



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA PERINATAL

DIAGNÓSTICO:

ESTUDIO DE CASO, APLICADA A MUJER DE 38.6 SEMANAS DE GESTACIÓN, CON TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA. BASADO EN EL MODELO DE MARJORY GORDON.

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ENFERMERA ESPECIALISTA PERINATAL

ALUMNA: E.E.E.P. GABRIELA ROBLES MEDINA.
COORDINADORA: E.E.P. DAYENY SALAS HINOJOSA.

MEXICALI BAJA CALIFORNIA AGOSTO DEL 2018.



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.

DIAGNÓSTICO:

ESTUDIO DE CASO, APLICADA A MUJER DE 38.6 SEMANAS DE GESTACIÓN, CON TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA. BASADO EN EL MODELO DE MARJORY GORDON.



“Un bebé es algo que llevas dentro de ti durante nueve meses, en tus brazos durante tres años y en tu corazón hasta el día que te mueras”

Mary Mason

E.E.E.P. GABRIELA ROBLES MEDINA.

RECONOCIMIENTOS

La universidad me dio la bienvenida como tal, las oportunidades que me ha brindado son incomparables, antes de todo esto, no pensaba que fuera posible que algún día se realizaran mis sueños.

Agradezco mucho por la ayuda de mis maestros, mis compañeros, y a la universidad en general por todo lo anterior en conjunto con todos los copiosos conocimientos que me ha otorgado.

A mi coordinadora Dayeny Salas Hinojosa, por su ardua labor de traer la especialidad a nuestro estado, ya que por ella, estoy realizando una meta más en mi ámbito profesional.

A mis hijas April y Jacqueline, por motivarme e impulsarme, a que me fuera a otra ciudad a realizar la especialidad, aun consientes que no estaría con ellas, por un largo tiempo.

Tomás eres y fuiste mi gran muro de sostén, pasamos altas y bajas durante este año de estudio. Ahora reafirmamos que caminos queremos seguir.

Y por último a mí misma porque a pesar de haber iniciado con fuertes problemas personales, no desistí en la culminación de la especialidad.

ÍNDICE

I.- Introducción -----	4
II.- Objetivos del estudio del caso -----	5
III.- Fundamentación.	
3.1 Marco Teórico -----	6
3.2 Antecedentes -----	11
IV.- Marco Conceptual.	
4.1 Conceptualización de la enfermería -----	12
4.2 Paradigmas -----	14
4.3 Teorías de Enfermería -----	20
4.4 Proceso de enfermería -----	26
V.- Metodología.	
5.1 Estrategia de investigación -----	31
5.2 Selección del caso y fuente de información --	32
5.3 Consideraciones éticas -----	33
VI.- Presentación caso.	
6.1 Descripción del caso -----	34
VII.-Aplicación del proceso de enfermería.	
7.1.1 Valoración focalizada -----	37
7.1.2 Análisis de estudio de laboratorio y gabinete-	38
7.1.3 Jerarquización de problemas -----	40
7.2 Diagnóstico de enfermería -----	41
7.3 Problemas interdependientes -----	42
7.4 Planeación de los cuidados.	
7.4.1 Objetivos de la persona -----	43
7.4.2 Objetivo de enfermería -----	43
7.4.3 Intervenciones de enfermería -----	44

7.5 Ejecución.	
7.5.1 Registro de las intervenciones -----	46
7.6 Evaluación.	
7.6.1 Evaluación de la respuesta de la persona -----	47
7.6.2 Evaluación del proceso -----	47
VIII.- Plan de Alta -----	48
IX.- Conclusiones -----	49
X.- Sugerencias -----	50
XI.- Bibliografía -----	51
XII.- Anexos -----	54

I.- INTRODUCCIÓN

En toda institución médica se deben de aplicar las normas oficiales y los procedimientos, para la atención del parto, y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como el bienestar durante todo su proceso. (1) Durante el transcurso del trabajo de parto de la usuaria, es necesario conocer su estado emocional como físico, así mismo es importante que la enfermera tenga los conocimientos y las habilidades, para poder brindar una atención pronta, eficaz y óptima.

II.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASOS.

General:

➤ Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y del feto/recién nacido.

Específicos:

- Favorecer el proceso del parto con el mínimo de intervenciones necesarias para garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez en actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto.
- Favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.
- Considerar el parto como un acontecimiento singular y único en el devenir de una mujer.
- Que la gestante se sienta protagonista y responsable del parto y de la toma de decisiones en el mismo.
- Formular diagnósticos de Enfermería en orden jerárquico de acuerdo a los cuidados específicos, en su estancia intrahospitalaria.
- Evaluar los resultados obtenidos según las acciones ejecutadas y de acuerdo a los objetivos planteados, modificando el plan de cuidado si es necesario.

III.- FUNDAMENTACIÓN.

3.1 MARCO TEÓRICO:

El trabajo de parto es la cadena de eventos fisiológicos que permiten al feto emprender su viaje del útero al mundo exterior, la duración de un embarazo único es de alrededor de 40 semanas (280 días), desde la fecha de la última menstruación, y un embarazo es considerado de término desde la semana 37 (259 días) a 42 semanas (294 días). El trabajo de parto es un diagnóstico clínico caracterizado por contracciones uterinas regulares, dolorosas, con la asociación de que el incremento en su frecuencia e intensidad produce modificaciones progresivas en el borramiento y dilatación cervical. Cuando las contracciones no producen cambios cervicales no se puede realizar el diagnóstico del trabajo de parto. Las manchas sanguíneas o "tapón mucoso" que es expulsado vaginalmente pueden preceder al comienzo del trabajo de parto, varios días antes, pero no es un prerrequisito para el diagnóstico. Las membranas fetales frecuentemente se rompen durante el curso del trabajo de parto, y ocasionalmente antes del comienzo de este.

FASES FISIOLÓGICAS DE LA ACTIVIDAD UTERINA

El trabajo de parto es un evento que se inicia por la eliminación del efecto inhibitorio del embarazo en el miometrio favoreciendo el proceso activo gobernado por los elementos toco-estimulantes.

Se describen 4 fases fisiológicas de la actividad uterina:

- **FASE 0 O QUIESCENTE**

En esta fase el útero se mantiene en un estado funcional quiescente través de una serie de inhibidores: progesterona, prostaciklinas, relaxina, óxido nítrico, péptido relacionado a la calcitonina, adrenomedulina, y péptido intestinal vasoactivo.

- **FASE 1 O ACTIVACIÓN**

Ocurre al final del embarazo y va desde el inicio de las contracciones del trabajo de parto. Los aspectos a destacar en este lapso son el reblandecimiento cervical y el aumento importante en el número de receptores para oxitocina y prostaglandinas a nivel de las células miometriales. Las prostaglandinas jugarían un papel importante alterando el tejido conectivo.

- **FASE 2 O ESTIMULACIÓN**

Es el lapso donde se presenta el trabajo de parto, debido a que hay una adecuada expresión de una serie de proteínas asociadas a la contracción, incluidos aquí receptores para oxitocina y prostaglandinas, activación de canales para iones, y un incremento en la conexina-43.

- **FASE 3 O INVOLUCIÓN**

Este periodo es el que representa el regreso de la mujer a su estado previo al embarazo, se caracteriza por la involución uterina, la eyección láctea y, por último, la restauración de la fertilidad.

MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO NORMAL

Las contracciones uterinas tienen 2 funciones: dilatar el cérvix y empujar al feto hacia el canal de parto. El feto no es un sujeto pasivo durante el trabajo de parto, debe tener la habilidad de negociar con la pelvis materna y eso tiene 3 variables: la actividad uterina, el pasajero, y el pasaje.

ACTIVIDAD UTERINA (MOTOR)

La actividad uterina o "poder" es la fuerza generada por la musculatura uterina durante la contracción. Las características utilizadas para describir las contracciones son frecuencia, intensidad y duración. Los potenciales de acción que ocurren en las células miométricas a través de los canales de calcio y potasio ocurren en ráfagas, y las fuerzas de las contracciones dependen de la frecuencia y duración de estas. Las fuerzas de las contracciones dependen de la etapa del trabajo de parto, las contracciones del trabajo de parto temprano tienen un pico de intensidad de 25 a 30 mmHg lo cual se incrementa a 60 a 65 mmHg en la segunda etapa del trabajo de parto. Otras variables que pueden influenciar las fuerzas de las contracciones incluyen la paridad, la condición del cérvix, la administración de la oxitocina, y la analgesia epidural.

OBJETO

El objeto es el feto, múltiples variables fetales pueden influenciar el curso del trabajo de parto normal y el nacimiento:

Tamaño fetal	La macrosomía fetal aumenta el riesgo de cesárea.
Situación:	El parto vaginal solo es posible si la situación del feto es longitudinal.
Presentación:	El 5% de los embarazos de término se encuentran en una mala presentación.
Actitud:	Una adecuada flexión de la cabeza fetal (barbilla sobre el tórax) ayuda que el diámetro menor de la cabeza en la presentación cefálica entre la pelvis.
Posición:	Cualquier posición que no sea occipito derecha, occipito anterior u occipito izquierda es considerada una mala posición.
Estación:	Se refiere a que tan lejos está el límite óseo de la presentación fetal de las espinas ciáticas.
Numero de fetos	
Anomalías fetales	

CANAL

El pasaje a través del cual el feto debe pasar durante el trabajo de parto y el nacimiento consiste en la pelvis ósea y el tejido blando del canal de parto (cérvix y piso pélvico), ambos tienen grados diferentes de resistencia a la expulsión fetal.

ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO Se dividen en 3 etapas para facilitar su estudio y manejo clínico:

- **Primera Etapa**

La primera etapa es el intervalo entre el comienzo del trabajo de parto y la dilatación cervical completa, se subdivide en 3 fases:

1.- **Fase latente:** Es el periodo entre el comienzo del trabajo de parto hasta el punto en el cual ocurre un cambio en la pendiente del progreso de la dilatación cervical; la dilatación cervical es lenta y de duración variable.

2.- **Fase Activa:** Es cuando la dilatación cervical progresa con mayor rapidez y comienza aproximadamente cuando la paciente llega de 2 a 4 cm de dilatación, tiene una fase de aceleración, una de máxima pendiente y una de desaceleración.

3.- **Fase de Descenso:** Coincide con la segunda etapa del trabajo de parto, esta fase no es universalmente aceptada.

Período de dilatación		
Definiciones de las fases latente y activa del periodo de dilatación	<p>5. Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del periodo de dilatación.</p> <ul style="list-style-type: none"> — La fase latente del periodo de dilatación es un periodo que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes — El periodo de dilatación activa es un periodo que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes 	Recomendado

(2)

Segunda Etapa O Expulsiva

Este periodo comienza cuando la dilatación cervical llega a ser completa y termina con la expulsión del feto.

