasta 1968 en que se suspendió la carrera de partera en la ENEO-UNAM. (5)

Educación formal de la mujer en México, en el Siglo XIX

Las opciones que tenía la mujer para estudiar en el siglo XIX, se centraban principalmente en las profesiones de maestra y de partera. La mayoría de las universidades del país ofrecían la carrera de partera, con preparación muy heterogénea, por la autonomía para que los Estados legislaran acerca de la educación en forma independiente con distintos planes de estudio en las diferentes universidades.

En 1833 la Escuela de Medicina de la Ciudad de México exigía como requisitos para ser partera (como en los demás estados) que fueran mujeres solamente, con educación primaria superior, la aprobación de un examen preparatorio y poseer conocimiento del idioma francés. La carrera duraba 2 años y, según consta en el Boletín de Instrucción Pública de 1903 (Tomo I), recibían “una enseñanza objetiva, ya fuera en cadáver, ya en piezas anatómicas artificiales que habrían de pedirse a Europa”.

En esas mismas ordenanzas se ubica a las parteras dentro del personal “científico” o del “administrativo” y su salario era tres veces mayor que el de las enfermeras.

Hasta mediados del siglo XIX, sí bien la partera tenía una situación social superior al de la enfermera, lo cierto es que se encontraba en condiciones desfavorables en relación con el médico, tratando de conservar las funciones que le fueron propias hasta ese tiempo, porque la investigación experimental en el campo de la medicina, con los avances logrados despertó en los médicos, un interés creciente por los aspectos obstétricos tal como se observa en el Catálogo de Tesis de Medicina del siglo XIX publicado por la UNAM. Del total de temas abordados, el 12 % eran sobre



Ginecología y Obstetricia y de este apartado el 70 % correspondían a obstetricia. No es extraño que Matilde Montoya (1859-1933) estudiara medicina ante el acoso médico para impedirle una exitosa práctica como partera, profesión que realizó en 1873 y se tituló de médica en la Universidad Nacional de México en 1887.

Así, la partera profesional desempeñaba una actividad necesaria y subordinada a la profesión médica, y al mismo tiempo que competía con la medicina académica, buscaba reprimir la actividad de las parteras tradicionales, reemplazándolas, porque éstas no acudían a estas cátedras, que implicaban la asistencia a clases en las escuelas de medicina, la práctica en hospitales y un examen ante un jurado. La primera partera titulada lo hizo en 1841 y de ese año a 1888 se recibieron 140

1911. Nacimiento de la Enfermería Universitaria y su impacto en la formación de Parteras

La formación de parteras se vio integrada en 1911 a la Escuela de Enfermería del Hospital General de México que pasó a depender de la Escuela de Medicina de la recién inaugurada Universidad Nacional de México en 1910. En ese periodo no era necesaria la carrera de enfermera como antecedente para cursar la de partera. Para ese entonces, se contaba en la carrera de enfermera, con 18 alumnas en el primer año, 19 en el segundo y 10 en el primer año de partos.

Ambas escuelas, la de Medicina y la de Enfermería y Obstetricia tenían en común, al mismo director, así como normas y reglamentos disciplinarios en sus planes y programas de estudios y la enseñanza de los partos se daba conjuntamente a los estudiantes de medicina y a las de partera.

Con este nuevo cambio de dependencia, la Escuela de Enfermería y Obstetricia nace como Escuela Universitaria, y el Dr. Fernando Zárraga se convirtió en el primer director, cargo que desempeñó por corto tiempo, al igual que los que le siguieron de 1911 a 1916, periodo de la Revolución Mexicana, de gran inestabilidad política que afectó a la Universidad Nacional. No obstante, el 11 de enero de 1912 se aprobó el plan de estudios para la carrera de Enfermera y la de Partera.

El plan de Estudios de la carrera de Partera en 1912 quedó integrado para el primer año por el Curso de Obstetricia Teórica; Curso de Clínica de Obstetricia y Puericultura, así como la asistencia de pacientes en trabajo de parto fisiológico para la práctica de manipulaciones y los cuidados necesarios a la madre y al hijo. En el segundo año, Curso de Patología Obstétrica Teórica, Curso de Clínica de Patología Obstétrica, y la asistencia de pacientes con las patologías obstétricas.

Los requisitos para obtener el título universitario eran Cubrir 40 guardias en el Departamento de Maternidad y concurrir en el 4° año a conferencias sobre



deontología médica y farmacéutica. La vigencia se este plan de estudios fue de 1912 hasta 1944.

1929. Año de la Autonomía Universitaria

Después de una larga lucha, el Presidente de la República Emilio Portes Gil, en 1929 otorga la autonomía a la Universidad Nacional de México, reconociéndose desde entonces como Universidad Nacional Autónoma de México. La Escuela de Medicina cambia la denominación a Facultad de Ciencias Médicas, y en la Escuela de Enfermería se reestructura el plan de estudios de la carrera de Enfermería a tres años y la de Partera en dos años.

Gran inquietud generó en las enfermeras los cambios suscitados, y en 1933 se realizó el Primer Congreso de Enfermeras y Parteras, organizado por Celia Alvarado de Reyes Campillo, Esperanza Pavía y Eloísa Muzquiz Pérez. De este Congreso de Enfermería surgió la idea de que se hiciera la secundaria como antecedente de la carrera de Enfermería, así como para estudiar obstetricia, cursar previamente enfermería.

En 1934 en la Asamblea Nacional de Cirujanos, Enfermeras y Parteras de la UNAM discutieron sobre la necesidad de elevar el nivel social y preparación de las enfermeras. De 1936 a 1940, las políticas de salud, dieron mayor auge a la construcción de hospitales, lo que trajo consigo mayor demanda de enfermeras y cambios en la atención a los pacientes. Ante este escenario, en 1944 se modificó el plan de estudios incrementándose el número de asignaturas de 4 a 17 para la Carrera de Enfermera, materias que se iban perfilando a las nuevas necesidades de las especialidades, a la de Partera se le agregó la asignatura de Puericultura Superior.

Con la Ley Orgánica de la UNAM promulgada en 1945 (20) nació la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), apareciendo con ese nombre en el artículo 8° del Estatuto General (21). El Dr. Everardo Landa, primer Director de la ENEO, propuso la modificación del plan de estudios de 1944, al que se le retiraron las materias culturales y de recreación, así como el idioma inglés. Este plan de estudios fue aprobado por el Consejo Técnico en 1946.

Por otra parte, el 27 de enero de 1949 se otorgó el nombramiento de Instructoras a las enfermeras Reynalda Pineda Serino y Elvira Dávalos Castillo para laborar en la escuela, fundamentando con ello, la importancia que las enfermeras fueran las que enseñaran la enfermería y los partos, como un claro reconocimiento a su formación profesional y a sus habilidades para la academia, hecho que sólo la experiencia profesional era capaz de mostrar en su complejidad.



También en ese año se aprobó el Plan de Estudios de 1949, y a los estudios de partera se agregó la materia de farmacología, lo cual coincidió con el cambio de la medicina magistral por la medicina de patente, y el auge de los antibióticos y quimioterápicos.