En pacientes primíparas la duración de este periodo es de 60 minutos y en múltiparas de 30 minutos. El periodo expulsivo es una etapa crítica para el feto, durante el cual debe extremarse el control del estado fetal. Las contracciones uterinas aumentan en intensidad, duración y frecuencia, además los pujos maternos aumentan la presión intrauterina que llega a superar los 120 mmHg lo que disminuye el intercambio materno fetal.

La presencia de circulares, los cuales se pueden presentar en un 30-40% de los partos, puede comprometer la circulación al producirse el descenso del feto a través del canal del parto.

Los pujos tienen un origen de reflejo por compresión de la cabeza fetal sobre el suelo pelvis.

La mujer puede percibir esta sensación sin haber alcanzado la dilatación completa, y si es el caso debe de ser instruida para que no pujan.

En el momento del expulsivo tras una inspiración profunda y al comienzo de la contracción uterina de la mujer debe de pujar de una manera intensa y prolongada, esto se puede repetir varias veces durante una contracción. Las contracciones y el pujo hacen que ocurra el descenso de la presentación.

Durante la expulsión hemos de permitir que el periné y el introito se distiendan progresivamente y hemos de evitar la expulsión rápida e incontrolada de la cabeza y hombros ya que pueden producirse desgarros perineales. Esto se facilita colocando una mano sobre el vértice y la otra con un paño estéril sobre el ano para evitar contaminación. La rotación externa hemos de procurar que se realice de forma espontánea.

EPISIOTOMÍA

Se define como la incisión quirúrgica que se realiza en el periné y vagina, cuyo objetivo es ampliar el canal del parto y facilitar la expulsión fetal. La incisión se puede realizar en la línea media o iniciarse en esta y dirigirse lateralmente hacia abajo y afuera del isquion, y puede efectuarse tanto en el lado derecho como izquierdo. El momento adecuado para realizar una episiotomía debe de ser cuando la presentación es observada en un diámetro de 3 a 4 cm durante la contracción uterina; ya que si se realiza antes, el sangrado podría ser importante y de realizarse posteriormente el suelo perineal ya se habrá distendido excesivamente, y no se habrá logrado uno de los objetivos del procedimiento. La episiotomía media y medio lateral tienen ventajas y desventajas una sobre la otra, los cuales son:

Episiotomía Media

Episiotomía Media Lateral

1 No se seleccionan fibras musculares.	1 Se seleccionan fibras musculares.
2 Fácil reparación.	2 Más difícil reparación.
3 Perdida sanguínea menor.	3 Mayor pérdida sanguínea.
4 Escasas dificultades de cicatrización.	4 Presentan dolor hasta 30% de los casos de puerperio.
5 Poco dolor en el puerperio.	5 La extensión hacia el esfínter anal es rara.
6 Se puede prolongar a esfínter anal y recto.	

El debate que actualmente existe en el uso de esta técnica tiene relación con su potencial de daño al piso pélvico. Existe evidencia que sugiere esta técnica incrementa el riesgo de desgarros perineal que comprometen el esfínter anal y el recto. La mayoría de los partos podrían ser atendidos sin episiotomía produciéndose algunos desgarros peri uretral fácilmente reparable. La realización o no de realizar una episiotomía debe ser hecha por el obstetra tomando en consideración el riesgo de laceraciones espontaneas o desgarros importantes y el riesgo que eventualmente podría tener una episiotomía, la decisión debe de ser valorada según las condiciones de cada paciente.

- **Tercera Etapa o Alumbramiento**

Se inicia al finalizar el expulsivo y concluye con la expulsión de la placenta y membranas ovulares.

Su duración es de 30 minutos y la pérdida de sangre no ha de ser superior a los 500 ml. Durante este periodo se puede producir una de las complicaciones maternas más graves, la hemorragia, siendo esta una de las causas más importantes de la morbilidad materna. Por ello se recomienda la prevención de la misma, realizando una asistencia activa de este periodo, administrando un oxitócico a la salida del hombro anterior. Si no se ha realizado el alumbramiento dirigido, y si el estado materno es bueno, no existen alteraciones hemodinámica y el sangrado vaginal no es abundante hemos de esperar que aparezcan los signos de desprendimiento placentario. Al desprenderse la placenta se eleva, se lateraliza y cambia de forma el útero. Además se evidencia la salida de sangre oscura por vagina y la paciente tiene la sensación de peso y ocupación vaginal. El signo de Kustner consiste en comprimir por encima de la sínfisis púbica el útero y observar los movimientos del cordón, si la placenta no está desprendida seguirá los movimientos del útero. Otro signo útil es el de Ahifeld que consiste en la observación de desplazamiento de la pinza colocada en el cordón umbilical. Se debe de realizar una inspección del cordón umbilical, corroborar sus 3 vasos (1 venas y 2 arterias), y de la placenta revisando su cara fetal y materna para dejar restos intrauterinos. Se explora la vagina y el cérvix, y se procede a suturar la episiotomía o desgarros vaginales que se hayan producido. En resumen el trabajo de parto es un proceso fisiológico, cuyos factores responsables de su inicio y mantenimiento son aún poco entendidos y continúan bajo investigación. Sin embargo aunque existe la descripción del promedio de duración del trabajo de parto, hay una variedad biológica individual, que el obstetra debe de considerar en el manejo de cada caso. (3)

3.2 ANTECEDENTES:

- I. De acuerdo al artículo de la revista latinoamericana sobre: Estimulación del parto con oxitocina; efectos en los resultados obstétricos y neonatales. La oxitocina no se debe emplear de forma rutinaria, solamente en casos que realmente lo ameriten. Y es un derecho de la usuaria que se le explique los efectos secundarios que podría tener la estimulación con oxitocina. En los estudios se ha comprobado que no tiene nada que ver que las usuarias sean primigestas o multíparas, esto hace efecto por igual y su relación es una tasa alta de cesáreas, requieran el uso de analgesia epidural, fiebre materna intraparto, incluyendo asociación con bajos valores de pH de sangre de cordón umbilical en el recién nacido de madres primigestas. (4)

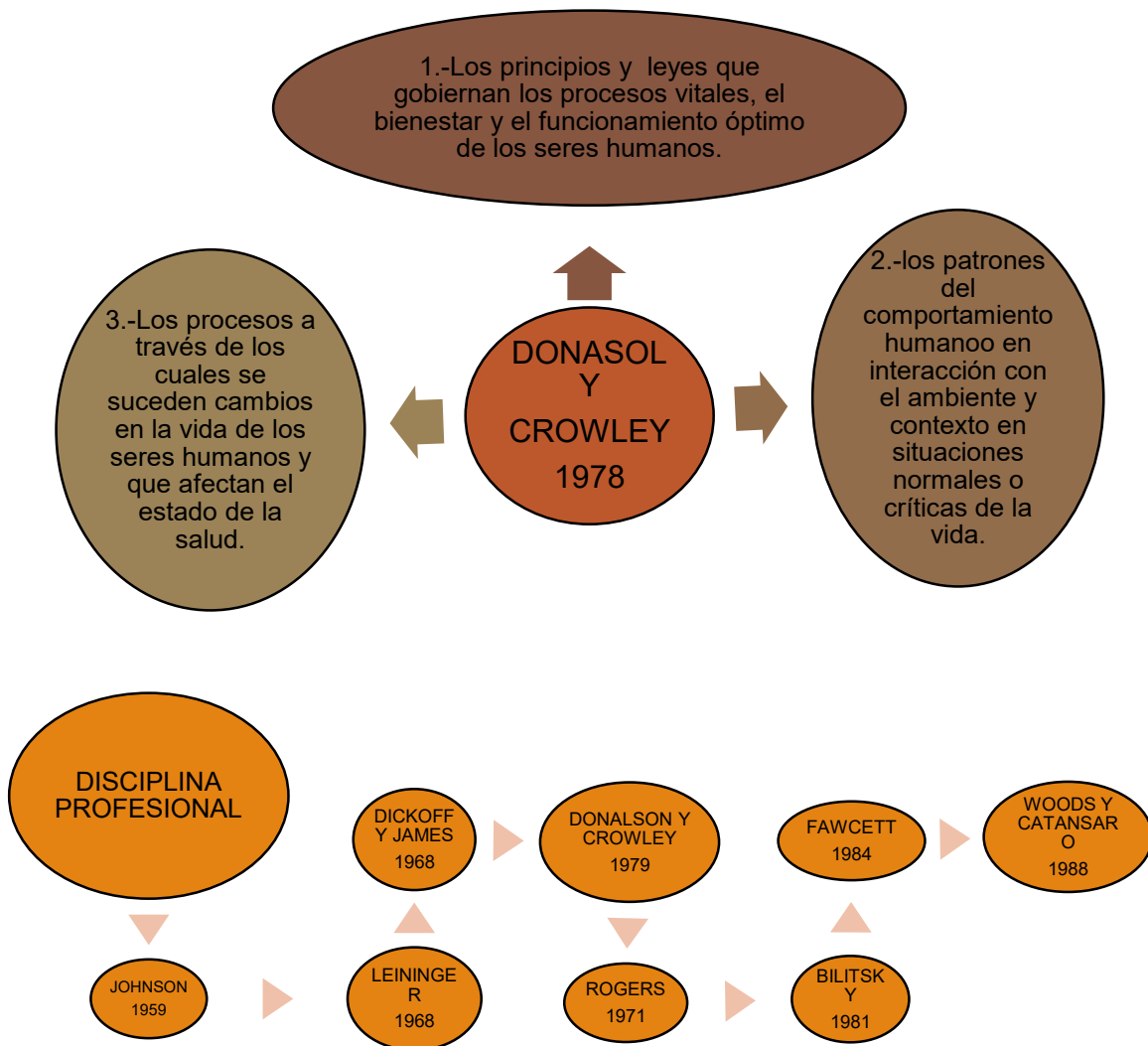
- II. En un estudio que se realizó en la revista cubana de obstetricia y ginecología, con el tema de: El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. En este artículo se está tratando de fundamentar las diferentes posiciones que han vuelto a retomar desde mucho antes que el parto se hiciera hospitalario, fuimos evolucionado en el desarrollo de la ciencia, se cambió la forma de las posiciones, para que el médico tuviera una mejor manera de controlar y manipular, tanto el estado del feto como el de la madre, creyendo que esta es una manera más segura para un parto de posición dorsal. Este tipo de posición ha llevado a una forma dominada por la movilidad y la verticalidad a una forma de pasividad y horizontalidad. (5)

- III. En la revista Índex de Enfermería del país de Brasil, me llamo la atención el artículo que tiene como nombre: Prácticas para estimular el parto normal. Se hace reflexión sobre las prácticas del estímulo al parto normal. Dando como evidencia la fundamentación de cada una de las siguientes prácticas: ayuno, enemas, spray, baños de inmersión, caminatas, movimientos pélvicos, masajes. Todos estos procedimientos que algunos se están erradicando y otros están en su auge, se han podido ofrecer gracias al avance tecnológico de la atención de la salud. Mas sin embargo los abusos de dichas intervenciones ha traído malos resultados obstétricos y ha destituido a la protagonista en el parto. Se está tratando de encontrar un equilibrio entre la tecnología y lo natural. Se está tratando de igualar las prácticas en el ámbito independiente (casa, parto independiente), para que las usuarias tengan la garantía que podrán tener estos métodos en el ámbito hospitalario. Se ofrecerá atención basada en evidencias, esto deja en claro que se está humanizando la atención parto. (6)

IV.- MARCO CONCEPTUAL.

4.1.- CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.

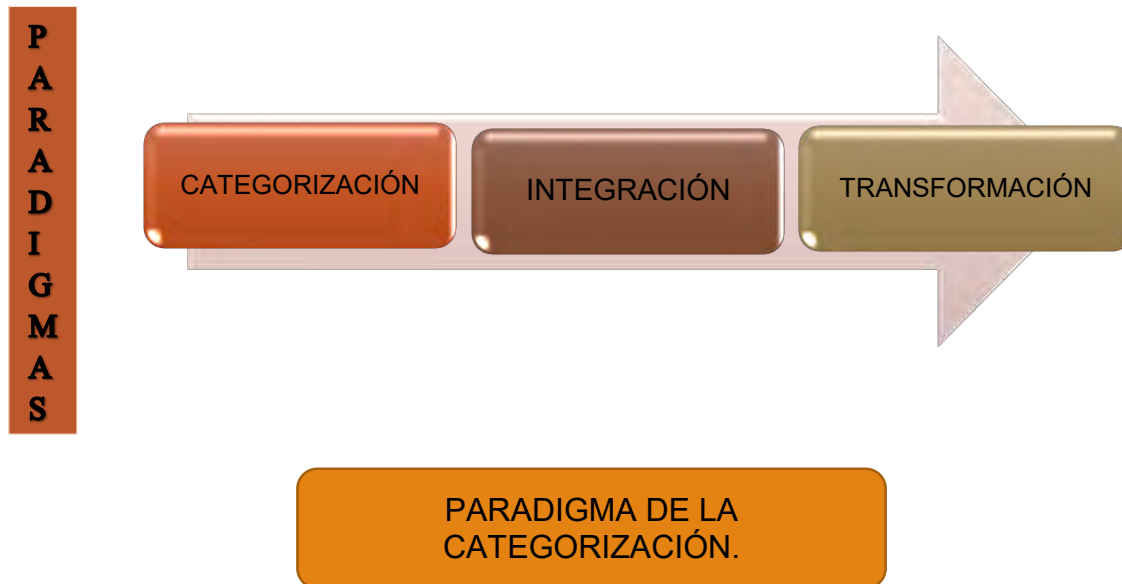
Enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); como un servicio humano amplio, compasivo y de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina el área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano. La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, sociales y culturales que tienen influencia en la salud y la enfermedad, incluyendo las definiciones de indicadores y resultados de salud. Estas características se reflejan en los temas manejados por:



Pero no por el hecho de existir consenso sobre esta definición, se asegura el crecimiento y el avance de enfermería y se logra su cometido social. Es necesario hacer esfuerzos para aclarar con mayor precisión las metas de la profesión y para ver con claridad el imperativo académico del desarrollo de la ciencia de enfermería. Con el objeto de ilustrar lo anotado se requiere tener un mínimo de claridad con relación al concepto de ciencia y su propósito y a la situación actual de la disciplina de enfermería. (7)

4.2.- PARADIGMAS.

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica en 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).



- Según el paradigma de la categorización, los fenómenos serán divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Por ejemplo, el aislamiento de las bacterias ha permitido clasificar y asociar estas bacterias a los signos y síntomas precisos de enfermedades del ser humano. Estas manifestaciones poseen características bien definidas y medibles. Pueden ser ordenadas, tienen entre sí secuencias definidas de aparición y de enlaces previsibles. Ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad estrechamente unida a la práctica médica. **Orientación hacia la salud pública:** Se sitúan en el alba de la sociedad moderna occidental, desde el siglo XIII al XIX. La necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Recordemos que, a mitad de siglo XIX, la mayoría de la población no sabe nada acerca de las infecciones bacteriológicas y sobre los modos de propagación de la enfermedad, e ignora las precauciones más elementales.

Son las motivaciones espirituales y humanitarias las que influyen profundamente los cuidados enfermeros de la época. En efecto, el cuidado que se dedica a la envoltura corporal tiene por fin mantener el cuidado del alma (Colliere, 1986). Ahora bien, Florence Nightingale, gracias a su educación, su experiencia en sus cuidados enfermeros y su personalidad, se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales militares ingleses durante la guerra de Crimea. Acompañada de 40 enfermeras laicas y religiosas, Florence Nightingale intenta dar a los hospitales las condiciones de higiene más elementales. Instruida en matemática recopila las estadísticas relacionadas con las mejoras sanitarias y la tasa de mortalidad. En menos de 6 meses, las enfermeras se ganan el respeto de los cirujanos militares, opuestos en principio a la presencia de mujeres en el seno de la armada inglesa. Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, los conocimientos en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas (Nightingale, 1859-1969). Los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades.

Nightingale considera a la persona según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente. La orientación hacia la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

Orientación hacia la enfermedad: La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas (Dolan y Cols; 1983). La erradicación de las enfermedades transmisibles es la prioridad de los años 1900 a 1950.

Aparece igualmente la formulación de diagnósticos médicos basados en la asociación de síntomas observables a partir de fallos biológicos. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El objetivo de la medicina tecnicocientífica es estudiar la causa de la enfermedad, formular un diagnóstico preciso y proponer un tratamiento específico establecido (Allan y Hall, 1998). Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas, el déficit o las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia que, como habíamos dicho, está muy unida a la profesión médica. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir el déficit y ayudar a los incapacitados.

Esta perspectiva, la persona depende de las condiciones en que se encuentra y trata de controlarlas para promover su salud y su bienestar. La salud es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como *positiva* mientras que la enfermedad es percibida como *negativa*. En la primera mitad del siglo XIX, el sistema de prestación de los cuidados enfermeros en América del Norte está caracterizado por una gestión individual, *caso por caso*, seguido por un sistema funcional de prestación de cuidados (Petitat, 1989).

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

➤ 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. Múltiples factores son los responsables de esta reacción y, entre ellos, lo son más. El paradigma de la integración a inspirado la orientación enfermera hacia la persona. **Orientación hacia la persona:** Esta orientación está marcada por 2 hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Esta evolución social da lugar a una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica. Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación en ayuda (Meleis, 1991). La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso. En la medida que la persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser biopsico-socio-cultural-espiritual. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud. Después de 1960, las investigaciones se interesan más específicamente por las mejoras de los cuidados al cliente y por el desarrollo de una base de los conocimientos en ciencia enfermera (Gorther, 1983). Con la implantación de los programas de doctorado en las universidades americanas, la investigación se inspira cada vez más en una base conceptual o teórica propia de la disciplina enfermera (Gorther, 1983; Polit y Hungler, 1991). En resumen, la orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica.

Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, la necesidad de una formación básica más progresista se impone. Las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir, el cliente y su entorno. La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales. Siguiendo el ejemplo de las teorías administrativas que pone el acento sobre las personas, la organización de los cuidados refleja el reconocimiento de las competencias crecientes de la enfermera cuidadora y le dan un gran poder en la toma de decisiones.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

- Según el paradigma de la interpretación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunas representan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un patrón único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, un mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental.

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción. El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

Apertura hacia el mundo: Esta apertura hacia el mundo tuvo lugar en la mitad de la década de los años 70. Quedó marcada por los siguientes hechos: se abren las fronteras, al principio en los aspectos culturales, después en la economía y viceversa; grandes movimientos de población y de dinero transforman, a la vez, la composición étnica original de un país y los mercados económicos (Huffman_Splane, 1984); las comunicaciones se identifican y dan lugar a una proliferación de experiencias (Ferguson, 1981). Es desde esta perspectiva que en 1978 la conferencia internacional sobre los cuidados de salud primarios destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Collière (1980) resume la filosofía de los cuidados primarios de salud: los cuidados primarios de salud se proponen ser (para la población) un medio de respuesta a sus necesidades de salud más corrientes y más habituales, teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida, e interesándose directamente en la

elaboración y la puesta en marcha de una política de salud apropiada y adaptada a la forma, a la frecuencia y a la manifestación de sus problemas en este campo. Esta perspectiva va más allá del sector sanitario e interesa a todos los sectores que contribuyen al desarrollo de la salud: lucha contra la pobreza, aspectos nutricionales, saneamiento de las viviendas, protección del entorno, mayor justicia económica y social. Dentro de esta óptica, la persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es indisociable de su universo (Martín, 1984). La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad. Formando parte de la dinámica de la experiencia humana, la salud “se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular” (Martín, 1984). En esta óptica (de los cuidados primarios de salud), los profesionales de salud no poseen el poder absoluto en las respuestas que se han de dar a las necesidades de los colectivos, sino más bien se presentan como personas de recursos que caminan en el marco de un enfoque colectivo con los individuos, las familias y las comunidades, con la intención de ayudarles a encontrar los elementos de respuesta en la satisfacción de sus necesidades de salud y de desarrollo económicos (Fortaine, 1984). La persona es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de esta. La salud, por su parte, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. Finalmente, el entorno, está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella. Efectivamente, la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo. (8)

INTEGRACIÓN
Persona
1950-1975



CATEGORIZACIÓN
SALUD PÚBLICA 1850-1900 ENFERMEAD 1900-1950



TRANSFORMACIÓN
Hacia el mundo
1975-20XX



FENÓMENO:
Contextual
Variable

ELEMENTOS:
Múltiples

RELACIÓN:
Circular
Internacional

FENÓMENO:
Divisible

ELEMENTOS:
Definidos
Medibles
Ordenados
Secuenciales

RELACIÓN:
Línea
Causa

FENÓMENO:
Único
Complejo
Global

ELEMENTOS
EN
INTERACCIÓN:
Continua
Recíproca
Simultánea

Las corrientes del pensamiento en las corrientes de la disciplina en enfermera.

4.3 TEORÍAS DE ENFERMERÍA.

Para comprender las teorías de la enfermería hay que comprender que en los principios de esta profesión, el cuidado por parte del colectivo enfermero, ha sido y es excelente, pero “no se escribía mucho de lo que se sabía ni tampoco había constancia del cuidado que se llevaba a cabo en enfermería”. Así pues algunos autores, sobre todo autoras (ya que el sector femenino ha abundado desde siempre más en esta disciplina), empezaron a plantear el modo de dar constancia, mediante escritos de la práctica enfermera y de sus objetivos. La disciplina profesional de Enfermería tiene sus inicios a mediados del siglo XIX, en épocas donde la guerra era un común denominador en los países europeos, sus orígenes se remontan al acto de cuidar a la persona herida.



Con la figura de Florence Nightingale se da el inicio a la disciplina de enfermería, esta mujer nació el 12 de mayo de 1820 y fue la primera teórica que describió a Enfermería y la relacionó con el entorno, abordando con especial interés la observación como elemento primordial para brindar cuidado de Enfermería.