Las parteras en desarrollo histórico del Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS

Hasta antes de 1950 se observó el surgimiento y desarrollo de la partería profesional en México. Esta carrera, creada en el siglo XIX por la profesión médica como medio de eliminar a las parteras tradicionales y de acceder a las embarazadas, parturientas y púerperas. La relación entre médicos y parteras no estuvo nunca exenta de contradicciones, pero éstas se agudizaron a partir de la instauración de la ginecología como especialidad en México. A mediados del siglo XX, los médicos limitaron de manera creciente el campo de actividad hasta que la partería profesional fue eliminada.

Parte de este proceso es el desempeño de las parteras en el nacimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Desde sus inicios, en 1943, el compromiso institucional que asume el personal de salud de la Seguridad Social se refleja en la salud de los mexicanos a sus casi 70 años de distancia. En ese entonces, el Licenciado Ignacio García Téllez, primer Director General informó al Departamento Médico que los servicios se iniciarían el 5 de enero de 1944 y los datos históricos señalan como Primera Enfermera y Partera a Julieta Rico Sierra. Al iniciar las labores recibieron ofertas de clínicas particulares y aceptaron la Clínica Lincoln que había sido el Hotel Ambassador y pasa a ser el Sanatorio N° 1 ubicado en Michoacán y Av. México. Dada la cantidad de derecho-habientes, el IMSS se ve en la necesidad de crear la Maternidad N° 2 exclusiva para la atención materno infantil en el que fuera sanatorio del Dr. Ortiz Tirado.

En el profesiograma del Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS, el escalafón de Parteras se creó como una rama independiente de enfermería con dos categorías, la de Partera y de Jefe de Parteras. La primera con las actividades de atención a enfermas y parturientas, control administrativo y observancia de técnicas fijadas por la institución en la cual quedó la atención del parto eutócico bajo su responsabilidad. La Jefe de Parteras, encargada de dirigir y colaborar con el personal de parteras, enfermeras y auxiliares de enfermería en la atención de enfermas y parturientas además de labores técnico-administrativas inherentes a su cargo (Iñiga Pérez, 1995).

La calidad de la atención brindada a las parturientas convenció a la clase obrera de la eficiencia de los servicios del IMSS pues el primer hospital construido y puesto en función fue la Maternidad Uno, en Gabriel Mancera N° 222 Col. Del Valle en el



D. F., el 10 de mayo de 1948, es decir 4 años después de iniciadas las labores del IMSS. Ya para entonces las organizaciones de trabajadores y patrones designaron a los miembros de la asamblea general, del Consejo Técnico y de la Comisión de vigilancia con estructura similar a la presente (Rodríguez, 1976).

¿Quiénes fueron las parteras que ingresaron al IMSS, en 1944?

En la década de los años 40 la mayoría de las mujeres daban a luz en sus hogares tanto en el medio rural como en el urbano, y como el nacimiento además de ser un acontecimiento biológico también es social la persona que proporciona la ayuda en el momento del parto tiene un reconocimiento especial. Por otra parte, las ideas predominantes con relación a la asistencia de la mujer durante la gestación, parto y puerperio son de consenso general y tiene gran influencia sociocultural. Por tanto, las parteras en el IMSS debían asumir una actitud de comprensión ante las parturientas porque el despegue del hogar las hacía más susceptibles al ambiente psicosocial de la institución y requerían de mayor apoyo.

La partera, hubo de ajustar la práctica libre que desarrollaba en la atención domiciliaria del parto, para desarrollar las funciones y actividades supeditadas a las exigencias y el desarrollo político social institucional. En otras instituciones de crecimiento paralelo al IMSS como el Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho al ser aceptadas se comprometieron a dejar de ejercer libremente (Valle, 1995). La formación de las parteras, en su mayoría eran egresadas de la UNAM. Algunas desempeñaban las funciones de partera en instituciones de salubridad y fungían de instructoras tanto para los estudiantes de medicina como las que cursaban la carrera de partera.

En 1944 que se inició la actividad asistencial del IMSS, las parteras ejercían libremente la profesión y la población las consideraba parte constitutiva del núcleo familiar al igual que el médico de la familia de la clase media y de otros estratos sociales más altos.

Como puede observarse, la medicina social desde sus inicios tuvo un lugar prioritario la atención de la madre y su hijo. Al promoverse entre la población la asistencia institucional del parto, así como la práctica más conveniente, la partera en las maternidades mantuvo una imagen de seguridad para la población derechohabiente. Por otra parte, al quedar cautiva en las unidades médicas para la atención de los partos eutócicos cedió el paso al avance técnico científico de la Gineco-Obstetricia lo que produjo un cambio en las funciones que había desempeñado y posteriormente pasaría a formar parte del equipo obstétrico institucional perdiendo su autonomía en el ejercicio de partera.



4o Seminario de Educación en Enfermería: Zimapán, Hidalgo

La UNAM, OPS, SSA, del 3 de noviembre al 14 de diciembre de 1954 celebraron el 4º Seminario de Educación en Enfermería en Zimapán, Edo de Hidalgo, México, en el que participaron seis países de América Latina. Fue este el cuarto seminario de una serie que se inició en Chile (1950), y al que siguieron los de Guatemala (1951), Lima (1952) y 1954 en México. El objetivo de este Seminario fue “Estudiar la situación real de los servicios de enfermería del país, para que la preparación del personal se base en las necesidades existentes y para así conseguir el mejoramiento de los servicios de enfermería en toda la América Latina”.

La trascendencia de este evento fue la definición de las políticas de la formación de los recursos de enfermería y parteras. Sobre el futuro de la formación de éstas últimas destaca, la participación del Dr. Rafael Álvarez Alba (27), que señala: “Quisiera hacer preferente consideración sobre la importancia que los programas materno-infantil tienen dentro de la salud pública. Bastaría que consideráramos que la atención de madres y niños, en cualquier zona que señaláramos, está destinada aproximadamente a las dos terceras partes de una población. Se calcula que jóvenes o niños hasta los 15 años representan aproximadamente el 50% de las poblaciones y que las jóvenes en situación de ser madres representan un porcentaje muy considerable”.

El Dr. Abel Ramiro Moreno, presidente del Colegio Nacional de Médicos Cirujanos Eduardo Liceaga, en la conferencia dictada: “La importancia de la actuación médica privada y funciones de enfermería y obstetricia en la asistencia de pacientes”, destaca que al constituirse la OMS, se declaró: “Que la posesión del mejor estado de salud que se pueda alcanzar, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualesquiera que sean su raza, religión, opiniones políticas y condiciones económicas y sociales” y se afirmó también: “Que los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus pueblos y no pueden hacer frente a estas responsabilidades, sino tomando las medidas sanitarias y sociales apropiadas”. Para cumplir con esta declaración, se considera indispensable el bachillerato de ciencias biológicas, estudios de sociología y la carrera completa de enfermería y obstetricia.

4.2.- Paradigmas

Las grandes corrientes del pensamiento, o manera de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas, principalmente por el filósofo Kuhn (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, o paradigmas que han influenciado todas las disciplinas.



En el área de la ciencia de enfermería, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina las denominaciones utilizadas aquí están inspiradas en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991) y de Newman (1992) se trata de los paradigmas de categorización, de la integración y de la transformación aquí, según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

Aplicado al ámbito de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Por ejemplo, el aislamiento diferenciado de las bacterias ha permitido clasificar y asociar esta bacteria a los signos y síntomas precisos de la enfermedad. El paradigma de la categorización ha inspirado dos orientaciones de la profesión de enfermería, una centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde en una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

El paradigma de la Integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Por ejemplo, el contexto en el que se encuentra una persona en el momento en que aparece una infección influenciará su reacción al agente específico y su respuesta al tratamiento. Múltiples factores son responsables de esta reacción y, entre ellos, algunos lo son más. El paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social.