Desde allí, empieza la conceptualización del Cuidado como pilar fundamental de Enfermería, entendido en la actualidad por la comunidad de enfermería como el Cuidado de la Experiencia de la Salud Humana es así como indirectamente se cimienta el Proceso de Enfermería, que no se concebía en ese entonces como un proceso, pero que se encontraba implícito en cada una de las actividades de Enfermería, a través de la valoración del herido en combate, utilizando la observación y la identificación de problemas para brindar cuidado; luego ésta metodología va evolucionando y en los años 70' se adiciona al proceso la etapa diagnóstica con el desarrollo de nomenclatura básica para describir los problemas de salud para Enfermería y posteriormente las etapas de planeación, ejecución y evaluación.(9)



Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado: Escribe los cuidados de acuerdo con su finalidad para la salud de la persona como de prevención primaria, secundaria y terciaria. Esto nos permite entender los cuidados de salud como acciones que contribuyen al bienestar de la persona, lo que hacen que sean considerados necesarios a lo largo de toda la vida y en todas las condiciones de ésta.

Los avances que se están realizando en proporcionar un enfoque multidisciplinario individualizado de los cuidados del paciente no pueden sino mejorar el bienestar de la población y emplear mejor los recursos.



Martha E. Rogers: Seres humanos unitarios: Logrando que la enfermería moderna tuviese una visión amplia acerca de los seres humanos con respecto a su entorno de un modo extrasensorial.



Sor Callista Roy: El modelo de la adaptación: Se basa en que el hombre puede llegar al máximo nivel de adaptación, evolución y que los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno de relación de forma global. Considerando que las personas se adaptan través de cuatro métodos, donde destaca: filosofía, auto concepto, desempeño de funciones y relaciones de interdependencia.



Imogene King: El marco de sistemas y la teoría de la consecución de objetivos: Proceso de interacción humano entre enfermero/a y paciente es un proceso de acción, reacción, interacción y transacción, ambos perciben la situación de cada uno, a través de la comunicación identifican problemas, fijan objetivos, exploran los medios y se ponen de acuerdo para alcanzar los objetivos propuestos.



VIRGINIA HENDERSON: Revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo el concepto de la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día aún se trabaja, tratando de cubrir completamente las necesidades del paciente en el modo en que sea posible; necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarto son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en plano moral y espiritual. Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida posible, y orienta sus cuidados a que este lo consiga del modo más rápido posible. El paciente según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que el mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.



DOROTHY JOHNSON: El modelo del sistema conductual de Johnson (JBSM) estuvo muy influido por el libro de Florence Nightingale Notes on nursing (Johnson, 1992). Acepto la creencia de Nightingale de que el primer problema de la enfermería es con la “relación entre la persona que está enferma y su entorno, no con la enfermedad” (Johnson, 1977). Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería está designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión. Johnson utilizó el trabajo de los científicos conductuales en psicología, sociología y etnología para desarrollar su teoría. También se basó en la teoría de sistemas y utilizó los conceptos y definiciones de Raport, Chin, von Bertalanffy y Buckley (Johnson, 1980).



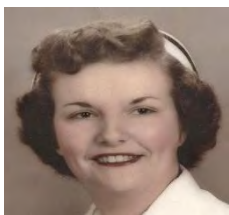
HILDERGAD PEPLAU: Se la considera la madre de la Enfermería psiquiátrica. Su principal aportación en este campo es que fundó la Enfermería psiquiátrica moderna con un concepto educador e innovador. Fue defensora de los enfermos mentales y de la educación superior para la formación de las enfermeras.

Estas aportaciones supusieron en el momento una gran controversia la cual enfrentó con valentía y determinación. Fue partícipe de los avances profesionales, educativos y prácticos en la Enfermería y su trabajo puede ser considerado como pionero en el campo de la Enfermería proporcionando a la Enfermería un método significativo para la práctica auto dirigida en un momento en el que la medicina dominaba el campo de los cuidados sanitarios. Su teoría más destacada fue la de las relaciones interpersonales. Una teoría inmediata que se centra en la relación entre la enfermera y el paciente y que construyó a partir de sus experiencias personales y prácticas, con un enfoque inductivo basado en las observaciones aplicadas de su trabajo clínico y su entorno.



Lydia Hall: Era una enfermera de rehabilitación y una teorizadora de enfermería fundamental de la década de 1960. Afirmó que la atención individual se podía ver en tres áreas diferentes: atención (el cuerpo), corazón (la persona) y cura (enfermedad). Su teoría ha servido para allanar el camino a la enfermería moderna, donde las enfermeras usan el pensamiento crítico y el conocimiento médico para tratar y curar a un paciente, en lugar de simplemente llevar a cabo las órdenes de los médicos. El "cuidado" se centra en poner las manos sobre el cuidado corporal y la creencia de que una muestra de cariño y una valoración rigurosa son terapéuticas. Este componente de crianza, también conocido como "madre" del paciente, se realizó con el objetivo de confortar a los pacientes y ayudarles a satisfacer sus necesidades. Ella cree que se trataba de un aspecto de la atención que era exclusivo para las enfermeras. En la teoría de Hall, "corazón" se refiere a la utilización de la comunicación terapéutica para ayudar al paciente a entender no sólo su condición, sino también su vida. En este aspecto, la atención al paciente se basa en las ciencias sociales y compartir con otras partes de la comunidad, tales como psicólogos y miembros del clero. El objetivo es ayudar a los pacientes a aprender sus papeles en el proceso de curación, mantener lo que son y aprender a usar a la enfermera como caja de resonancia.

La "cura" se refiere a las enfermeras aplicando sus conocimientos médicos de la enfermedad para ayudar con un plan de atención. La atención al paciente en esta sección se basa en la ciencia patológica. En este aspecto, la función de la enfermera es ayudar al paciente y a su familia para hacer frente a un tratamiento ordenado por un médico. También es aquí donde el papel de una enfermera como un defensor del paciente entra en juego, ella debe defender su plan de cuidado para el mejor interés del paciente. (10)



Marjory Gordon: A partir de 1997, una guía de valoración de salud de la persona, donde se realizaba un examen físico: exploración cefalocaudal, examen neurológico, valoración mental y valoración por patrones funcionales, sustentada en la propuesta y creada en los años setenta, para enseñarles a los estudiantes de la Escuela de Enfermería de Boston cómo realizar la valoración de los

pacientes.

En ese entonces Marjory Gordon planteó once patrones funcionales de salud, que responden a los diagnósticos de enfermería. (11)

➤ **PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA 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.

➤ **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.

➤ **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.

➤ **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.

➤ **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.

➤ **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.

➤ **PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO**

Describe el patrón de auto concepto 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.

➤ **PATRÓN 9 SEXUALIDAD - 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.

➤ **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.

➤ **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. Posteriormente en la Facultad de Enfermería en el 2000, se implementó esta guía, realizando cambios metodológicos y didácticos en la fundamentación teórica-científica de la etiqueta o problema diagnóstico con el fin de que el

estudiante integre los conocimientos de las diferentes disciplinas y en el relacionado con las metas y resultados propuestas para el paciente y el profesional, para quienes son necesarios la planeación y la ejecución de los cuidados de enfermería.(12)

4.4.- PROCESO DE ENFERMERÍA.

El P.E. es un método de organización del trabajo enfermero, que difiere de la concepción de "Método Científico", el cual refiere a la metodología de la ciencia. El P.E. es una herramienta para gestionar los cuidados. Es un recurso para tratar de normalizar y sistematizar las intervenciones, la actividad de la enfermería, más allá del objeto de dotación de leyes y teorías propias. Sin embargo, esto último, que si es objeto del método científico, está estrechamente vinculado a nuestra intervención, pues en ésta se ponen de manifiesto los resultados respaldados por la investigación científica enfermera, que ha utilizado una metodología concreta y definida. Al respecto, y como se ha argumentado con anterioridad, ante la complejidad y heterogeneidad del campo total de la ciencia y la imposibilidad de identificar un método hegemónico a todas ellas, la pregunta que convendría traer a colación refiere a cuál sería el método más idóneo para la elaboración del corpus de conocimiento de la disciplina enfermera. Bajo ésta perspectiva, podría decirse que el Proceso de Enfermería, nace de la necesidad de las enfermeras de organizar la práctica del cuidado de una forma sistemática y científica, de manera que se logre satisfacer las necesidades de cuidado de los pacientes en todos los ámbitos del ejercicio profesional de la disciplina, de forma oportuna, dinámica y medible. (13)

¿QUÉ ES EL PROCESO DE ENFERMERÍA?

El Proceso de Enfermería se define como "el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud", es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultado y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de enfermería, se fundamentan y definan los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas. Por consiguiente, el Proceso de enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información

por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.

EL PROCESO DE ENFERMERIA Y LA ACADEMIA

En la Academia existe un consenso en relación a que el Proceso de Enfermería es un instrumento óptimo, necesario para guiar el cuidado de Enfermería porque ofrece directrices de manera lógica, secuencial y evaluable sobre el modo de satisfacer las necesidades de cuidado de los sujetos tanto en el ámbito asistencial como comunitario.

Razón por la cual hace parte de la mayoría de los planes de estudios o mallas curriculares de las universidades con el programa de Enfermería tanto a nivel latinoamericano como a nivel mundial. Es por esto, que desde la docencia se tiene una responsabilidad grande para que desde un inicio se conozca e integre el proceso de Enfermería a profundidad y así los profesionales utilicen el proceso de Enfermería en cada uno de sus contextos tanto en sus escenarios prácticos como en los laborales, apuntando a interiorizar el proceso como un instrumento que orienta el cuidado, aplicándolo con cada sujeto de cuidado casi mentalmente, por ejemplo en el área asistencial, desde la entrega y recibo de turno, se empieza a realizar una planeación de los cuidados de enfermería a partir de los datos subjetivos referidos por el paciente y los datos objetivos obtenidos por medio del examen físico en la etapa de valoración, seguidamente se identifica la necesidad de cuidado real o potencial del paciente, definiendo así el diagnóstico de enfermería, estableciendo las prioridades de cuidado en cada uno de ellos y organizando de esa manera el turno y la continuidad de los cuidados en el transcurso del tiempo. Por otra parte, es claro que en ciertas instituciones de salud y ámbitos comunitarios existe un vacío en relación con el manejo del proceso de enfermería debido tal vez a que la época en que se empezó la enseñanza de éste, entre los 80'y 90', no se tenía la acogida pertinente porque hasta ahora se estaba comenzando su desarrollo, razón por la cual muchos de los profesionales de enfermería no alcanzaron a conocerlo en su formación de pregrado, lo que conlleva a que algunas de las coordinadoras y directoras de departamentos no conozcan a profundidad dicho proceso dado el periodo de transición. Bajo esta perspectiva, se hace necesario que los departamentos de enfermería y los líderes de enfermería en los contextos clínicos y comunitarios se apropien del proceso de enfermería y contribuyan a lograr la aplicación continua del proceso, lo que lleva inevitablemente a la actualización a través de la educación continua, para lograr un lenguaje enfermero, estandarizar procesos, proyectar el cuidado de enfermería y contribuir al cuidado de la salud de la población. Así mismo, es de vital importancia que se realicen convenios docente-asistenciales

y docente-comunitarios, que tengan como valor agregado el hacer partícipes a los dirigentes de las coordinaciones, unidades de servicios o negocios, programas y departamentos de Enfermería para que interioricen, reconozcan y utilicen el proceso de enfermería como parte constitutiva del cuidado de enfermería. Por consiguiente, el proceso de Enfermería es un puente entre la academia y la práctica de la disciplina profesional, porque propicia el acercamiento entre el conocimiento enfermero orientado por docentes con experiencia tanto asistencial como académica en los espacios clínicos y comunitarios, donde se puede compartir el conocimiento con generaciones anteriores que no conocen la aplicación del proceso para lograr estandarizar un instrumento de cuidado medible, que evalúe de forma pertinente el quehacer del profesional de Enfermería; por ello es importante la integración del proceso como una herramienta propia de la profesión sustentada en un método científico, apoyada en modelos y teorías de Enfermería que permite medir los resultados de las intervenciones de Enfermería en sus diversos ámbitos de cuidado, tanto a nivel individual como colectivo.

EL PROCESO DE ENFERMERIA Y LA CIENCIA

El Proceso de Enfermería tiene un sustento teórico fundamentado en las diversas teóricas en Enfermería, comenzando con la pionera de la Enfermería, Florence Nightingale que hace más de un siglo da los primeros indicios del proceso por medio de los cuidados higiénicos y estructurales de las entidades de salud, donde a través de la observación identifica prioridades en términos de condiciones de salubridad para evitar la propagación de infecciones, en una época enmarcada por la guerra y todas las consecuencias que ésta lleva en la salud de las personas, lo que evidencia la primera etapa del proceso: la valoración, luego la identificación de problemas que correspondería a la fase diagnóstica y la realización de actividades encaminadas a resolver las problemáticas, que sería la planeación. Posteriormente, Virginia Henderson con su teoría de las catorce necesidades básicas en el paciente, donde podría decirse que se sientan las primeras bases para una nomenclatura propia para definir problemas y prioridades de enfermería, lo que se relacionaría con la fase diagnóstica, partiendo de una valoración previa y luego en una evaluación sobre la disminución del papel del personal de Enfermería a medida de la independencia del paciente. De igual forma, Dorothea Orem en su teoría del déficit de auto cuidado, implica la etapa diagnóstica y de planeación en la definición de los requisitos de auto cuidado para obtener los resultados esperados y los sistemas de enfermería que tienen que ver con las acciones, se relacionan con la fase de ejecución del proceso.

Particularmente, la teórica Ida Jean Orlando es quien fundamenta como tal el proceso por medio de la Teoría del proceso de Enfermería, que brinda los primeros cimientos para conformar los elementos básicos de éste dados por el contacto enfermera-paciente.

Consecuentemente, Marjory Gordon enfermera norte-americana, introduce el término de patrones funcionales, definidos como “una expresión de integración psicosocial, intuitos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales” los cuales son once patrones de enfermería:

A raíz de lo expuesto, hemos de decir, también, que el contexto académico de la enfermería se ha decantado, actualmente, por establecer el método

hipotético-deductivo como el más adecuado a la naturaleza de su objeto de estudio. Sin embargo, hemos de explicitar, igualmente, que tal posicionamiento se ha venido a realizar desde una ideología tradicional de la ciencia, caracterizada por el hegemonismo positivista. (14)

De esta Forma, para concebir y aplicar el Proceso de enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene algunas bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de, la psicología y las ciencias sociales. Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva.

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.

1.- La primera etapa Valoración: Consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico céfalo-caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera-sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifestó verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona. El punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Marjory Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno.

2.- La segunda etapa Diagnóstico: Que consiste en la identificación de los problemas de salud para enfermería basado en los patrones Funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores. Los diagnósticos de enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como

el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.

3.- La tercera etapa Planeación: Consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

4.- La cuarta etapa Ejecución: Es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

5.- La quinta y última etapa Evaluación: Entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de enfermería. (15)

V.- METODOLOGÍA

5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO.

La metodología que se seleccionó para este estudio de caso, fue elaborada con la ayuda de una cedula de elaboración, que formulamos los estudiantes de la Especialidad de Perinatología de la Primera Generación, con sede en: Mexicali Baja California, por medio de una encuesta de tipo individualizada, ya que al ingreso a la sala de labor, me fue asignada una usuaria para asistirle y orientarla sobre su trabajo de parto. Llevándose a cabo en el Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mexicali Baja California, durante las prácticas clínicas del primer semestre de la especialidad de Perinatología, en el periodo de Octubre a Enero del 2017-18.

5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

La selección de referencia está conformada por una mujer, que se encontraba hospitalizada, en el área de labor, con diagnóstico: Primigesta con embarazo de 38.6 semanas de gestación, con trabajo de parto en fase activa, en una institución de primer nivel de atención. La fuente de información fue directa y por medio del expediente clínico, está basado en la bibliografía obstétrica.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Al ser un estudio caso, en el cual la usuaria será la protagonista y participante. Desde el punto de vista ético, se consideró darle toda la información, y así obtener su aceptación, puesto que no existió intervención directa alguna en la gestante, que pueda afectarla.

Para guardar la confidencialidad en cuanto a la identidad de la participante, no se consideró nombre ni dirección, solo se tomó el expediente clínico, por el cual se vació información a nuestra cedula de valoración, realizada por los estudiantes de la Especialidad de Perinatología con sede en Mexicali Baja California en el Hospital Materno Infantil.

Finalmente, mediante estas consideraciones se anexo un consentimiento informado, en el cual, nos da autorización de realizar nuestro estudio de caso.

Dentro de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico 004: En los apartados: 4.4 Expediente Clínico, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imaginológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá de hacer sus registros, anotaciones, en su caso constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención medica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicadas. 5.4 los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que lo generan, deberán ser conservados por un periodo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico. 5.6 Los prestadores de salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quien ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. (16)

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación:

ARTICULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

VI.- PRESENTACIÓN DEL CASO.

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO:

6.2 ANTECEDENTES GENERALES:

Nombre: C.L.C.C

Sexo: Femenino.

Edad: 15 años.

Lugar de nacimiento: Mexicali.

Estado civil: soltera.

Ocupación: hogar.

Escolaridad: secundaria completa.

Religión: Católica.

HEREDO FAMILIARES:

Abuelos maternos con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, los antecedentes paternos los desconoce, demás antecedentes negados.

PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Originaria de Mexicali Baja California, escolaridad secundaria completa, estado civil soltera, ocupación hogar, religión católica, grupo sanguíneo lo desconoce, alimentación regular en calidad, buena higiene personal.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Negados.

GINECO-OBSTÉTRICOS:

Menarca: 14 años. Ritmo: Irregular. IVSA: 14 años. Parejas Sexuales: 5. Gesta: 1 FUM: 20/01/17. FPP: 22/11/17 X USG. Método anticonceptivo: Preservativo.

ANTECEDENTES PERINATALES:

PIE: En orina (no recuerda fecha), confirmación con usg a los 4 meses de embarazo. No llevo control prenatal. CPN: 1 consultas, 3 usg. Multivitamínicos: ácido fólico, sulfato ferroso, vitaminas prenatales, iniciando en el 2do. trimestre. Toxoide tetánico: 1 aplicación. Sintomatología neurovegetativa: Negados. Percepción de movimientos fetales: 5to. mes.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Primigesta con embarazo de 38.6 semanas de gestación por fecha de ultrasonido, en trabajo de parto en fase activa, a la exploración física con modificaciones cervicales de 8 cm dilatación y 80% de borramiento, niega síntomas de vaso espasmo.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

TALLA: 1.63. PESO: 53 KG. 7T/A: 110/70. FC: 80. FR: 20. T: 37.2.

Paciente de edad aparente a la cronológica, con buena coloración de piel y tegumentos, hidratada, cardiorrespiratorios sin compromiso, mamas simétricas no congestivas, no secretantes, abdomen globoso a expensas de útero gestante, situación longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, FCF 142 x', AFU 27 cm. PA 91 CM. Peso estimado del producto 2457 gr. + - 200 gr. A la exploración genitales acorde edad y sexo, al tacto vaginal con 8 cm dilatación y 80% de borramiento, pelvis clínicamente útil para eutocia.

VII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1.1 VALORACIÓN FOCALIZADA.

CÉDULA BASADA EN LA VALORACIÓN DE MARGORY GORDON.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE SALUD.

La Sra. C. antes de embarazarse consideraba su salud regular, en estos momentos la considera buena, durante el embarazo ha presentado: diarrea e infecciones vaginales, si considera que es importante la prevención de enfermedades mediante la buena higiene personal, adecuados hábitos de salud, vacunación etc. Hasta el momento no tiene tatuajes, considera importante las acciones pre concepciones, utilizó suplementos multivitamínicos y ácido fólico, refiere tener buena higiene personal, no conoce algún tipo de terapia o preparación para el parto y nunca ha practicado alguno en particular, indica que no recibió información sobre lactancia materna y desconoce los beneficios de la lactancia materna, también desconoce sobre los cuidados que le proporcionara a su hijo (R/N), sobre los métodos de anticonceptivos que puede usar después del parto los desconoce, mas sin embargo tiene como elección de primer instancia el implante. Dentro de los servicios públicos de su comunidad, cuenta con todos que son: pavimentación, luz eléctrica, drenaje, agua potable, servicio telefónico, internet, bomberos, policías, servicios médicos. Características del tipo de vivienda donde vive: es casa rentada, cuanta con 2 dormitorios, sala y cocina, la vivienda es de material, con techo de material y piso con loseta. Cuenta con el siguiente mobiliario: estufa, comedor, refrigerador, televisión, camas, microondas, radio, lavadora, carecen de aire acondicionado, computadoras, y secadora para la ropa.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

Refiere comer pollo y carne 2 veces a la semana, frutas, verduras y cereales toda la semana, no acostumbra en su dieta el pescado. Ingiere 8 vasos de agua al día, 1 vaso de soda, no consume alcohol, no da seno materno, ya que aún no tiene hijos, no refiere algún malestar al alimentarse, ni problemas al deglutir sus alimentos, refiere no tener restricción en su dieta, no le causaría problemas en seguir una dieta. En la exploración física de piel, no encontramos alteraciones o prominencias óseas, no sequedad de membranas o mucosa, sus piezas dentales sin caries, no dentadura postiza, ni falta de piezas dentales.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Refiere que durante el día evacua 1 vez y su consistencia es sólida, no presenta dolor al evacuar, ni dolor abdominal, no distensión abdominal, no sangre en heces, presenta flatulencias, no tiene hemorroides, no usa laxantes para evacuar, ha presentado vómitos todo el día, presenta un aproximado de 8 micciones al día, y no tiene problemas para orinar, su orina es clara, no presenta: incontinencia, globo vesical, poliuria, poliaquiuria, oliguria, sudoración excesiva. Presenta nicturia + de 3 veces.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO

Refiere no tener fuerza y energía suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria, no realiza ningún tipo de actividad física, refiere ser independiente en: baño aseo y acicalamiento, alimentación, vestimenta, movilidad en cama y movilidad general, no realiza actividades de ocio, y no padece enfermedades cardiacas.