Paradigma de la Transformación, es la base de la apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera.

4.3.- Teorías de Enfermería

Escuela de las necesidades

Los modelos de la escuela de las necesidades han intentado responder a la pregunta: ¿Qué hacen las enfermeras? Según estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados.

Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah, sin embargo el presente estudio de caso está basado en el modelo de Marjory Gordon.



El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera: - Patrón 1: Percepción - manejo de la salud - Patrón 2: Nutricional - metabólico - Patrón 3: Eliminación - Patrón 4: Actividad - ejercicio - Patrón 5: Sueño - descanso - Patrón 6: Cognitivo - perceptual - Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto - Patrón 8: Rol - relaciones - Patrón 9: Sexualidad - reproducción - Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés - Patrón 11: Valores - creencias

4.5.- Proceso de Enfermería

En la actualidad el proceso de atención de enfermería es el resultado de los esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del siglo XX para sistematizar los cuidados con el propósito de hallar un método que permitiera estimar la calidad de las intervenciones de los profesionales de la enfermería. Los métodos tradicionales de proceder de los enfermeros son la base sobre la que descansa tanto esta sistematización como las aéreas que recaen bajo su competencia. El nacimiento del proceso de enfermería es el resultado de los esfuerzos de la reflexión que distintas "teóricas" realizaron a partir de la década de 1950, coincidiendo así el momento histórico en el que esta disciplina inicia las indagaciones pertinentes para resolver cuestiones tales como la identificación del objeto de estudio, la naturaleza e importancia de los cuidados enfermeros y el medio por el que se pragmatizan las acciones de los profesionales de le enfermería. Fue hasta 1966 cuando se presentó la siguiente descripción: el proceso enfermero son las actividades que se desarrollan fundamentalmente en descubrir información, investigar las fuentes



para la obtención de datos, decidir el proceso a seguir, actuar o poner en marcha el plan concebido y discriminar o priorizar las necesidades del paciente y, por tanto, las intervenciones enfermeras. Estas cinco fases no son idénticas a las del actual proceso de enfermería, pero resultaron cruciales en su configuración de tal modo que un año después un grupo de profesores de la escuela de enfermería de la Universidad Católica de Colorado identificó cuatro de las actuales fases del proceso: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

Como concepto actual tenemos que el Proceso de Enfermería es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todos los métodos, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objeto principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales.

Primera fase: valoración. Se incluye la recogida de datos, su verificación, organización, comprobación de las primeras impresiones y su anotación, y en ella se incluye los métodos de entrevista, observación y valoración física. En esta fase se recopilan datos sobre la persona que permiten registrar las respuestas físicas, las ideas, valores y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona y se determinan las prioridades del plan de cuidados. Las creencias engloban las consideraciones de cada profesional sobre la disciplina, la salud, la persona y sus interrelaciones; los conocimientos incluyen el nivel de instrucción en ciencias biológicas y psicológicas como elementos indispensables para la valoración de la persona a la que atiende, y por último, las capacidades son de naturaleza técnica e interpersonal y entre ellas se incluyen la creatividad, el sentido común y la flexibilidad. Entre los métodos que se utilizan para la valoración, la entrevista clínica permite al enfermero adquirir la información precisa, establecer la relación enfermero-paciente, determinar las áreas que precisan de una valoración específica y aquella en las que el cliente puede identificar problemas y establecer objetivos. La observación sistemática se realiza a través de los sentidos. La exploración física permite definir aún más la respuesta del cliente ante el proceso patológico, sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería, establecer una base de datos para comprobar a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería o médicas y justificar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista u otra relación enfermera-cliente.

Segunda fase: Diagnóstico enfermero. Es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar. La importancia de la delimitación de los problemas enfermeros de las personas a las que atiende le permitió desgajarse y constituirse como fase identificada y constituyente del proceso. El diagnóstico de enfermería real se compone de tres partes que son el problema, el factor relacionado o la causa del mismo y los datos



objetivos y subjetivos que indican su presencia. Acrónimo PES (problema, etiología, señales o síntomas). El diagnóstico de riesgo describe respuestas humanas o situaciones de salud/posos vitales que pueden desarrollarse a un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables. Por lo que está constituido solo por el problema y el factor de riesgo causal. Los diagnósticos de salud son un juicio real que se emite en una situación de salud pero que podrías alcanzar un nivel mayor. Algunos diagnósticos de este tipo están presentes en la taxonomía de la NANDA en los cuales se describe la respuesta humana, con lo que, de un lado, identifica a estas como los fenómenos de interés y estudio de la enfermería y, de otra parte, fundamenta la investigación enfermera en la descripción de lo que observa.

Tercera fase: Planeación. Es la planeación de los cuidados y en ella se incluye el desarrollo de las estrategias diseñadas bien para reforzar las respuestas saludables de la persona, bien para impedir, reducir o corregir las respuestas insanas. A su vez este estadio consta de 4 pasos lógicos y consecutivos elaborados para proporcionar unos cuidados adecuados al estado de salud del paciente. En primer lugar, deben establecer las prioridades puede darse de dos formas una de acuerdo a la necesidad de una atención médica inmediata y la otra jerarquía de las necesidades humanas. El segundo componente es el desarrollo de los resultados también denominados objetivos. Su formulación se deriva de la respuesta humana identificada en el diagnóstico enfermero al tener que estar centrados en el cliente. Tras los objetivos se formulan las intervenciones de enfermería que deben de estar basadas en principios científicos, ser coherentes e individualizadas. Las intervenciones de enfermería suelen clasificarse en dependientes, interdependientes e independientes y se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente. En las dependientes es aquella en la que el profesional de enfermería ejecuta el tratamiento facultativo, en las interdependientes son llevadas a cabo junto con otros profesionales del mismo equipo de salud, y las intervenciones independientes de enfermería son aquellas actividades que pueden realizar las enfermeras sin necesidad de una orden médica. El último paso es la documentación que puede realizarse en un plan de atención individualizado, estandarizado o informalizado y cuyo propósito es procurar cuidados eficaces y continuos.

Cuarta fase: Ejecución. Se divide en 3 etapas, la preparación, la intervención propiamente dicha y la documentación o registro tanto de las intervenciones enfermeras como de las respuestas del cliente, y se consideran pasos independientes del modelo organizativo utilizado para satisfacer de la persona a la que se cuida.

Quinta fase: Evaluación. Es la fase que determina la calidad de los cuidados prestados, obliga a la revisión de todos y cada uno de los pasos establecidos por el proceso de enfermería y permite apreciar tanto los progresos experimentados por



el paciente como la educación de las intervenciones enfermeras. Una valoración precisa, unos diagnósticos apropiados, una planificación realista y una ejecución pertinente parecen ser los criterios que procura asegurar esta última etapa.

V.- Metodología

5.1.- Estrategia de Investigación

Estudio de Caso consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas donde cada una depende de la anterior y la condiciona, tiene un sustento conceptual y una teoría de enfermería de igual manera hace uso del proceso enfermero.