PATRÓN 5: DESCANSO-SUEÑO

Duerme al día 16 horas, no se duerme a la misma hora, duerme sola, no se le dificulta conciliar el sueño, refiere que los cambios de temperatura (frío-calor) le impiden conciliar el sueño, no presenta problemas psicológicos o psiquiátricos, no presenta pesadillas, no presenta sueño interrumpido, ha presentado cambios drásticos de humor cuando no descansa, no presenta signos de: ojeras, bostezo, letargo, falta de concentración.

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL

Se describe alegre, le hace enfadar su hermano, para mantener el control de la situación, le dice a su hermano que se aleje de ella, refiere sentirse feliz y satisfecha consigo misma, no ha perdido la esperanza, siente que se le dificulta tomar decisiones, no ha perdido la capacidad de concentración, no a tenido dificultad en aprender o retener conceptos nuevos, le resulta más fácil aprender con la práctica, percibe la salud de su familia regular, no presenta dificultad para ver, oler, escuchar, y no intervienen en el desarrollo de sus actividades de su vida cotidiana, no considera necesario algún tipo de orientación en pareja para su nuevo rol de padres, ya que es madre soltera, actualmente se siente apoyada por su familia, en este momento su escala de dolor es de 6 (dolor fuerte) en escala de Eva

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTO CONCEPTO

Refiere que las personas a su alrededor la perciben: Que es buena niña y que las apariencias engañan, se siente con su imagen corporal bien, no le preocupan los cambios de su cuerpo, tiene miedo del rechazo de otros, no presenta sentimientos negativos de su cuerpo, se siente capaz de controlar sus emociones, se siente limitada por su embarazo en sus actividades cotidianas, refiere que al concluir el proceso del embarazo, si le ayudaría a sentirse mejor.

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

Vive con su madre y depende económicamente de su madre y hermano mayor, actualmente no cuenta con una relación de pareja, considera que cuenta con una buena relación familiar, refiere que existen problemas en su núcleo familiar, cuenta con el apoyo emocional por parte de los miembros de la familia, ha perdido un miembro importante de su familia (abuelos maternos), refiere que aún no lo afronta y no lo supera porque se crio con ellos. Siente que si cambio la perspectiva de su vida, la integración en la comunidad la considera buena, refiere que en algunas veces se siente sola, actualmente no trabaja por lo tanto no ha tenido problemas laborales y su desempeño carga laboral es negativa, no es parte de ningún club deportivo o recreativo.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCTIVA

No cree que el embarazo sea un impedimento para el desempeño sexual, ella cree que los sentimientos y el sexo están ligados, ha tenido 5 parejas sexuales, se siente plena sexualmente, no ha tenido ningún tipo de violencia y no se le ha discriminado por su sexualidad.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN.TOLERANCIA AL ESTRÉS

La Sra. C me comentó que se siente estresada al no saber qué pasará con su relación, ya que el Sr.es casado y ya tuvo un encuentro con la esposa de él, por lo tanto están incomunicados y no ha sabido de él desde hace mucho tiempo y eso la ha puesto triste, desesperada, ansiosa, hasta la fecha del nacimiento de su hijo, no ha demostrado acto de presencia, y eso la hace dudar que quiera darle el apellido a su hijo.

PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS

Refiere que consigue generalmente las cosas que quiere en la vida, y si tiene planes futuros importantes, considera que la religión es importante en la vida y esto le ayuda cuando surgen dificultades, mas sin embargo su estancia en el hospital no interfiere en su práctica religiosa. Refiere que los miembros de su familia consiguen las cosas que se proponen y también tienen planes, metas deseos importantes en el futuro, en la familia existen algunas costumbres que todos los miembros las consideran básicas, también la religión es importante en la familia y si ayuda cuando surgen dificultades. Las cosas más importantes que ella considera son: salud, economía, cultura, no se involucra en campañas locales.

7.1.2 ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

Electrolitos		Biometría Hemática	
PARAMETRO	RESULTADO	PARAMETRO	RESULTADO
Grupo Sanguíneo	A	Hemoglobina	9.50
Factor RH	+	Hematocrito	29.30
Bilirrubina Total		Plaquetas	223.00
Bilirrubina Directa		RBC	3.84
Bilirrubina Indirecta		Mono #	1.80X10.e3/ul
Glucosa	102	Eos #	0.16 x10.e3/ul
Urea	10.70	Baso #	0.00x10.e3/ul
Creatinina	0.40	Neu #	12.67x10.e3/ul
Ac. Úrico	5.00	Tiempos de coagulación	
BUN		PARAMETRO	RESULTADO
AST/TGO		Tiempo de protrombina (s)	24.60
ALT/TGP			
Fosfatasa Alcalina		Tiempo de trombina (s)	11.80
LDH			
Hepatitis C	Negativo	Volúmen de orina	
VIH	Negativo	Proteínas en orina	
VDRL	Negativo	Proteínas en 24 horas.	

La anemia, niveles de hemoglobina de ≤ 11 g/dL, según la definición de la OMS, es una de las principales causas de discapacidad en el mundo 1 y, por lo tanto, uno de los problemas de salud pública más graves a escala mundial. La prevalencia de anemia en el embarazo varía considerablemente debido a diferencias en las condiciones socioeconómicas, los estilos de vida y las conductas de búsqueda de la salud entre las diferentes culturas. La anemia afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo; al 52% de las embarazadas de los países en vías de desarrollo y al 23% de las embarazadas de los países desarrollados. Los principales factores de riesgo para desarrollar anemia por deficiencia de hierro son: bajo aporte de hierro, pérdidas sanguíneas crónicas a diferentes niveles, síndromes de mala absorción y, períodos de vida en que las necesidades de hierro son especialmente altas. La anemia ferropenia es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a las mujeres embarazadas. Es un hecho que las mujeres con anemia por deficiencia de hierro tienen niños prematuros o con bajo peso al nacer con una frecuencia significativamente mayor. También está documentado que la baja reserva de hierro antes del embarazo aumenta la posibilidad de padecer anemia durante el mismo, menor tolerancia para realizar actividades físicas, mayor susceptibilidad a desarrollar infecciones y, como consecuencia, una pobre interacción con sus hijos cuando estos han nacido. Por esto la anemia materna continúa siendo causa de un número considerable de morbimortalidad perinatal. (17)

RESÚMEN:

De acuerdo a los laboratorios en sangre tomados a su ingreso a la usuaria, se da la interpretación de presentar anemia moderada (bajo los criterios de la GPC), es una alteración que puede afectar su condición en el transcurso del trabajo de parto o post evento obstétrico. De acuerdo a los parámetros estipulados, por el laboratorio del Hospital Materno Infantil de Mexicali Baja California.

GABINETE:

14 Noviembre del 2017.

Rastreo ultrasonográfico: SI: X Presentación: Cefálico: X Posición: Decúbito lateral derecho. Situación: Longitudinal. Planos de Hodge: 3er. Plano. Movimientos Fetales: sí. FCF: 141. Inserción placentaria: Corporal anterior.

7.1.3 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS.

- PATRÓN 6: Cognitivo-Perceptual. - Dolor.
- PATRÓN 10: Adaptación-Tolerancia al estrés - Ansiedad.
- PATRÓN 10: Adaptación-Tolerancia al estrés - Temor.
- PATRÓN1: Percepción-Manejo de la Salud- Promoción a la salud.

7.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Dolor Agudo R/C Agente fisiológico evidenciado por contracciones uterinas, la dilatación del cérvix y el estiramiento de las estructuras del canal del parto M/P Informe y facies de dolor.
- Ansiedad Persistente R/C Escaso control prenatal del embarazo no planeado M/P Expresión verbal de tener miedo.
- Lactancia materna ineficaz R/C embarazo adolescente M/P falta de conocimientos verbalmente.

7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

En el transcurso de su ingreso a la sala de labor, la usuaria no presento ningún problema, cuando se revisan sus laboratorios en sangre se detecta que su hemoglobina esta con una anemia moderada de 9.50 g/dL, por lo que estaremos pendientes que no se presente una hemorragia a la hora de su trabajo de parto, más sin embargo, se trata como embarazo de alto riesgo por ser adolescente, esto conlleva a presentar múltiples complicaciones, tanto patológicas como psicológicas.

7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS.

7.4.1 OBJETIVO DE LA PERSONA.

- Diseminar el miedo.
- Obtendrá seguridad y confianza.
- Implementar los conocimientos que se le enseñaron.
- .concluir su trabajo de parto sin complicaciones.

7.4.2 OBJETIVO DE ENFERMERÍA.

- Trasmistir seguridad y confianza.
- Aplicar los conocimientos adquiridos (fomento a la salud), de manera clara y entendible para la usuaria.
- Que la usuaria utilice la información, que el personal de enfermería le proporciono.

7.4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

- ✓ Dolor Agudo R/C Agente fisiológico evidenciado por contracciones uterinas, la dilatación del cérvix y el estiramiento de las estructuras del canal del parto
M/P Informe verbal y facies de dolor.

OBJETIVO DE LA PERSONA.

- ✓ Disminuir el miedo.

INTERVENCIONES.

HOSPITALIZACIÓN:

- ✓ Educación sobre el proceso del trabajo de parto.
- ✓ Instruir y enseñar posturas antiálgicas (decúbito supino, de pie, decúbito lateral, cuadrupedia (4 puntos), cuclillas).(18)
- ✓ Valorar las características de las contracciones (duración, intensidad, presencia).
- ✓ Orientación sobre las técnicas de relajación (respiración, masaje, aromaterapia). (19)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

- ✓ Ansiedad Persistente R/C Escaso control prenatal del embarazo, no planeado. M/P Expresión verbal de tener miedo.

OBJETIVO DE LA PERSONA.

- ✓ Brindar seguridad y confianza.

INTERVENCIONES.

- ✓ Atención personalizada.
- ✓ Proporcionar comodidad.
- ✓ Familiaridad con el ambiente dentro de la sala de labor (aparatos, rutinas, personal de salud, etc.)
- ✓ Información del progreso del parto, bienestar del bebe, y las actividades realizadas.
- ✓ Educación sobre el proceso del trabajo del parto.
- ✓ Brindar técnicas de relajación.
- ✓ Enseñara a la usuaria como cooperar con los procedimientos.