5.2.- Selección de caso y fuentes de Información

Basados en las consideraciones éticas se seleccionó a una paciente primigesta de 16 años de edad en trabajo de parto fase activa que ingresa al área de labor posterior a 2 días de hospitalización por amenaza de parto pre término, se ingresa para recibir tocólisis y maduradores pulmonares, al no tener éxito con los tocolítics se decide dejar a libre evolución motivo por el cual se selecciona a esta paciente. Al momento de hacer la selección se le informa a la paciente que la información recabada se utilizara para un estudio de caso y se le proporciona un consentimiento informado. La fuente de información fue una entrevista directa donde se recaba información de suma importancia como lo son la cantidad de consultas prenatales y ultrasonidos hasta el momento de la hospitalización. De igual manera el trabajo se sustenta en la norma 004 que trata sobre el uso del expediente clínico de dicha paciente.

Entrevista:

- Motivo por el que acude a admisión de partos.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales: enfermedades, operaciones quirúrgicas, transfusiones, tratamientos actuales, hábitos tóxicos, alergias.
- Antecedentes reproductivos: anticoncepción previa, embarazo espontáneo o con técnicas de reproducción, número de abortos (NA), número de embarazos anteriores (NA)



- Embarazo actual: fecha de la última regla, fecha probable de parto y semanas de gestación. Evolución del mismo, se comprobarán datos analíticos y ecográficos. Si ha realizado los controles habituales de seguimiento del embarazo con regularidad, asistencia a clases de preparación al parto y posibles ingresos hospitalarios.

- **Exploración general:** Índice de Masa Corporal, aumento de peso durante el embarazo, presencia de edemas, tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y aparición de varices.

- **Exploración abdominal:** Maniobras de Leopold (actitud, posición, presentación y situación fetal). Así, como auscultación del latido cardíaco fetal mediante ultrasonido.

- **Exploración vaginal (EV):** Inspección de vulva, vagina y periné. Tacto vaginal: se comprueba estado de la bolsa, confirmación de la presentación, altura del punto guía con respecto al plano de Hodge, y si es posible, actitud y posición. Se intentará valorar la capacidad de la pelvis a través del tacto suave de la arcada subpúbica, las espinas ciáticas y la cara anterior del sacro.

- **Dinámica uterina:** frecuencia y duración de contracciones en 10 minutos

- **Dolor según escala visual** analógica (EVA) y cualidad del mismo.

- **Aspectos psicológicos,** en los que preguntaremos a la mujer sobre sus miedos y preocupaciones relacionadas con el proceso que está viviendo.

5.3.- Consideraciones Éticas

La ética principialista, toma como base los derechos humanos y los aspectos legales que norman el desarrollo de los estudios científicos, así como el valor fundamental de la vida y los principios como el de totalidad terapéutica, de la libertad, de la responsabilidad y la socialización. Los procesos de investigación en enfermería en general requieren una base sólida de principios éticos a fin de proteger, junto con la dignidad humana, el bienestar físico, psicológico, social y espiritual de toda persona que participe en dichos procesos, sean de índole cuantitativa o cualitativa. La UNAM y la ENEO asumen la responsabilidad ética de preservar la libertad, los valores, los derechos humanos y el respeto de los seres vivos como parte esencial de la formación integral de sus profesionales, académicos, estudiantes de pregrado, así como posgrado. El bien común público cobra interés hacia el desarrollo humano sobretodo de las personas más vulnerables de nuestra sociedad. En la indagación de nuevos conocimientos del



cuidado se formarán alianzas con otras áreas como las ambientales, laborales, educativas y otras disciplinas 5 (medicina, trabajo social, psicología, etc.). La UNAM integra en su legislación universitaria un reglamento interno del Consejo Técnico de la Investigación Científica aplicado a la Facultad de Ciencias, Institutos y Centros de Investigación. Las Escuelas y facultades serán invitadas en determinación de este Consejo. (Art. 12 Legislación, Cap. V, 88)

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

1.-Beneficencia y no maleficencia. - Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Durante la atención brindada a la paciente, se buscó principalmente el suplir las necesidades fisiológicas, realizando actividades siempre basadas en evidencia y a mejor conveniencia de dicha paciente, así mismo psicológicas, brindándole apoyo emocional y acompañamiento durante todo su proceso.

2.-Justicia. - Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. El ser una paciente adolescente muchas veces predispone al personal de salud a tomar una postura paternal y una conducta inadecuada, por lo cual, en la elaboración de este estudio, se hicieron intervenciones de acuerdo a la necesidad de la paciente, respetando sus derechos y realizando solo actividades necesarias y buenas para la salud.

3.- Autonomía. - Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Por lo cual se tomaron en cuenta las decisiones de la paciente antes de toda intervención, respetando sus deseos y necesidades.

5.- Privacidad. - El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. Al establecer un vínculo de confianza con la paciente se trataron temas de índole personal que no se manejan en este estudio de caso y durante su atención se respetó la individualidad y pudor.



6.-Fidelidad. - Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Una de las actividades de enfermería perinatal es brindar acompañamiento durante el trabajo de parto, cuestión que fue tratada y aceptada por la paciente, se estableció el compromiso de apoyar, tratar y dar seguimiento hasta momentos después del parto.

7.- Veracidad. - Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. Por lo cual se ofreció información fidedigna sobre lo que podía esperar de su proceso y posterior al parto.

8.- Confiabilidad. - Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La paciente siempre mostro una actitud tranquila y confiable, ya que se le proporcionó información veraz y real de su proceso, así mismo se estableció un vínculo de confianza adecuado, para la buena comunicación.

9.- Solidaridad. - Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Sin duda fue necesaria durante la aplicación de intervenciones, ya que se logró llegar a un fin común; El bienestar de dicha paciente y el producto.

Consentimiento informado:

Antes de iniciar con este estudio de caso, se le explico detenidamente a la paciente acerca del consentimiento informado y sus implicaciones, una vez de acuerdo, se solicitó su firma, la cual fue otorgada.

De acuerdo al Código de Nurenberg, la obtención del consentimiento informado y voluntario de los sujetos humanos es absolutamente esencial. Su aplicación constituye una forma de proteger a los participantes de posibles riesgos derivados de los estudios de investigación.

Definición

De acuerdo al Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, el consentimiento informado “es la decisión de participar en una investigación, tomada por un individuo competente que ha recibido la información necesaria, la ha comprendido adecuadamente y la ha considerado. Toma la decisión sin haber sido sometido a coerción, intimidación, influencias o incentivos indebidos”.



Sustento legal para la aplicación del consentimiento informado en investigación.

La carta de consentimiento es un requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación (Art. 11, numeral 11.3, NOM-012-SSA3-2012) que involucre sujetos humanos. El formato tiene por objeto facilitar el procedimiento de obtención del consentimiento y el Comité de Ética en Investigación es el encargado de revisar y en su caso, aprobar la carta de consentimiento, formulada por el investigador (Art.9, numeral 9.2.9 NOM-012-SSA3-2012). Únicamente, la carta que ha sido aprobada y sellada por este Comité será la que podrá ser aplicada a los/las participantes de los estudios.

Expediente clínico

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

Se tomaron en cuenta los distintos ámbitos y fases del proceso continuado de la atención médica, en los que el uso del expediente clínico resulta imprescindible, destacando algunos aspectos del estado de salud del paciente, cuyo registro se considera de la mayor relevancia para su correcta integración, buscando que en el proceso de atención se generen los mayores beneficios.