APOYO EMOCIONAL: (20)

- ✓ Favorecer un ambiente de seguridad.
- ✓ Ayudar a la usuaria a reconocer sus sentimientos.

ESCUCHA ACTIVA: (20)

DIÁGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

- ✓ Lactancia materna ineficaz R/C embarazo adolescente M/P falta de conocimientos verbalmente.

OBJETIVO DE LA PERSONA.

- ✓ Crear conciencia sobre la lactancia materna.

INTERVENCIONES. (21)

- ✓ Informar sobre los beneficios psicológicos, fisiológicos de la lactancia materna.
- ✓ Educar sobre la importancia de la ingesta de líquidos y una sana alimentación.
- ✓ Instruir sobre las diversas posiciones para la lactancia materna.
- ✓ Fomentar la lactancia materna exclusiva, como mínimo los primeros 6 meses de vida del r/n.
- ✓ Recomendaciones para los cuidados de las mamas.

7.5 EJECUCIÓN.

7.5.1 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES.

HORA	INTERVENCIONES
15:10	Ingresa a sala de labor.
15:15	Monitorización fetal.
15:30	Registro de partograma FCF 142x'.
15:45	Historia clínica.
Trancurso del turno.	Instruir y enseñar posturas antiálgicas (decúbito supino, de pie, decúbito lateral, 4 puntos)
Trancurso del turno.	Orientación sobre las técnicas de relajación (respiración, masaje, aromaterapia).
Trancurso del turno.	Apoyo emocional.
Trancurso del turno.	Fomento a la salud, sobre lactancia materna y métodos anticonceptivos.

7.6 EVALUACIÓN.

7.6.1 EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA.

La usuaria manifestó el temor que siente, ya que es su primer embarazo. Ella al ser adolescente, es muy cooperadora; más sin embargo la tristeza que manifiesta por sus problemas con el padre de su hijo, esto hace que ella, se le haga difícil visualizar un mejor futuro para su bebe. En el transcurso de su trabajo de parto; me refirió que esta platica que tuvimos, la ha calmado mucho y ha podido concentrarse en su proceso. Y ya quiere conocer a su hijo.

7.6.2 EVALUACIÓN DEL PROCESO.

Apoyar a la usuaria con un embarazo adolescente en estado vulnerable, requiere de ayuda profesional y acompañamiento por sus seres queridos. Se logra con éxito la culminación del trabajo de parto, dado que conto con recursos materiales y humanos; para la realización de las intervenciones planeadas, la usuaria disminuyó considerablemente su estado de angustia y ansiedad. Fue capaz de escuchar y entender los procedimientos, que se tomaron para sus intervenciones de enfermería.

VIII.- PLAN DE SEGUIMIENTO.

Usuaría que es ingresada a sala de labor el día 14 noviembre del 2017 a las 15:00 horas, se le realiza todo el protocolo del servicio y se brinda acompañamiento. Posteriormente se pasa a sala de expulsivo y a las 18:02, nace producto masculino con tipo de parto eutocia.

PLAN: (22)

1. Pasar a recuperación.
2. Dieta normal.
3. Signos vitales.
4. Binomio conjunto.
5. Iniciar lactancia materna.
6. Solución mixta 1000 + 20 unidades oxitocina para 6 hrs, obturar al terminar.
7. Medicamento: Paracetamol 1 tableta cada 6 horas.
8. Vigilar sangrado transvaginal e involución uterina.
9. cuidados generales de enfermería.
10. Gracias.

PRONÓSTICO: Reservado a evolución.

IX.- CONCLUSIONES.

El trabajo de parto de la usuaria, tuvo una evolución muy rápida de 3 horas, desde su ingreso, fui su enfermera que atendió su parto, se realiza episiotomía media lateral, y se obtiene producto masculino, que llora y respira al momento, se le realizo pinzamiento tardío por 45 segundos, posteriormente alumbramiento de placenta a los 3 minutos, de tipo Schultze, al revisarla se encuentra completa, se realiza episiorrafia con crómico de 1-0, al finalizar los procedimientos, se lleva a sala de recuperación.

La usuaria pudo entender la importancia de cooperar y realizar toda la información que se le dio previamente. Y la muestra está en su trabajo de parto tan rápido y sin complicaciones de un parto eutocia.

X.- SUGERENCIAS.

La usuaria culminó con un parto sin complicaciones y fue dado de alta, más sin embargo por su adolescencia, sugiero que este en contacto con los departamentos de lactancia materna, para un gran apoyo de técnicas y sugerencias en la alimentación del r/n, también en el servicio de psicología, ya que su inmadurez mental y emocional, lo requiere.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, se ha implementado el término de parto humanizado, ya que desde tiempos atrás, se ejercía la violencia obstétrica. En la actualidad se sigue implementando de cierto modo, ya que la OMS dictaminó 16 recomendaciones para que la usuaria se vea favorecida, y de las recomendaciones aun no todas se llevan a cabo. Para realizar todas estas recomendaciones de la OMS y de la NOM-007, se necesita estructurar y rediseñar las áreas hospitalarias, la falta de personal laboral, que surge en todas las instituciones de la secretaria de salud más la falta de insumos, tanto de material y medicamentos, hace más entorpecedor, como para llevar cabo todas las recomendaciones.

XI.- BIBLIOGRAFÍAS

1. FEDERAL G. NORMA 007 PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA. ATENCIÓN DEL PARTO (5.5-5.5.1). MÉXICO: SECRETARÍA DE SALUD; 2016.
2. OMS. (2018). RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LOS CUIDADOS DURANTE EL PARTO, PARA UNA EXPERIENCIA DE PARTO POSITIVA. NÚMERO DE REFERENCIA OMS: WHO/RHR/18.12
3. CABRERO, R.L. SALDIVAR, R.D. CABRILLO, R.E. OBSTETRÍCIA Y MEDICINA MATERNO FETAL (PAG. 447-450). 1ra EDICIÓN ABRIL 2007. REIMPRESIÓN: 2010. EDITORIAL: MÉDICA PANAMERICANA.
4. HIDALGO, L. P. HIDALGO, M. M. RODRÍGUEZ, B. M. A. (2016). ESTIMULACIÓN DEL PARTO CON OXITOCINA: EFETOS EN LOS RESULTDOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES. REVISTA LATINO-AM. ENFERMAGEM 2016;24:e2744.DOI:10,1590/1518-8345,0765,2744.WWW.eerp.usp.br/rlae
OBTENIDO: www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02744.pdf
5. LUGONES, B.M.RAMÍREZ, B.M. (2012). EL PARTO EN DIFERENTES POSICIONES A TRAVÉS DE LA CIENCIA, LA HISTORIA Y LA CULTURA. REVISTA CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA VERSIÓN IMPRESA ISSN 0138-600X. VOL.38 no.1 CIUDAD DE LA HABANA. OBTENIDO:
scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015
6. BARBOSA, S. F. M. JUNQUEIRA, V. S. M. MOTA, S. L. FERNANDEZ, T. E (2011). PRÁCTICAS PARA ESTIMULAR EL PARTO NORMAL. INDEX DE ENFERMERÍA. VERSIÓN ON-LINE ISSN 1699-5988 VERSIÓN IPRESA ISSN 1132-1296. VOL.20 no.3
OBTENIDO: <http://dx.doi.org/10.4321/51132-12962011000200007>
7. ENEO. (2009). TEORÍAS Y MODELOS ENFERMERÍA (PAG. 7,8). 2ª. EDICIÓN: ABRIL 2009. REIMPRESIÓN: 2017. CIUDAD DE MÉXICO. EDITORIAL: CIUDAD UNIVERSITARIA.
8. ENEO. (2009). TEORÍAS Y MODELOS ENFERMERÍA (PAG.64,77). 2ª. EDICIÓN: ABRIL 2009. REIMPRESIÓN: 2017. CIUDAD DE MÉXICO. EDITORIAL: CIUDAD UNIVERSITARIA.

9. SALCEDO PG, CHAVES AM. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA DESDE LA PERSPECTIVA DOCENTE: BOGOTA COLOMBIA: REDALYC. (2009).
10. RODRÍGUEZ S BERTHA A, (2015). PROCESO ENFERMERO, APLICACIÓN ACTUAL. 3º EDICIÓN. EDITORIAL CUELLAR AYALA.
11. GORDON M. MANUAL DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. (serial online) 10 EDICIÓN ELSEVIER MOSBY. PAG 10 (ON LINE). DISPONIBLE EN:
[HTTP:// BOOKS. GOOGLE.COM.CO/BOOKS.](http://books.google.com.co/books)
12. ÁLVAREZ, S.J.L. DEL CASTILLO, A.F. FERNÁNDEZ, F.D. MUÑOZ, M.M. MANUAL DE VALORACIÓN DE PATRONES FUNCIONALES. (PAG. 4-28) EDITORIAL: ÁREA SANITARIA V-GIJON (ASTURIAS). JUNIO 2010.
13. DUANYS N, LLORENTE Y. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL PRIMARIO EN SALUD: REVISTA CUBANA D ENFERMERÍA 2000. VOL. 16. NÚMERO 3 (PAG.180-184).
14. REINA N. EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. [serial online] [citado diciembre 2010] disponible en:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>> ISSN 1692-3375
15. GUTIERREZ O. ACTORES QUE DETERMINAN LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE VILLAVICENCIO COLOMBIA. REVISTA: AVANCES DE ENFERMERÍA 2009.VOL 27 NÚMERO 1. (PAG. 60-68).
16. FEDERAL G. *NORMA 004 DEL EXPEDIENTE CLINICO*. MEXICO: SECRETARÍA DE SALUD; 2012.
17. GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA LA ANEMIA EN EL EMBARAZO. MÉXICO: SECRETARIA DE SALUD; 2014.
18. LUGONES, B.M.RAMÍREZ, B.M. (2012). EL PARTO EN DIFERENTES POSICIONES A TRAVÉS DE LA CIENCIA, LA HISTORIA Y LA CULTURA. REVISTA CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA VERSIÓN IMPRESA ISSN 0138-600X. VOL.38 no.1 CIUDAD DE LA HABANA. OBTENIDO:
scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015

19. CLÍNICA MAYO. (2016). GUÍA DE LA CLÍNICA MAYO PARA UN EMBARAZO SALUDABLE. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN. OBTENIDO: <https://books.google.com.mx/books?id=ovfDDAAAQBAJ>
20. SUBIELA, G.J. ABELLÓN, R.J. CELDRAN, B.A. MANZANARES, L.J. SATORRES, R. B. LA IMPORTANCIA DE LA ESCUCHA ACTIVA EN LA INTERVENCIÓN ENFERMERA. REVISTA SCIELO. ENFERMERÍA GLOBAL VOL. 13 no.34 MURCIA abr. 2014. VERSIÓN ON-LINE ISSN 1695-6141 OBTENIDO: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412014000200013
21. GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LACTANCIA MATERNA. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LACTANCIA MATERNA. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DEL PAÍS VASCO-OSTEBA, 2017. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS.
22. FEDERAL G. NORMA 007 PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA. MÉXICO: SECRETARÍA DE SALUD; 2016.