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el



estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad.

Con la expectativa de que su contenido se convierta en una firme aportación a los esfuerzos y procesos de integración funcional y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, esta norma impulsa el uso más avanzado y sistematizado del expediente clínico convencional en el ámbito de la atención médica y orienta el desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de esta norma se tomarán en cuenta invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.



VI.- Presentación de caso.

6.1.- Descripción del caso.

Nombre: PRLY

Sexo: Femenino.

Edad: 16 años.

Problema base: Primigesta con embarazo de 36.3 semanas de gestación por ultrasonido (8.3) /35.6 SDG por ultrasonido (14.6) más amenaza de parto pretermo, que acude a urgencias por presentar dolor tipo obstétrico

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Interrogados y negados.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: Originaria y residente de Mexicali, escolaridad secundaria incompleta, no profesa ninguna religión, estado civil Unión Libre, profesión ama de casa, alimentación regular e higiene personal adecuada, grupo sanguíneo A +.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Niega antecedentes médicos-quirúrgicos, transfusionales, alérgicos, etilismo, tabaquismo y toxicomanías.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS; Menarca a los 11 años, ritmo regular 30 x 4 IVSA 15 años, una pareja sexual. G 1 actual. Fecha de última menstruación se desconoce, FPP: 06/05/1018, MAC: Preservativo, Citología vaginal y DOCMA negados, PIE, Prueba en orina al mes de retraso menstrual, se realizó ultrasonido días después que da resultado 3 semanas de gestación, acudió a 5 citas de atención prenatal. Ingesta de ácido fólico y hierro desde el primer mes, no recuerda aplicación de toxoide tetánico, síntomas neurovegetativos: Nausea, emésis desde el segundo trimestre de embarazo. Percepción de movimientos fetales al cuarto mes de gestación, desconoce infección de vías urinarias y vaginales.

PADECIMIENTO ACTUAL: Primigesta con embarazo de 36.5 semanas de gestación por ultrasonido (8.3) 735.6 Semanas de gestación por ultrasonido (14.6) más trabajo de parto en fase activa.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS: Interrogados y negados.



EXPLORACIÓN FÍSICA: Signos vitales TA 110/80, FC 81 lpm, FR 20rpm T 37°C Peso; 57 kilos, Talla: 160cm. Femenino de edad aparente a la cronológica, consiente alerta y cooperadora, neurológicamente integra, buena hidratación y coloración de piel y tegumentos, cabeza y cuello sin alteraciones, cardiopulmonar sin compromiso, mamas turgentes no dolorosas; Abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo, FCF; 134, con producto en presentación cefálica, situación longitudinal, dorso a la izquierda, producto encajado, genitales adecuados para edad y sexo, el tacto vaginal; cérvix con dilatación de 6cm y 90% de borramiento, amnios íntegros, posición central y consistencia blanda, extremidades simétricas, integra, buen llenado capilar, sin edema.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Primigesta con embarazo de 36.3 semanas de gestación por ultrasonido (8.3)/35.6 semanas de gestación por ultrasonido (14.6) más trabajo de parto en fase activa.

ANÁLISIS Paciente con embarazo pre término con modificaciones cervicales, pasa a labor para vigilancia obstétrica.

PLAN: Vigilancia Obstétrica continua, atención de parto.



VII.- Aplicación del proceso de enfermería

Valoración focalizada de patrones funcionales basado en el modelo de Marjory Gordon.

Patrón 1 Percepción - Manejo de salud.

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Por tanto, se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc). En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas. ⁽¹³⁾

Percibe un buen estado de salud previo y durante el embarazo, niega alergias, considera tener buenos hábitos higiénicos, alimenticios, niega el uso de agentes tóxicos para la salud, considera importante la atención médica por lo que acude a sus consultas, mantiene buena adherencia terapéutica del según las recomendaciones de la OMS ya que se apega a las indicaciones recibidas durante la consulta, refiere incertidumbre por el trabajo de parto por el cual está viviendo, refiere no tener algún conocimiento sobre lactancia materna y el método que utilizara posterior al parto.

Patrón 2 Nutricional – Metabólico.

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura. ⁽¹³⁾



Se mantiene con un adecuado IMC 22.5, con un peso de 57,600, dice mantener una dieta regular y refiere mantener buen apetito, aunque no come demasiado, come 4 veces al día, y los horarios varían no muy considerablemente, toma aproximadamente 8 vasos de agua al día, desayuna a partir de la 8:00 horas, a las 12:00 come algo ligero, en ocasiones incluye una fruta por la mañana o a medio día, la comida es a partir de las 4:00 pm y la cena a las 8:00pm, su dieta es rica en frutas, verduras diariamente come carne de res 2 veces a la semana, cerdo una vez y pollo de 3 a 4 veces, no tiene problema con la mayoría de los alimentos, ingiere de 1.5 a 2 litros de agua al día.

Ingirió durante el embarazo ácido fólico, sulfato ferroso y multivitamínicos en forma periódica, respetando el mismo horario.

Presenta piel color moreno claro, con escaso vello, bien hidratada, cabello al hombro de apariencia sano, uñas integra, sanas, no presente ningún tipo de lesiones en la piel.

Patrón 3 Eliminación.

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones. (13)

Menciona no tener problemas digestivos, ya que evacua una vez al día, sin presentar dolor o necesidad de hacer esfuerzo, con presencia de flatulencias refiere 7 o más micciones, ya que le gusta tomar agua 8 vasos al día, orina amarilla clara sin olor desagradable, sudoración normal, sin cambio durante el embarazo, al realizar algún esfuerzo o su actividad física, no presente signos de hiperhidrosis u otras anomalías.

Patrón 4 Actividad – Ejercicio

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía. (13)

Se considera una persona activa, no presenta algún tipo de problema al realizar sus actividades cotidianas ni en actividades que requieran de esfuerzo adicional, no realiza ningún tipo de ejercicio, no se le dificultan posturas por el embarazo, ya que



es muy ágil en sus movimientos, presenta buen tono muscular y adecuada fuerza en sus extremidades.

Patrón 5 Sueño – Descanso.

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos. (13)

Refiere tener un espacio cómodo para descansar, un cuarto grande con cama matrimonial, libre de ruidos externos, bien ventilado y sin entrada de luz, descansa de 7 a 8 horas diarias, puede variar en la hora de 10:00 pm a 12:00pm la hora de acostarse, se despierta una o dos veces durante la noche al baño, pero concilia fácilmente el sueño, durante el último mes del embarazo tuvo más dificultad para tomar una postura cómoda para dormir, pero no de gran importancia.

Patrón 6 cognitivo – Perceptual.

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo, se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje. (13)

Paciente bien orientada, se percibe a sí misma como una persona alegre y optimista, no tiene problemas para aprender cosas nuevas, se le facilita siempre y cuando practique lo que quiere aprender, se siente cómoda y feliz, con su manera de enfrentar los problemas de la vida, refiere molestarse si se queda mucho tiempo sola, pero se entretiene viendo televisión, no se le dificulta la toma de decisiones, y considera que en su familia encuentra todo el apoyo que necesita, en este momento refiere dolor en una escala de Eva de 9

Patrón 7 Auto percepción – Autoconcepto.

Refiere aceptarse a sí misma tal y como es, normalmente se siente aceptada, es sincera, y le gusta mucho relacionarse con las personas y tiene la facilidad de hacerlo, a cerca de su apariencia corporal es de su agrado. (13)



Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc).

Patrón 8 Rol – Relaciones.

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc..Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales. (13)

Ella considera tener facilidad de convivir con las personas, actualmente vive con su pareja, no existe ningún problema en el núcleo familiar, tiene algunos buenos amigos, y no pertenece a ningún tipo de grupo social.

Patrón 9 Sexualidad y Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo. (13)

Refiere menarca a los 11 años, con ciclos menstruales regulares cada 30 días durante 4 días, cólicos menstruales leves, vida sexual activa desde hace 1 años con su actual pareja, refiera buena comunicación y que el embarazo no ha resultado como impedimento en el desarrollo de su sexualidad en la actualidad, quiere tener más hijos en un futuro, aunque no sabe cuál será el método anticonceptivo de su elección.

Patrón 10 Adaptación – Tolerancia al estrés.

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones. (13)

Al recordar momentos de estrés menciona que su forma de enfrentar estos sentimientos es tomar un tiempo de soledad y reflexión, no requiere de ningún tipo de medicamento para ansiedad o para afrontar algún tipo de problema, tiene mucha confianza a su pareja.



Patrón 11 Valores – Creencias.

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. (13)

Ella se considera una persona feliz y plena, no considera la religión como base en su familia, le es de mucha importancia la educación, cordialidad y los valores, cree en la sinceridad como el valor más importante, tiene confianza en sí misma y se siente capaz de sobrellevar los problemas cotidianos de la vida diaria.

Laboratorios:

Grupo sanguíneo y factor RH

Grupo sanguíneo	A	
Factor RH	Positivo	

Coagulación:

Estudio	Resultado unidades	valores de referencia
TP	12.30seg.	9.70 - 13.70
TTP	26.70seg.	22.20 - 30.20

Biometría Hemática

Estudio	Resultado unidades	valores de referencia
RBC	4.29 10.6/uL	4.00-5.50
HGB	13.30 g/dL	12.00-17.40
HCT	36.90%	36.00-52.00
MCV	86.00um ⁹	76.00-96.00
MCH	31.00pg/cell	27.00-32.00
MCHC	33.90 g/dL	33.00-36.00
RDW-CV	14.30%	11.50-15.00
RDW-SD	34.60 fL	46.00-59.00



PLT	187.00103/uL	150.00-400.00
PMV	11.90	8.00-15.00
PCT	0.22%	0.11-0.28
PDW-CV	34.00%	15.00-17.00
PDW-SD	25.60 fL	15.00-17.00
WBC	13.46 103/uL	5.00-10.00

NEU %	77.30 %	37.00-73.00
LYM%	13.60 %	20.00-40.00
MONO%	7.40 %	3.00-9.00
EOS%	.10 %	0.50-3.00
BASO%	1.60 %	0.00-2.00
NEU#	10.40 x 10.e3/uL	1.90-8.00
LYM#	1.83 x 10.e3/UI	1.00-4.50
MONO#	1.00 x 10.e3/UI	0.10-1.00
EOS #	0.01 x 10.e3/UI	0.02-0.50
BASO#	0.22 x 10.e3/uL	0.00-0.20

Serología

Estudio	Resultado unidades	valores de referencia
VDRL	Negativo	Negativo

Estudio	Resultado unidades	valores de referencia
VIH	No reactivo	No reactivo
Antígeno superficie Hepatitis B	Negativo	Negativo
Ac Anti Hepatitis C (HCV)	Negativo	Negativo

Uroanálisis:

Estudio	Resultado unidades	valores de referencia
Color	Amarillo	
Aspecto	Ligeramente turbio	
Sedimento	No se observaron	
Densidad	1.025	1.010-1.130



PH	6.5	5.0-6.0
Glucosa	Negativo	Negativo
Proteínas	Negativo	Negativo
Hemoglobina	Negativo	Negativo
Cuerpos cetónicos	Negativo	Negativo
Bilirrubina	Negativo	Negativo
Urobilinogeno	0.2 mg/dl	Normal
Nitritos	Negativo	Negativo
Esterasa Leucocitaria	Negativo	Negativo
Sedimento Urinario:		
Células epiteliales	Escasas	
Citolisis bacteriana	No se observan	
Leucocitos	0-1C	
Piocytes	No se observan	
Eritrocitos	No se observan	
Bacterias	Escasas	
Funguria	No se observan	
Filamento de mucina	No se observan	
Cilindros	No se observan	
Cristales	No se observan	

Laboratorios:

Con HB 13.3, plaquetas de 187000, leucos 13.4, Hemotipo A(+), EGO con nitritos negativos, leucos de 1-2 por campo.

Resultados dentro de parámetros normales.



7.1.3 Jerarquización de problemas.

Durante la valoración de los patrones funcionales se encuentran afectados los siguientes:

el patrón 6 cognitivo-perceptivo; Se encuentra en trabajo de parto en fase activa y refiere dolor obstétrico con una escala de Eva de 9

el patrón 1 de percepción y manejo de salud; No tiene ningún conocimiento acerca de trabajo de parto normal, lactancia materna.

patrón 9 de sexualidad y reproducción; Aún no ha elegido algún método anticonceptivo posterior al parto.

7.2 Diagnósticos de enfermería.

1.- Deficiencia en el manejo del dolor obstétrico R/C contractilidad uterina, trabajo de parto en fase activa M/P Expresión verbal, facies de dolor, Evaluación de 9 en la escala de EVA

2.-Riesgo de reproducción no planificada R/C Falta de elección de método anticonceptivo posterior al parto.

3.- Riesgo de lactancia materna ineficaz R/C Falta de conocimiento sobre los beneficios, y temor a cambios físicos negativos a causa de la lactancia materna.

7.3 Problemas interdependientes:

No se presentaron.

7.4 Planeación de los cuidados:

Paciente femenino adolescente de 16 años de edad primigesta de 36.3 semanas de gestación acude al servicio de urgencias por presentar dolor obstétrico y salida de tapón mucoso, se intenta realizar tocólisis fallida por lo que se deja a libre evolución en labor.



Durante la estancia de la paciente adolescente en el servicio de labor, se pretende lograr brindarle un cuidado integral desde la atención de trabajo de parto, parto y parte inicial del puerperio inmediato, realizando intervenciones especializadas de enfermería perinatal, como el manejo del dolor sin medicamento durante el trabajo de parto, promover el uso de dispositivo intrauterino o algún método que sea de su preferencia, favorecer el apego precoz e inicio adecuado y efectivo de la lactancia materna, y una vez establecido el binomio, retomar el tema del método anticonceptivo elegido y sus futuros cuidados.