XII.- ANEXOS

4. Evidencias y Recomendaciones

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de evidencias y/o recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: Shekelle modificada

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

Evidencia




Recomendación



Punto de buena
práctica



En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación, el número y/o letra representan la calidad de la evidencia y/o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; las siglas que identifican el nombre del primer autor y el año de publicación se refiere a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	1a Shekelle Matheson, 2007

4.1. Vigilancia y Atención

4.1.1. Atención de la paciente embarazada en Fase Latente

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La embarazada acude generalmente a revisión cuando inician contracciones uterinas, pudiendo encontrarse en fase latente del trabajo de parto.	Ia (GPC España, 2010)
E La admisión en maternidad de forma temprana o durante la fase latente, se asocia a mayor intervencionismo durante el parto (uso de oxitocina, de analgesia epidural e intubaciones en neonatos)	Ia (GPC España, 2010)
R Es recomendable que las mujeres con embarazo normal, que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias (Cesáreas innecesarias, uso de oxitocina, distocias de contracción, múltiples tactos) si no hay otra indicación médica para el internamiento.	D (Shekelle) Guía Argentina, 2010

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Se han definido como criterios de admisión en maternidades hospitalarias la actividad uterina regular (contracciones de 2-4 en 10 minutos), acompañadas de dolor abdominal en hipogastrio y cambios cervicales (borramiento cervical > 50% a 80% y dilatación de 3-4 cm).	Ia (GPC España, 2010) IV (Shekelle) Guía Argentina, 2010

<p>R</p>	<p>Deben hospitalizarse las pacientes para vigilancia y atención de parto cuando presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contracciones uterinas de 2-4 en 10 minutos • Dolor abdominal en hipogastrio • Cambios cervicales <p>(Borramiento cervical de >50% a 80% y dilatación igual o mayor de 4 cm)</p>	<p>A (GPC España, 2010) D (Shekelle) Guía Argentina, 2010</p>
<p>R</p>	<p>Quando la paciente se ingresa en la primer etapa del trabajo de parto se deberán realizar y documentar en el expediente clínico por parte del obstetra o personal de la salud calificado para tender pacientes en trabajo de parto, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico a su ingreso, con plan de manejo, hoja(as) de consentimiento informado en su hospitalización, incluir en su expediente partograma, vigilancia estrecha de actividad uterina, foco fetal, evaluación de dilatación cervical, pérdidas de líquido corporales vaginales, información d métodos para control del dolor, información a la paciente de condiciones clínicas en las que se encuentran y su plan de atención, y cuando la paciente esté en condiciones de pasarla a sala de expulsión. 	<p>D (Shekelle) <i>Procedimiento para otorgar Atención materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primer y Segundo nivel de atención</i> 2650003001 IMSS, 2013</p>
<p>R</p>	<p>Es recomendable que las mujeres con embarazo normal, que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas en fase latente para evitar intervenciones innecesarias (Cesáreas innecesarias, uso de oxitocina, distocias de contracción, múltiples tactos)si no hay otra indicación médica para el internamiento.</p>	<p>D (Shekelle) Guía Argentina, 2010</p>
<p>R</p>	<p>Quando no existan condiciones de hospitalización, el profesional de la salud deberá explicar de manera clara y sencilla a la paciente y a su acompañante cuando deberá regresar al servicio y en caso de presentar signos de alarma obstétrica.</p>	<p>D (Shekelle) <i>Procedimiento para otorgar atención materna y perinatal en las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención.</i> IMSS, 2650 003 001. 2013. C (Shekelle) <i>Manual de Atención embarazo saludable, parto y puerperio seguros Recién nacido sano.</i> Secretaria de Salud. 2001</p>



El profesional de la salud en base a la valoración obstétrica indicará el tiempo de revaloración, considerando:

- Estado clínico de la paciente (Inquieta o gran ansiedad)
- Accesibilidad de unidades de atención obstétrica (domicilio distante de la unidad de atención)

Punto de buena práctica



Informar a las pacientes y a su familiar las manifestaciones de alarma obstétrica, y así ser revalorada, tales como:

- Sangrado transvaginal
- Dolor
- Contracciones uterinas
- Cefalea, acufenos y fosfenos.
- Edema de cara y manos
- Salida de líquido transvaginal
- Disminución de movimientos fetales

**C
(Shekelle)**

Manual de Atención embarazo saludable, parto y puerperio seguros. Recién nacido sano. Secretaria de Salud. 2001

4.3 Conducción de Trabajo de Parto

4.3.1 Indicciones para conducción de trabajo de parto

Evidencia / Recomendación	Nivel/ Grado
<p>E Se entiende como trabajo de parto o dilatación estacionaria a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas.</p>	<p>IV (Shekelle) GPC España, 2010</p>
<p>E Esta reconocido que las características del cérvix, altura de la presentación del feto y las contracciones son condiciones contemplados en el Índice de Bishop para decidir inducción (Tabla I.)</p>	<p>III (Shekelle) Cunningham, 2003</p>
<p>E La actividad uterina irregular es la causa más común y corregible del progreso anormal en la paciente con Trabajo de Parto.</p>	<p>IV (Shekelle) GPC España, 2010</p>

El parto humanizado

Se promueve el acompañamiento a la mujer por su pareja o un familiar de su entera confianza durante y después del parto. Las mujeres que pueden acceder al parto humanizado son las que no tienen alguna patología o complicación en el embarazo.



El contacto físico, las palabras tranquilizadoras y alentadoras, las miradas a los ojos son ayudas muy valiosas.



Una presión firme o un masaje en la parte baja de la espalda pueden ser útiles durante una contracción.



Cuando necesite descansar, ponga sus pies más abajo que su cola para preservar la abertura de la pelvis.



El agua puede reconfortar mucho. Las contracciones son en general menos dolorosas en una tina con agua.



Para ayudar al bebé a descender a lo largo de la pelvis, trate de balancear sus caderas de derecha a izquierda colgándose de una puerta abierta.

Lo que debes saber...

- Este tipo de alumbramiento permite que la labor de parto sea menos dolorosa y traumática para la mujer.
- Puede seleccionar un acompañante que este presente al momento del alumbramiento.
- Esta preparación prenatal de la mujer la hace conocer mucho más su cuerpo antes del parto.
- Esta preparación incluye técnicas de relajación, flexibilidad y respiración.
- También se trabaja en el aspecto emocional.
- Este parto asegura un apego y lactancia precoz.

Representación esquemática del modelo de cuidados durante el parto de la OMS



Figura 3. Beneficios de la escucha activa.



Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva

Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento		
Atención respetuosa de la maternidad	1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.	Recomendado
Comunicación efectiva	2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.	Recomendado
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.	Recomendado
Continuidad de la atención	4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras - consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto - se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces. ²	Recomendación específica en función del contexto

Periodo de dilatación		
Definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación	5. Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación. <ul style="list-style-type: none"> — La fase latente del período de dilatación es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsiguientes — El período de dilatación activa es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsiguientes 	Recomendado
Duración del período de dilatación	6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (a partir de los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsiguientes.	Recomendado

Progreso del período de dilatación	7.	Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.	No recomendado
	8.	Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.	No recomendado

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
	9. Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.	No recomendado
Política de ingreso en la sala de parto	10. Para las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de parto hasta el período de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa.	Recomendación en función del contexto de investigación
Pelvimetría clínica en el ingreso	11. No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.	No recomendado
Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto	12. No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
	13. Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.	Recomendado
Rasurado púbico o perineal	14. No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal. ^a	No recomendado
Enema en el ingreso	15. No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Tacto vaginal	16. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo. ^b	Recomendado

^a Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva*.

^b Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto*.

Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	17.	No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	18.	Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto.	Recomendado
Anestesia peridural para el alivio del dolor	19.	Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Opioides para el alivio del dolor	20.	Los opioides de administración parenteral, como fentanilo, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor	21.	Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor	22.	Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto	23.	No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto. ^b	No recomendado

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Líquido y alimentos por vía oral	24. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto. ^a	Recomendado
Movilidad y posición de la madre	25. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo. ^a	Recomendado
Limpieza vaginal	26. No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones. ^b	No recomendado
Manejo activo del trabajo de parto	27. No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto. ^c	No recomendado
Amniotomía de rutina	28. No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto. ^b	No recomendado
Amniotomía temprana y oxitocina	29. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Oxitocina para mujeres con anestesia peridural	30. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a anestesia peridural. ^b	No recomendado
Antiespasmódicos	31. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto	32. No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Periodo expulsivo		

Definición y duración del período expulsivo	33. Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo. <ul style="list-style-type: none"> — El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. — Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas. 	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)	34. Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)	35. Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Método para pujar	36. Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.	Recomendado
Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)	37. En el caso de mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal.	Recomendación específica en función del contexto

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Técnicas para prevenir el traumatismo perineal	38. En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendado
Política para la episiotomía	39. No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.	No recomendado
Presión del fondo uterino	40. No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.	No recomendado
Alumbramiento		
Uterotónicos profilácticos	41. Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento. ^a	Recomendado
	42. La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP). ^a	Recomendado
	43. Para los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg). ^a	Recomendado
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	44. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé. ^b	Recomendado
Tracción controlada del cordón (TCC)	45. Para los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes. ^a	Recomendado

^b Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva*.

Masaje uterino	46. No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica. ^a	No recomendado
Atención del recién nacido		
Aspiración nasal u oral de rutina	47. En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz. ^c	No recomendado
Contacto piel con piel	48. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia. ^d	Recomendado
Lactancia	49. Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos. ^e	Recomendado
Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica	50. Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia). ^d	Recomendado

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido	51. El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día. ^a	Recomendado
Atención de la mujer tras el nacimiento		
Evaluación del tono muscular del útero	52. Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina. ^b	Recomendado
Antibióticos para parto vaginal sin complicaciones	53. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones. ^c	No recomendado
Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía	54. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía. ^c	No recomendado
Evaluación materna de rutina después del parto	55. Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas. ^d	Recomendado
Alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones	56. Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento. ^{d,e}	Recomendado

^a Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la atención posnatal de la madre y el recién nacido*.

^b Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*.

^c Incorporada a partir de la *Guía de la OMS: pinzamiento tardío del cordón umbilical para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé*.

^d Incorporada a partir de las *Directrices de la OMS sobre la reanimación básica de recién nacidos*.

^e Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de enfermedades infantiles comunes: pruebas científicas para la actualización técnica de las recomendaciones de la guía de bolsillo*.



**Organización
Mundial de la Salud**

© Organización Mundial de la Salud 2018. Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>.

WHO/RHR/18.12

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual esta se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Esta publicación contiene las opiniones colectivas de un grupo internacional de expertos y no representa necesariamente las decisiones ni las políticas de la OMS.

Se puede solicitar más información a: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza.

Correo electrónico: reproductivehealth@who.int Sitio web: www.who.int/reproductivehealth