7.4.2 Intervenciones de Enfermería:

- Favorecer el apego precoz al nacimiento.
 - Dar la bienvenida con una sonrisa y un saludo personal. (11)
 - Comprobar si existen barreras lingüísticas, presentarse y explicar el papel que se va a desempeñar en la atención a la mujer. (11)
 - Adoptar unas maneras tranquilas y transmitir seguridad y confianza, lo que disminuirá la ansiedad, el miedo y el estrés que experimentan muchas mujeres. (11)
 - Uso de enfoque de riesgo (10)
 - Interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, liquido o sangre a través de los genitales. (10)
 - Tomar signos vitales. (10)
 - Efectuar palpación abdominal. (10)
 - Medición de altura uterina. (10)
 - Verificar presentación fetal. (10)
 - Tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino. (10)
 - Evaluar características de membranas amnióticas. (10)
- Evitar en todo momento la presencia de personal innecesario. (11)



- Utilizar preguntas abiertas y no dirigidas para conocer cómo se siente la mujer, conocer sus necesidades y qué puede contribuir a su comodidad y bienestar y si algo le angustia o le preocupa en especial. (11)

Conocer las expectativas de la mujer sobre el desarrollo de su parto y el nacimiento del bebé. (11)

Favorecer su libertad de movimientos y de expresión emocional, la ingesta de líquidos, y respetar su necesidad de no sentirse observada ni enjuiciada. (11)

- Ofrecer información comprensible y pertinente, disipar ideas erróneas y mostrar en todo momento apoyo, comprensión y confianza en la capacidad de la mujer de afrontar el parto. (11)

Evaluar el conocimiento que la mujer tiene sobre métodos de alivio del dolor para poder proporcionar la información y el asesoramiento que le permita la elección de los que mejor se adapten a ella. (11)

- Centrar la atención de los profesionales en la mujer y no en el cardiotocógrafo o en la documentación clínica. (11)

- Obtener el consentimiento verbal de la mujer antes de realizar cualquier procedimiento o examen, y explicar y solicitar su permiso si le proponemos una exploración con fines docentes o ésta va a ser repetida por profesionales en formación. (11)

- Solicitar permiso para la permanencia durante el parto de personal en formación. (11)

- Enseñar a procurar confort y a practicar masaje para alivio del dolor, si la mujer lo reclama. (11)

- Procurar un ambiente tranquilo y silencioso, respetando la privacidad y necesidad de aislamiento y concentración que tenga. (11)

- Proporcionar educación a cerca de lactancia materna efectiva, disipar dudas que se podrían presentar durante su ejercicio. (10)

- Explicar los beneficios de la lactancia materna, tanto para el recién nacido como para la madre. (10)

- Buscar intencionadamente algún factor físico o psicológico que interfiera con este proceso.



-Alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana. (10)

7.5 Ejecución:

1.- Deficiencia en el manejo del dolor obstétrico R/C contractilidad uterina, trabajo de parto en fase activa M/P Expresión verbal, facies de dolor, Evaluación de 9 en la escala de EVA

Objetivo de la persona: Tener un mejor manejo del dolor.

Objetivo de enfermería: Lograr que la paciente tenga un parto fisiológico, no medicalizado, realizar técnicas no medicalizadas para mejorar la tolerancia al dolor.

7.5.1 Registro de las intervenciones;

El día 13 de abril a las 20:00 horas a su ingreso, debido a la falta de conocimiento del proceso del trabajo de parto y dolor pélvico con una escala de Eva de 9.

7.6 Evaluación:

7.6.1 Evaluación de la respuesta de la persona; Positiva

7.6.2 Evaluación del proceso;

Durante el tiempo de atención, la paciente se siempre mostro una actitud positiva y cooperadora, adoptando posiciones que le fueran favorables para mejorar su tolerancia al dolor, hasta el momento del parto

2.-Riesgo de reproducción no planificada R/C Falta de elección de método anticonceptivo posterior al parto.

Objetivo de la persona: Conocer los métodos de planificación familiar que se adecuen a sus necesidades.



Objetivo de enfermería: Dar información acerca de los métodos anticonceptivos disponibles con el fin de que la paciente elija el que más le sea conveniente antes de su alta.

7.5.1 Registro de intervenciones;

El día 13 de abril a las 21:00 horas al referir desconocimiento acerca tipo de método anticonceptivo que desea utilizar.

7.6 Evaluación:

7.6.1 Evaluación de la respuesta de la persona: Positiva

7.6.2 Evaluación del proceso: La paciente aprendió a cerca de la importancia de tener un método anticonceptivo planificado para el momento de su parto y decide utilizar el dispositivo intrauterino, y se le explican los cuidados posteriores.

3.- Riesgo de lactancia materna ineficaz R/C Falta de conocimiento sobre los beneficios, y temor a cambios físicos negativos a causa de la lactancia materna.

Objetivo de la persona: No brindar lactancia materna, ya que esto podría contribuir a presentar cambios físicos negativos.

Objetivo de enfermería: Establecer un binomio seguro, con un apego precoz y una lactancia materna exitosa.

7.5.1 registro de intervenciones:

Posterior al parto, el día 13 de abril a las 1:30 horas posterior al parto, la paciente desconoce si brindara lactancia materna a su recién nacido ya que piensa que por ofrecerla, su cuerpo cambiara negativamente.

Evaluación:



7.6.1 Evaluación de la respuesta de la persona: Positiva

7.6.2 Evaluación del proceso: La paciente aprendió a cerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva, teniendo las herramientas de conocimiento necesarias para continuar con ella hasta el primer año de vida como es de su elección, no se encuentra ningún problema físico o psicológico que impida el curso natural de este proceso.

VIII. - Plan de Alta:

Paciente: P.R.LY.

Diagnóstico de ingreso: primigesta con embarazo de 36.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación más amenaza de parto prematuro.

Resumen, evolución y estado actual: Ingresó paciente con diagnóstico previamente mencionado se mantiene en vigilancia obstétrica, se inicia con tocólisis la cual es fallida, continúa con trabajo de parto que se deja a libre evolución, posteriormente se atiende parto sin complicaciones, se refiere asintomática, tolera vía oral, y ambulación, niega síntomas de vasoespasmo, últimos signos vitales dentro de parámetros normales, alerta bien conformada con adecuada coloración de piel, y tegumentos, hidratada sin compromiso cardiorrespiratorio, mamas simétricas turgentes, secretantes, no congestivas, abdomen blando, depresible, sin datos de infección, sin datos de irritación peritoneal, útero con adecuado tono e involución a nivel de cicatriz umbilical, genitales de acuerdo a edad y sexo, episiorrafia sin hematomas, sin datos de infección, loquios hemáticos escasos no fétidos, extremidades sin edema, llenado capilar de 1 segundo.

Manejo durante la estancia:

- Atención Obstétrica.
- Colocación de DIU

Diagnóstico final: Puerperio fisiológico posteutocia más episiotomía media lateral derecha más colocación de dispositivo intrauterino.

Fecha y hora de procedimientos:

13 de abril de 2018 01:22 horas atención de parto eutócico más episiotomía media lateral derecha/episiorrafia más colocación de DIU.

Motivo de egreso: Mejoría clínica



Plan de manejo y tratamiento:

- Sulfato ferroso 200mg VO cada 24 horas por 30 días.
- Ácido fólico .4mg cada 24 horas por 30 días.
- Paracetamol tabs. 500mg cada 6 horas durante 5 días.

Recomendaciones para vigilancia ambulatoria:

- Cita abierta a urgencias con datos de alarma (Sangrado, Dolor y Fiebre)
- Acudir a hospital Materno Infantil en una semana para revisión de puerperio.
- Acudir a su centro de salud a revisión de DIU al mes, a los 6 meses y cada año.
- Realizar citología vaginal y revisión de mamas en 2 meses.
- Durante el puerperio (tiempo tras el parto que dura hasta los 42 días posterior al nacimiento) se tienen secreciones vaginales, llamadas loquios, que al principio son rojas y van perdiendo intensidad hasta desaparecer.
- Realizar baño diariamente desde el primer día (evitar baños de inmersión) - En los partos vaginales debe limpiar la herida con agua y jabón y secarla dos veces al día, limpiando “de delante hacia atrás, nunca en sentido contrario”. Evitar frotar cada vez que va al baño. Evite el uso de antisépticos yodados.
- Cambie las toallas con frecuencia para evitar infecciones.
- Utilice ropa interior transpirable (algodón).
- No use tampones durante este periodo.

Higiene y cuidado de las mamas

- Lave los pezones con agua y jabón, sólo una vez al día (el uso frecuente de jabón tiene efecto secante y puede favorecer la aparición de grietas). No use cremas ni pomadas salvo indicación médica. Deje los pezones al aire durante unos minutos después de las tomas, para ayudar a calmar posibles irritaciones.

Actividad física

- La actividad física es imprescindible para que su organismo recupere la normalidad. Lo más adecuado es el paseo diario. Es fundamental realizar ejercicios



(de contracción y relajación) para recuperar el tono de los músculos perineales, que rodean la vagina.

Alimentación

- Evite la pérdida de peso intencionada durante este periodo, después del parto se produce una disminución progresiva del mismo. - Siga dieta equilibrada, variada y rica en calcio y fibra (evita el estreñimiento). - Evite tóxicos (tabaco, alcohol...). - Procure tomas líquidas en abundancia.

Relaciones sexuales

- Volverá a tener su menstruación aproximadamente 40 días tras el parto. Si da la lactancia materna, puede retrasarse hasta su finalización. - Recuerde que la lactancia materna no es un método anticonceptivo. - Es aconsejable no mantener relaciones sexuales vaginales hasta que la herida esté cicatrizada (al menos en las 2-3 semanas tras el alta).

Cuidados del recién nacido:

- Acudir al servicio de lactancia materna para llevar el buen control del desarrollo fisiológico del recién nacido.
- Acudir al servicio de tamiz auditivo.
- Baño diario con jabón neutro.
 - Cuidados del cordón, agua y jabón, mantener limpio y seco.
 - Usar ropa de algodón. Evita sobre abrigo.
 - Puede cortar uñas con cuidado a partir de la primera semana.
- La lactancia materna será a demanda del recién nacido.
- Acostar boca arriba.
- Evitar fumar en la misma habitación del niño, así como el contacto con personas con infecciones respiratorias y los lugares con aglomeración.



IX: - Conclusiones:

Gracias al buen manejo del proceso enfermero y la enriquecida valoración que se desarrolla de acuerdo al modelo de Marjory Gordon y los 11 patrones, se ha logrado estudiar más a fondo una problemática de gran interés social, ya que repercute directamente en varios aspectos del desarrollo de la comunidad, existen algunos paradigmas del embarazo en la adolescencia que deberían resolverse con responsabilidad, quitar los tabúes y reconocer que el adolescente fisiológicamente está preparado y listo para la actividad sexual, que es una realidad que hay que resolver con prevención, que no sea un "no lo hagas", sino un "hazlo seguro". Este estudio de caso cumplió con sus objetivos en su totalidad, demostrando que, con un adecuado abordaje, se pueden llevar a cabo un trato integral y holístico a la población adolescente que está cursando por un embarazo, logrando así disminuir los riesgos.



Sugerencias:

- Llevar a cabo investigaciones que enriquezcan la práctica profesional como especialistas en la atención obstétrica.
- Siempre basar cada una de las intervenciones en evidencia científica que respalde los procesos.



Bibliografía;

1.- MSc. Gilberto Enrique Menéndez Guerrero, MSc. Inocencia Navas Cabrera MSc. Yusleidy Hidalgo Rodríguez· MSc. José Espert Castellanos
Rev Cubana Obstet Ginecol vol.38 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2012

El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600x2012000300006

2.- Actualizaciones de enfermería, NANDA; NOC, NIC, metodología de enfermera
página oficial.

3.- Alejandrina Arratia F.

20 de junio del 2005.

INVESTIGACIÓN Y DOCUMENTACIÓN HISTÓRICA EN ENFERMERÍA

4.-METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA: FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.
VALORACIÓN DIAGNÓSTICA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE
MARJORY GORDON. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: CONCEPTO Y TIPOS
SEGÚN TAXONOMÍA NANDA. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS
ENFERMEROS: RESULTADOS E INTERVENCIONES (NOC Y NIC)



5.- AUTORAS: Maestra Iñiga Pérez Cabrera, Decana de la ENEO-UNAM. Profesora de carrera de TC. Y M^a Cristina Castañeda Godínez, Profesora de la ENEO-UNAM.

Martes 3 de julio del 2013.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS PARTERAS EN MÉXICO

6.- Aremis Villalobos-Hernández, D en Est de Pobl, Lourdes Campero, D en Ed, Leticia Suárez-López, M en D, Erika E Atienzo, M en C, Fátima Estrada, D en CS, Elvia De la Vara-Salazar, M en EP.

Artículo original revista Scielo. Abril 2015.

Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México

7.- Asociación Pro Lactancia Materna Aprolam AC 2017.

<http://aprolam.com.mx/>

8.- Edición: 1.^a, octubre 2010 Reimpresión: 1.^a, corregida, ebrero 2011 Tirada: 500
Internet: <http://publicaciones.administraciones.es> Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf

9.- J Guadalupe Panduro Barón, * Priscila Magaly Jiménez Castellanos, * J Jesús Pérez Molina,* Elizabeth Guadalupe Panduro Moore,* Damián Peraza Martínez,* Norma Argelia Quezada Figueroa .

Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom1211c.pdf>

10.- Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.

11.- Guía de Práctica clínica para la atención del parto normal.



Victoria Gasteiz 2010.

Servicio Central de Publicaciones del gobierno vasco.

12.- Guía de práctica clínica: Consulta y asesoría médica para el uso de la anticoncepción hormonal.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

27 de julio de 2017.

13.- José Luis Álvarez Suarez Fernanda del Castillo Arévalo Delia Fernández Fidalgo Montserrat Muñoz Meléndez, Fernando Alonso Pérez Director de enfermería de A.P., Emilio Velazco Castañón Coordinador de enfermería de E.A.P.

Junio del 2010.

Patrones funcionales de Marjory Gordon

14.- Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico y manejo del parto pretérmino. México secretaria de salud: 2009

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/063_GPC_Part_oPretermino/Parto_Pretermino_ER_CENETEC.pdf

15.-Organización mundial de la Salud

Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. The Lancet, June 2012.

19 de febrero del 2018

Nacimientos prematuros

<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>



16.- Revista chilena de obstetricia y ginecología
versión On-line ISSN 0717-7526

Rev. chil. obstet. ginecol. vol.80 no.4 Santiago ago. 2015

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000400005>

Luis Alfonso Mendoza Tascón , Martha Deyfilia Arias Guatibonza, Claudia Bibiana Peñaranda Ospina, Laura Isabel Mendoza Tascón, Stefania Manzano Penagos, Ana María Varela Bahena.

Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal.