

00942¹
1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA A UNA MUJER CON EDAD MATERNA AVANZADA, CURSANDO SU SEGUNDO EMBARAZO, ATENDIDA EN EL CENTRO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL DEL GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO.

**ESTUDIO DE CASO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
E S P E C I A L I S T A E N
E N F E R M E R Í A P E R I N A T A L
P R E S E N T A:**

LIC. LUCÍA MARCELA ILLESCAS CORREA

**CON LA ASESORIA ACADÉMICA DE:
LIC. MARÍA TERESA AYALA QUINTERO**

**Y LA ASESORÍA METODOLÓGICA DE:
MTRA. CARMEN L. BALSEIRO**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por ser el recinto académico donde dio inicio mi formación profesional y que hasta ahora me ha albergado en el desarrollo y conclusión de esta especialidad.

Al Dr. Carlos Vargas García Director General del Centro de Investigación Materno Infantil GEN (CIMIGEN) y profesor de esta especialidad por la oportunidad, apoyo e interés.

A la Mtra. María Teresa Ayala Quintero que ha sido ejemplo de tenacidad y perseverancia y que en muchos momentos me infundió ánimo para avanzar.

A los profesores Dr. Leopoldo Vargas García, Médicos especialistas del INPER y a las tutoras clínicas Lic. Gloria Popoca Ortega, Lic. Guadalupe Hernández Ramírez, Lic. Paula Guevara Lara, Lic. Margarita Delgado Rubio. Lic. Patricia Sánchez Torres por su asesoría, experiencia, conocimientos y profesionalismo.

A mis compañeras de generación: Micaela López, Angelina Rivera, Rosalba Barbosa, Rocío Amador, Blanca Quintanar, Nancy Patiño y Rosa María Najera por compartir esta experiencia.

A las mujeres como Ma. Eugenia que gustosamente acepto brindarme la información necesaria para realizar este estudio de caso.

DEDICATORIAS

A mis padres José Illescas Monrroy e Hilda Correa de Illescas por haberme dado la vida y junto con ella la oportunidad de tener una sólida formación espiritual, moral y profesional que ha sido una fortaleza para enfrentarme a los retos que presenta la vida.

A mis hermanos Hilda, Jose Antonio, Victoria, Roberto y Gabriela por su ejemplo de esfuerzo diario.

A mi querido esposo Andrés por todo el apoyo incondicional que desde el inicio de esta especialidad estuvo dispuesto a darme.

A mi pequeña hija Andrea por todas las tardes y noches que no pude estar contigo.

A las mujeres con edad materna avanzada que nos permiten cuidar de ellas.

A todos mil gracias, pero por sobre todas las cosas a mi *Dios, Jehová.*

Lucía

INTRODUCCIÓN 1

1 FUNDAMENTACIÓN DEL CASO CLINICO 3

 1.1 DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO..... 3

 1.2 JUSTIFICACIÓN DEL CASO CLINICO..... 6

 1.3 OBJETIVO DEL ESTUDIO DE CASO..... 7

 1.3.1 General..... 7

 1.3.2 Específico..... 7

2 MODELO TEORICO..... 8

 2.1 FUNDAMENTACIÓN TEORICA DE ENFERMERÍA 8

 2.1.1 Modelo teórico del Autocuidado 8

 - Definiciones básicas de Dorothea Orem 9

 ▪ Enfermería 9

 ▪ Salud 10

 ▪ Entorno 11

 ▪ Persona 12

 - Premisas 13

 - Principales conceptos 14

 ▪ Autocuidado 14

 ▪ Déficit de autocuidado 15

 ▪ Sistemas de enfermería 15

 2.1.2 Requisitos de autocuidado 16

- Requisitos de autocuidado universal16
 - Mantenimiento de un aporte suficiente de aire17
 - Mantenimiento de un aporte suficiente de agua17
 - Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos17
 - Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos18
 - Mantenimiento del equilibrio relación entre la actividad y el reposo18
 - Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social18
 - Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humanos19
 - Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal19
- Requisitos de autocuidado relativas al desarrollo20
 - Etapas del desarrollo20
 - Condiciones que afectan el desarrollo21
- Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.....21
 - Demanda de autocuidado terapéutico22
 - Factores básicos condicionantes23
 - Acción de autocuidado23

- 2.4. FUNDAMENTACIÓN CLINICA DEL CASO51
 - Embarazo.....51
 - 2.4.1 Adaptaciones maternas48
 - Desarrollo embrionario 54
 - Cambios en el aparato reproductor55
 - Cambios en el organismo materno56
 - Sistema cardiovascular52
 - Sistema renal59
 - Sistema respiratorio61
 - Sistema digestivo56
 - Sistema musculoesquelético62
 - Sistema tegumentario63
 - 2.4.3 Atención prenatal con enfoque de riesgo63
 - Enfoque de riesgo65
 - 2.4.4 Valoración del estado de salud de la mujer
 - durante el embarazo66
 - Historia Clínica68
 - Diagnóstico de embarazo68
 - Cálculos obstétricos69
 - Valoración clínica69
 - Valoración obstétrico70
 - 2.4.5 Cuidados de enfermería en el embarazo77
 - Primer trimestre77

	- Segundo trimestre.....	79
	- Tercer trimestre	80
2.5	EDAD MATERNA AVANZADA	82
	- Definición.....	84
	▪ Riesgos materno y fetales	86
	▪ Revisión de la literatura	87
3	<u>VALORACIÓN DE ENFERMERÍA</u>	96
	3.1 Métodos e instrumentos de recolección de datos	96
	3.2 Instrumentos de enfermería utilizados para el registro de los datos	98
	– Historia clínica perinatal	98
	– Sistema de evaluación de riesgo perinatal	99
	– Análisis de la información	100
	– Esquema metodológico	103
	- Instrumento de valoración perinatal	104
	3.3 Diagnósticos de Enfermería	115
	-Plan de intervenciones (diseño de enfermería).....	117
	-Resultados y hallazgos del Estudio de caso	131
4	<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	135
5	<u>ANEXOS</u>	138
6	<u>BIBLIOGRAFIA</u>	149

INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico contiene la información en torno a las intervenciones de enfermería en una mujer cuya principal problemática es el embarazo con una edad que se considera avanzada o fuera del rango normal (20 a 30 años).

Este caso tiene una importancia singular ya que la edad materna avanzada esta asociada a alteraciones en el ambiente materno que puede poner en riesgo tanto el desarrollo como el crecimiento del feto, lo que a su vez tiene un efecto importante en ese nuevo ser y en el futuro reproductivo de la señora María Eugenia. Para realizar este estudio clínico se ha desarrollado el mismo en seis importantes capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo se ubica la fundamentación del caso clínico que incluye los siguientes apartados: descripción genérica del caso, justificación y los objetivos tanto general como específico.

En el segundo capítulo se presenta el modelo teórico que permite fundamentar los principales aspectos teórico metodológicos del caso clínico estudiado, para apoyar tanto los diagnósticos de enfermería como las intervenciones que se realizan a partir de la valoración del caso.

Parte importante del marco teórico lo constituye en un primer momento la descripción del modelo teórico de enfermería y en un segundo momento el fundamento teórico del caso.

En la parte de la fundamentación teórica de enfermería se estudia el Modelo teórico de Dorothea Orem: del Déficit del Autocuidado con sus antecedentes, definiciones básicas que hace la autora de lo que es enfermería, salud, entorno y persona, así como sus componentes principales.

De esta manera se estudia los requisitos de autocuidado, realizando un análisis de cada uno e interpretándolos sobre la base de los requisitos del caso clínico estudiado. De manera especial se analiza también el Proceso de Atención de Enfermería como el elemento por excelencia para el cuidado individualizado del estudio de caso.

Por las características del estudio de caso y el manejo que se planeó para la atención de esta persona en la que se involucra no solo su bienestar, sino el de un nuevo ser es necesario puntualizar los aspectos éticos a considerar a lo largo de la atención especializada

En un segundo momento se estudia la fundamentación clínica del caso con un tratamiento exhaustivo de las variables: embarazo y edad materna avanzada.

En el tercer capítulo se presenta la valoración de Enfermería del estudio de caso, basada en el modelo teórico de Orem, señalando los principales requisitos de autocuidado, además se describe los métodos de recolección de datos entre los que están: investigación documental, observación, entrevista y examen físico.

Destaca de manera importante en este capítulo los instrumentos de enfermería utilizados para el registro de los datos así como el plan de intervenciones de enfermería (diseño de enfermería).

Finaliza este estudio clínico con los capítulos: cuarto, quinto y sexto en donde se ubican los hallazgos y resultados del estudio de caso, las conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices así como la bibliografía.

Es de esperarse que con este estudio de caso y con base en las intervenciones descritas se puedan mejorar las condiciones de salud de María Eugenia.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL CASO CLINICO

1.1 DESCRIPCION GENERICA DEL CASO

El estudio de caso está centrado en una mujer adulta de 38 años de nombre María Eugenia, estado civil casada, religión católica, originaria de Nexcuayo San Luis Potosí, residente en esta ciudad de México desde hace 18 años. Tiene primaria terminada y se dedica al hogar, el cuál esta ubicado en la colonia Ampliación Miguel Hidalgo en la delegación Tlalpan. Su esposo de nombre Adelaido, de 43 años de edad, se dedica a la albañilería y es el apoyo económico de la familia.

- CARACTERISTICAS FAMILIARES

La familia de María Eugenia es de tipo nuclear, conformada por 2 personas, se observa que mantienen una línea constante de comunicación, sin embargo su esposo pasa muchas horas fuera del hogar, de manera que María Eugenia busca la compañía de una de sus primas que viven en el mismo predio, pero en diferente vivienda.

- CARACTERISTICAS DEL AMBIENTE Y DE LA COMUNIDAD

La vivienda que habitan fue construida por el señor Adelaido, es pequeña y de material mixto tiene 2 cuartos, cuentan con iluminación natural y eléctrica, drenaje, suministro constante de agua. La comunidad donde viven cuenta con servicios públicos de iluminación, pavimentación, drenaje, transporte, centros educativos tanto privados como públicos, lugares de recreo, comercios y servicios de salud.

- INTERACCIÓN SOCIAL

María Eugenia menciona que la comunicación que ella establece con las personas es directa, clara y que en algunas ocasiones titubea, cambia el tono de la voz en conformidad al estado de ánimo que se encuentre, en algunas ocasiones se limita a dar respuestas concretas, no siempre busca entablar una conversación.

- ETAPA DEL DESARROLLO

Se encuentra en la edad adulta, embarazada, aparentemente sin evidencia de alteraciones de sus ciclos menstruales, el inicio de su vida sexual activa fue a los 27 años y sin utilizar ningún método anticonceptivo, no es fácil determinar si cursó con infertilidad primaria, ya que por 10 años no concibió y no menciona haber tenido ningún tratamiento.

En 1997 logró un embarazo espontáneo que concluyó en el nacimiento de un niño de término, obito. Su esposo menciona que no se les proporcionó suficiente información sobre las causas de la muerte del bebé, lo cuál propicio sentimientos de culpa y redujo su confianza en la capacidad para tener hijos, afectando de esta manera su autoestima.

Al comprobar la ausencia de su ciclo menstrual en abril de 1998 asiste al Centro de Investigación Materno Infantil Gen para diagnóstico de embarazo, el cuál resultó ser positivo. Ambos manifiestan sentimientos ambivalentes y preocupación por este nuevo embarazo.

- SITUACIÓN ACTUAL

En el momento en que María Eugenia asiste por primera vez para la vigilancia del embarazo, se identifican varios factores de riesgo: intervalo genésico corto,

antecedente de una muerte perinatal y edad materna avanzada, factores que pueden tener efectos en el desarrollo de este nuevo embarazo.

Por lo anterior conviene estudiar profundamente el caso clínico de María Eugenia con base al modelo teórico de Dorothea Orem, para aplicar la estrategia metodológica de esta teoría y que al sustentarla con el proceso de atención de enfermería y la atención con enfoque de riesgo se pueden realizar las intervenciones de enfermería que permitan mejorar la calidad de vida de María Eugenia y su familia.

1.2 JUSTIFICACION DEL CASO CLINICO

El estudio de caso clínico describe ampliamente tres importantes razones a estudiar que a continuación se mencionan.

En primer lugar porque conviene estudiar de manera integral y profunda el caso de una mujer con edad materna avanzada cursando su segundo embarazo y el antecedente de muerte fetal, que probablemente estará afectando su ambiente psicológico. La finalidad será elaborar un diagnóstico de este caso y poder definir la intervención especializada de enfermería, en consecuencia.

En segundo lugar se identificarán las capacidades de autocuidado de Ma. Eugenia con base a los requisitos universales, del desarrollo y de desviación de la salud, que en conjunto forman las demandas de autocuidado, se diseñará un plan de intervenciones acorde a los requisitos de antes señalados.

Finalmente al estudiar un caso clínico de esta magnitud y de manera particular sentará las bases de la atención de enfermería que puede ser aplicable para otros casos clínicos semejantes de manera general y con igualdad de circunstancias, sabiendo de antemano que no hay ningún caso igual a otro.

1.3 OBJETIVO

1.3.1 General

Analizar el caso clínico de una mujer en edad materna avanzada, con antecedente de una muerte perinatal, cursando un segundo embarazo, para proponer las intervenciones de enfermería necesarias que permitan contribuir al buen desarrollo de esta nueva gestación.

1.3.2 Específicos

La Enfermera Perinatal:

- ◆ Identificará las capacidades de autocuidado presentes y futuras.**

- ◆ Reconocerá las demandas de autocuidado a través de la valoración de los requisitos de universales, del desarrollo y de desviación de la salud.**

- ◆ Diseñará, ejecutará y evaluará un plan de intervenciones acorde a los hallazgos (diagnósticos de enfermería).**

2. MODELO TEORICO

2.1. FUNDAMENTACIÓN TEORICA DE ENFERMERÍA

2.1.1. Modelo teórico del Autocuidado

La inquietud de saber y fundamentar la razón de por qué la enfermería profesional provee servicios y cuidados a las personas y la necesidad que tienen éstos de recibirlos surgió en la mente de una mujer llamada Dorothea Orem.

Se menciona de ella como una de las primeras teóricas de la enfermería, nacida en la ciudad de Baltimore, es en la década de los años cuarenta cuando después de haber acumulado una vasta experiencia en el ejercicio profesional tanto en el ámbito privado, como en las áreas hospitalarias así como en la docencia le permiten reflexionar profundamente y desarrollar una definición del ejercicio de la profesión de enfermería.

El interés principal de conceptualizar el quehacer de las enfermeras se da a partir de la observación que hace mientras se desempeña en la División de Servicios Institucionales y Hospitalarios del Departamento de Salud del Estado de Indiana, en donde se percata que la gran cantidad de enfermeras que carecían de la formación profesional requerida para prestar servicios de calidad.

Es a finales de la década de los años 50 cuando formalmente plantea preguntas como: "¿Qué hacen y que deberían hacer las enfermeras como profesionales de la enfermería?, ¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen? Y finalmente ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería?"¹

¹ Stephen J Cavanagh. Modelo de Orem. Aplicación práctica, editorial Masson-Salvat, Barcelona, p. 4.

A lo largo de tres décadas Dorothea Orem desarrolla un modelo teórico donde entender el concepto de autocuidado tiene un profundo significado para la comprensión de los componentes del modelo, Orem describe su modelo teórico de enfermería como una teoría general que a su vez esta constituida por tres teorías relacionadas entre sí a las que describió como sigue:

1. "Teoría del autocuidado (describe y explica el autocuidado)
2. Teoría del déficit de autocuidado (describe y explica las razones por las que enfermería puede ayudar a las personas)
3. Teoría de los sistemas de enfermería (describe y explica las razones que es necesario establecer y mantener para que sé de la enfermería"²

– Definiciones básicas de Dorothea Orem de:

- Enfermería

"La enfermería es un servicio de salud profesional, especializado y se distingue de otros servicios humanos por que su foco de atención son las personas con incapacidad para la continua provisión de la cantidad o calidad de cuidados en un momento específico, estos cuidados son reguladores de su funcionamiento y desarrollo, siempre que las incapacidades que limitan los cuidados estén asociados a su estado de salud o a la naturaleza especializada, compleja de las medidas de cuidados reguladores requeridas".³

Es importante señalar que la autora hace uso de la palabra enfermería para referirse a un servicio de salud especializado, ya que ésta tiene las capacidades de "llevar a cabo una valoración, tomar decisiones y operaciones productivas

² Ann Marriner. Modelos y teorías de Enfermería, editorial Harcourt-Brace, tercera edición, Madrid, p. 181.

³ Dorothea Orem. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Editorial Masson-Salvat, cuarta edición, Barcelona. p.4

para saber qué sucede en las situaciones concretas de la práctica de la enfermería; para saber que puede cambiarse; para tomar decisiones sobre lo que debería hacerse y para producir un sistema o sistemas de cuidados".⁴

- Salud

Definir la salud podría resultar muy complejo de explicar si pensamos en todo lo que integra y de la percepción de quien lo define, en este caso Orem menciona que el "término salud tiene una utilidad general considerable para describir el estado de globalidad o de integridad de los seres humanos".⁵

No se refiere únicamente a los aspectos físicos, ya que las capacidades intelectuales de los individuos también forman parte de esa globalidad o totalidad así es como " la salud debe incluir lo referente a la persona como ser humano (forma de vida mental), operando en conjunción con los mecanismos psicológicos y una estructura material (vida biológica), el significado del término salud cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de las personas"⁶

En conformidad con esta visión es cada vez más frecuente que los profesionales de la salud perciban a la *salud* desde un punto de vista integral teniendo presente que los aspectos sociales, psicológicos, biológicos esta íntimamente relacionados entre sí y son "inseparables de los individuos".⁷

Hay que reconocer que idealmente la salud es responsabilidad de la sociedad y de cada individuo y no de un solo sector de la sociedad. Por lo que corresponde a cada uno mantener buenos hábitos de salud que son esenciales para

⁴ Ibid. p.5

⁵ Ibid. p.199.

⁶ Ibid. p.200.

⁷ Id.

conservarla, también tener la habilidad de cambiar hábitos anteriores por nuevos es de suma importancia y llega a ser una estrategia para preservar la salud.

- Entorno

En una comparación de los modelos de Enfermería hecha por Joyce Fitzpatrick menciona para Orem: "El entorno es un subcomponente del hombre, que juntos comprenden un sistema integrado relacionado al autocuidado".⁸

Los seres humanos nunca están aislados de su entorno, existen con él, éste tiene características físicas, químicas, biológicas y sociales que tiene influencia continua con la persona y pueden afectar positiva o negativamente a la vida, la salud y bienestar de los individuos, familias, comunidades.

Las características del ambiente se han clasificado en tres categorías, algunas de las cuáles son relevantes para la estimación o la presencia de requisitos de autocuidado:

- Características fisicoquímicas (atmósfera de la tierra, composición gaseosa del aire, contaminantes: sólidos, gaseosos, humos, condiciones meteorológicas, estabilidad de la corteza terrestre).
- Características biológicas (animales domésticos, animales salvajes, organismos infecciosos [virus, rickettsias, bacterias, hongos, protozoos, helmintos], personas o animales que en condiciones naturales soportan la existencia de agentes infecciosos o los alojan o con enfermedad manifiesta o con infección no evidente).

⁸ Joyce Fitzpatrick, Conceptual Models of Nursing: Analysis and application. California: Appleton & Lange. 1989. P.440.

Las características socioeconómicas y culturales: la familia, composición de los roles y edades de los miembros, prescripciones culturales de autoridad, responsabilidades y derechos, posiciones de los miembros dentro de las familias y relaciones culturales establecida, dinámica familiar, recursos de la familia como unidad, en lo individual, manejo y utilización de los recursos.

La comunidad: población, composición por unidades familiares, disponibilidad de recursos para la comunidad (servicios de salud, tipos, localización, apertura a los individuos, a las familias, accesibilidad y costos).

- Persona

La persona "es un todo integrado funcionando biológica, simbólica y socialmente".⁹

Cada ser humano, como cualquier otro organismo viviente, es una unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección y tienden a ella mediante la diferenciación del todo durante el proceso de desarrollo.

Este proceso de convertirse en persona implica en los individuos la comunicación con el mundo, la acción, el deseo humano de saber, buscar la verdad para sí mismo y para los demás, fijar sus objetivos y elegirlos entre muchos a medida que avanzan a la madurez.

El que la persona llegue a verse a sí mismo como agente de autocuidado o de cuidado dependiente, que ejercite su responsabilidad en la determinación y ejecución del autocuidado y que deliberadamente se ocupa en acciones para desarrollar y volver a desarrollar las capacidades para el autocuidado y el cuidado dependiente son facetas del proceso de personalización.

⁹ Id.

- Premisas

Orem identificó cinco premisas sobre características evidentes en los seres humanos que sirven como principio guía durante el proceso de conceptualización del modelo teórico de enfermería a saber:

1. "Los seres humanos necesitan ser estimulados de una forma continua para seguir viviendo y actuar de acuerdo con las cualidades humanas naturales.
2. La acción humana, la capacidad de actuar deliberadamente, se ejerce en forma de ayuda hacia uno mismo y hacia los demás para identificar las necesidades y crear los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones para actuar en ayuda de uno mismo y de los demás, mediante aportaciones que sustenten la vida y regulen sus funciones.
4. La acción humana se lleva a cabo al descubrir, desarrollar y transmitir a los demás, formas y medios para identificar las necesidades y realizar las aportaciones hacia uno mismo y hacia los demás.
5. Grupos de seres humanos que poseen unas relaciones estructuradas agrupan las tareas y reparten las responsabilidades para ayudar a los miembros del grupo que experimentan privaciones para realizar las aportaciones deliberadas necesarias hacia sí mismos o hacia los demás".¹⁰

¹⁰ Ann Marriner. Op. Cit. p.184.

– Principales conceptos

▪ Autocuidado

“El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar”.¹¹

En un sentido más amplio debe entenderse como la capacidad física, mental emocional del individuo para efectuar acciones que son necesarias para vivir, estas acciones se dan en forma voluntaria, no son actos que se realicen sin razonar o meditar al respecto, tampoco son acciones que se hacen por rutina, es necesario que el individuo adopte una actitud dinámica, ya que es capaz de tomar decisiones sobre su propio bienestar.

Se considera que un individuo tiene o ha *desarrollado* capacidades de autocuidado cuando realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoya los procesos vitales y el funcionamiento normal
2. Mantiene el crecimiento, maduración y desarrollo normales
3. Previene o controla los procesos de enfermedad o lesiones
4. Previene la incapacidad o su comprensión
5. Promociona el bienestar

¹¹ Ibid. p.186.

“Estas acciones necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura”.¹²

- Déficit de autocuidado

“Esta definido como la relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en la que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista”.¹³

Es así como Orem describe que cuando las personas tienen limitaciones para la realización natural de acciones de autocuidado se producen demandas adicionales que superan su capacidad para cuidar de sí mismo, incluso la representación gráfica de una balanza se ha utilizado para señalar “la relación de las demandas de cuidados de la salud y las capacidades de autocuidado indicando la idea que si la balanza se inclina hacia la demanda existe déficit de autocuidado”.¹⁴

- Sistema de enfermería

“Son la serie continua de acciones que se producen cuando las enfermeras vinculan una o varias formas de ayuda a sus propias acciones o a las acciones de personas que esta asistiendo y que están dirigidas a identificar las demandas de autocuidado terapéutico de esas personas o regular la acción de autocuidado”¹⁵

¹² Stephen Cavanagh. Op. Cit. p.5

¹³ Ann Marriner, Op. Cit. P.184

¹⁴ Stephen Cavanagh. Op. Cit. p.13.

¹⁵ Ann, Marriner, Op.Cit. p.184.

Al identificar el tipo de cuidados, la enfermera organiza y establece la forma de ejecutarlos, de manera que la relación que se establece entre la enfermera y el paciente es a lo que se llama sistema de enfermería.

2.1.2. Requisitos de autocuidado

Es importante señalar que la palabra requisito denota o suele usarse para señalar una actividad que el individuo debe realizar para su cuidado. Ahora bien dentro del modelo teórico de Orem se identifican tres tipos de requisitos llamados: universales, relativos al desarrollo, de las alteraciones de la salud.

“Los requisitos de autocuidado son generalizaciones sobre los objetivos que los individuos deberían tener cuando se ocupan de su autocuidado, se convierten en elementos propios de su cultura”.¹⁶

– Requisitos de Autocuidado Universal

“Los requisitos de autocuidado universales son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital, de acuerdo a su edad, estado del desarrollo y factores ambientales así como otros. Están asociados a los procesos vitales, del mantenimiento de la integridad, de la estructura y funcionamiento humanos y bienestar general”.¹⁷

Se describen ocho acciones que favorecen el funcionamiento interno y externo así como el desarrollo, al vigilar que se realicen adecuadamente promueven el bienestar.

¹⁶ Dorothea Orem. Op.Cit. p.136.

¹⁷ Ibid. p.140

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire**

Para mantener este requisito es importante no sólo la entrada continua de aire, también la conservación tanto de la estructura como de la función de todos los órganos implicados en la respiración (nariz, nasofaringe, laringe, traquea, bronquios, alveolos, pulmones, mucosa, caja torácica) y la provisión de un ambiente que favorezca la función respiratoria.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua**

Para mantener un aporte de este requisito es fundamental no únicamente el ingreso de líquido en la cantidad y calidad, también se ven involucrados aspectos sociales como la disponibilidad, emocionales, culturales y físicos (la anatomía y fisiología de los órganos con los que se efectúa, la entrada, deglución, absorción y eliminación).

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos**

Al hablar de alimentación se tiene presente la importancia de esta en el proceso de la nutrición, pensando en los términos de lograr un aporte suficiente, equilibrado y adecuado, sin embargo al igual que el anterior requisito debe existir el deseo de alimentarse, la disponibilidad, el estado anímico para disfrutar del sabor, olor y apariencia; preferencias y desagradados, en lo referente a las condiciones estructurales y funcionales están involucradas las estructuras orales, glandulares, musculares y los tejidos implicados en la masticación, deglución, además de un estado de conciencia que favorezca un aporte suficiente de alimentos.

- **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos**

Dentro de los procesos de eliminación se contemplan la evacuación intestinal, la micción, transpiración y menstruación

Para cuidar la eliminación es importante que se realice en la cantidad, calidad, consistencia y frecuencia fisiológica, así como disponer de los medios físicos (estructura, función, capacidad de movimiento), sociales, ambientales, culturales (patrón de cuidados establecido), disponibilidad de recursos.

- **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo**

Los factores que favorecen el equilibrio entre la actividad y el reposo tienen que ver con factores como capacidad de la movilidad, el estado de salud tanto física como mental y emocional; el patrón de actividad, de reposo, la edad o etapa de desarrollo y los factores ambientales.

- **Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social**

Para que individuo sea capaz de mantener un equilibrio entre los períodos que requiere voluntariamente de soledad y de tener momentos de interacción social dependen en gran medida de las condiciones de vida, del estado de salud, mirando la salud desde el punto de vista biopsicosocial, la personalidad, la disponibilidad y hasta el ambiente tiene influencia en la facilidad o dificultad de mantener el equilibrio de este requisito.

- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar

Los factores que favorecen la satisfacción de este requisito tienen relación con la capacidad física, emocional, mental e intelectual de comprender los elementos y situaciones que exponen la integridad del individuo, es esencial conocer la necesidad de mantener el funcionamiento normal y prevenir los peligros para la vida así como el deseo, interés y disponibilidad de los recursos que requiera, lo cuál es una manifestación del grado desarrollo que ha alcanzado el individuo o que está en proceso de alcanzar.

- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Éste requisito forma parte de las actividades diarias del individuo "implica que tenga un autoconcepto realista y sea capaz de cultivar su propio desarrollo".¹⁸

La promoción de la salud o autocuidado "es una actividad autoiniciada y realizada deliberadamente para aumentar el bienestar de un individuo.

Es considerado diferente de la prevención de enfermedades y del mantenimiento de la salud y no requiere el antecedente de la ausencia de enfermedades".¹⁹

Estas actividades son parte de un estilo de vida, lo ocupan a diario, son dirigidas a satisfacer requisitos de autocuidado como por ejemplo el ejercicio, la buena alimentación, actividades orientadas hacia una meta de salud específica.

¹⁸ Stephen, Cavanagh. op.cit. p.8

¹⁹ Donna Hartweg. Autocuidado de promoción de la salud dentro de la Teoría General de Enfermería de Orem. En la Revista: Journal of Advanced Nursing, 1990, N° 15, p.35.

– Requisitos de autocuidado relativos al desarrollo

Los requisitos de autocuidado relativos al desarrollo forman parte de las actividades que el individuo realiza a lo largo de sus etapas de desarrollo o bien como lo define Orem "promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan su efecto".²⁰

▪ Etapas del desarrollo

Las etapas del desarrollo en los que es evidente este proceso de maduración hacia una nueva se señalan como:

1. Vida intrauterina y nacimiento
2. Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro o un niño con peso normal o con bajo peso
3. Lactancia
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta
6. Embarazo ya sea en la adolescencia o en la edad adulta

"Orem argumenta que en cada una de éstas etapas de desarrollo deben considerarse los requisitos de autocuidado universales, pero que también puede haber demandas específicas de salud a causa del nivel prevalente de desarrollo del individuo".²¹

²⁰ Ann Marriner.op.cit.p.183.

²¹ Stephen Cavanagh.op.cit.p.9.

- **Condiciones que afectan el desarrollo**

Como ya se mencionó antes los requisitos de autocuidado relativos al desarrollo demandan cuidados específicos para su nivel de desarrollo, sin embargo existen circunstancias que pueden alterar la evolución del mismo, dentro de las cuáles se consideran aspectos, sociales, culturales, emocionales y económicos, a los que a continuación se hace referencia:

1. Privación educacional
2. Problemas de adaptación social
3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores
4. Pérdida de posesiones o del trabajo
5. Cambio súbito en las condiciones de vida
6. Cambio de posición, ya sea social o económica
7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad
8. Enfermedad terminal o muerte esperada
9. Peligros ambientales

“Estar sujeto a una de estas condiciones o a una combinación de ellas podría representar una demanda creciente para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de autocuidado”.²²

- Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud

“Estos requisitos existen para las personas que están enfermos o lesionados, que tienen formas específicas de patología incluyendo defectos e incapacidades que están bajo diagnóstico y tratamientos médicos”.²³

²² Ibid.p.10.

²³ Dorothea Orem,op.cit.p.148.

Algunas de estas alteraciones pueden ser evidentes para la persona o para los que la rodean, sin embargo en ocasiones pueden no darse cuenta por lo sutil o gradual en que se presenta, en ambas formas afectará la capacidad de autocuidado, ya sea en forma momentánea o permanente, haciendo necesario que haga uso de un sistema de cuidado acorde a sus nuevas circunstancias, lo que le exige el empleo de conocimientos nuevos para ser utilizados en la comprensión de su estado actual y favorecer su autocuidado.

“La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la alteración de la salud, es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de personas competentes para ofrecérselo cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud”.²⁴

- Demanda de autocuidado terapéutico

Se describe como “el conjunto de acciones necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado que se sabe que existen en un paciente y lo que se puede o debería hacerse para satisfacerlos”.²⁵

Según la autora la demanda de autocuidado terapéutico son las acciones que se realizan durante cierto tiempo para satisfacer requisitos de autocuidado que se conocen, incluso en algunas situaciones los individuos son capaces de determinar sus demandas de autocuidado, sin embargo cuando esto no es así, la enfermera emprende una labor de investigación, primero para identificar los requisitos de autocuidado que ya existen y segundo determinar los que se deben hacer para satisfacer los que se han identificado.

²⁴ Stephen Cavanagh, op.cit.p.11.

²⁵ Ibid.p.16.

- Factores básicos condicionantes

Son los factores que afectan la capacidad del individuo para ocuparse de su autocuidado pueden ser condiciones internas o externas, obstaculizan de diversas maneras la demanda de autocuidado terapéutico:

1. Edad
2. Sexo
3. Estado de desarrollo
4. Estado de salud
5. Orientación sociocultural
6. Factores del sistema de cuidados de la salud
7. Factores del sistema familiar
8. Patrón de vida
9. Factores ambientales
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos

La lista no esta completa y debe aumentar toda vez que se identifique un nuevo factor, los factores hasta ahora identificados condiciona de diversas maneras la demanda de autocuidado terapéutico. Algunos como la edad, el sexo y el estado del desarrollo, así como los factores del entorno físico afectan al grado en el que debería satisfacerse un requisito de autocuidado universal o del desarrollo".²⁶

- Acción de autocuidado

"Es la habilidad adquirida, compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantiene la

²⁶ Dorothea Orem op.cit. p.153.

integridad de la estructura, la actividad y el desarrollo humano así como promueven el bienestar".²⁷

- Agente

El uso de la palabra agente se hace para referirse a la persona que provee o proporciona cuidados o que ejecuta una acción específica en favor de otro.

Es de interés señalar que es aquella persona que se compromete con el cuidado de otros y que tiene la capacidad física, intelectual, emocional de hacerlo.

- Agencia

"Se entiende por agencia a "la facultad para emprender una acción con el fin de lograr objetivos específicos".²⁸

Al hablar de agencia se debe entender como una fuerza motivadora que hace que la persona de inicio a las acciones de cuidado, requiere que la persona cuente con el conocimiento, habilidad, motivación y un conjunto de valores que forman parte de su personalidad y que lo mueven a actuar.

- Agencia de autocuidado

"La agencia de autocuidado es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requisitos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven el bienestar".²⁹

²⁷ Ann Marriner. op.cit. p.184

²⁸ Dorothea Orem. El mundo de la enfermera. Documento fotocopiado.p.15.

²⁹ Dorothea Orem. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la Práctica.p.163.

Para que la persona participe en su cuidado debe encontrarse en un estado de bienestar que le permita efectuar actividades que cubran sus necesidades de salud, cuando se ocupa en ello se dice que la persona tiene una agencia de autocuidado desarrollada, sin embargo puede estar en vías de desarrollo o simplemente no hacer uso de ella.

- Agente de cuidado dependiente

“Un agente de asistencia dependiente es el que se ocupa de la asistencia de otros que pueden ser de niños o de adultos con dependencia”.³⁰

Esta cualidad es propia de personas responsables, maduras o en proceso de serlo y que realizan actividades en bien de otras personas que dependen de ellas, pueden ser niños, personas jóvenes, los cuidados pueden ser provistos por algún tiempo o en forma continua con el fin de mantener la salud de la persona que cuida, sin que esto implique necesariamente cuidados propios de enfermería.

- Déficit de autocuidado

Al referirse al déficit de autocuidado “se dice que es la relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico ya existente o previsto”.³¹

³⁰ Ann Marriner.op.cit.p.184.

³¹ Id.

Como se hizo referencia anteriormente el déficit de autocuidado se da en situaciones en que las personas ven limitada su capacidad y posiblemente no respondan a su necesidad de cuidado.

- Agencia de enfermería

“La agencia de enfermería es un complejo número de cualidades de una persona, adquiridos mediante el estudio especializado y mediante experiencias de situaciones de enfermería, este conjunto de cualidades permite que la persona ayude a otros”.³²

Esta característica es propia de personas con una formación académica formal en enfermería, lo que le permite proveer cuidados específicos a la persona cuando esta no es capaz de autocuidarse.

2.1.3. Sistemas de Enfermería

“Orem visualiza el sistema de enfermería como la relación que se establece entre el paciente y la enfermera para ayudarle a satisfacer las demandas y superar los déficits. Está compuesto de acciones de enfermería necesarias para realizar ciertas demandas terapéuticas de autocuidado”.³³

Toda persona puede ser ayudada a través de la enfermería, independientemente de la edad, el estado de salud o enfermedad, el estado de conciencia, tendrá una demanda de autocuidado terapéutica a ser determinada, lo que evidentemente le produce limitación en su actividad o incapacidad para su autocuidado, por tanto las enfermeras mediante la enfermería identifican y particularizan los requisitos de autocuidado existentes,

³² Dorothea Orem. op.cit. p.283.

³³ Dorothea Orem. El mundo de la enfermería. Documento fotocopiado.p.8.

calculan los componentes de las demandas terapéuticas de sus pacientes e identifican las capacidades y limitaciones así como sus causas.

Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La enfermera
2. El paciente o grupo de personas
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con la familia y amigos.

Se describen tres tipos de sistemas de enfermería, el totalmente compensatorio, el parcialmente compensatorio y el de apoyo educacional o educativo, de los cuales a continuación se hace una breve descripción.

– Sistema totalmente compensatorio

Este sistema se caracteriza por que la labor que realiza la enfermera es en el sentido de ser ella quién en su totalidad compense los requisitos de autocuidado, ya sea porque el paciente se encuentre con incapacidad total o parcial, por limitaciones del estado de conciencia o de la facultad de movimiento, es el caso por ejemplo de una persona que se encuentre en estado de coma en donde es incapaz de responder a estímulos; por otro lado hay personas que tienen la capacidad de tomar decisiones para su autocuidado y sin embargo no es posible ejecutarlas por dificultad de movimiento.

El papel de la enfermera en el sistema totalmente compensatorio es:

1. "Compensar las incapacidades para el autocuidado que puede tener el paciente

2. Apoyar y proteger al paciente mientras le proporciona un entorno apropiado para cultivar las capacidades de autocuidado existentes y reforzar el desarrollo de otras nuevas".³⁴

La acción de enfermería no está supeditada únicamente a las intervenciones de cuidado, sino al empleo de sus facultades para la toma de decisiones que beneficien al paciente.

– Sistema parcialmente compensatorio

En este sistema la participación del paciente en su autocuidado es activa y está presente, de manera que no requiere la misma intensidad de cuidados o de intervenciones de enfermería que en el sistema totalmente compensatorio, se aplica en las siguientes situaciones:

1. El paciente tiene una limitación de la movilidad o de las habilidades de manipulación, ya sean reales o por requerimientos médicos.
2. El paciente tiene un déficit de conocimiento o habilidad, o de ambos, que impiden la satisfacción de todas las demandas de autocuidado.
3. El paciente que no está psicológicamente dispuesto para realizar o aprender a realizar conductas de autocuidado.

– Sistema de apoyo / educación

El sistema de enfermería de apoyo educativo se emplea en aquellos pacientes que tienen capacidad física y mental de realizar actividades de autocuidado, pero que no lo harían sin ayuda, ya sea por falta de conocimiento, de interés o

³⁴ Stephen Cavanagh, op.cit, p.28.

de habilidad, de tal forma que la enfermera tiene una intervención como consultora y educadora en el desarrollo de las capacidades de autocuidado.

Relación del rol del paciente y de la enfermera en cada uno de los sistemas de enfermería

Rol del paciente	Sistema de enfermería	Rol de la Enfermera
Receptor de cuidados para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico y para compensar las limitaciones	Totalmente compensatorio	Compensa la incapacidad del paciente para ocuparse de su autocuidado
Realizador de acciones para satisfacer los requisitos de autocuidado en cooperación con la enfermera	Parcialmente compensatorio	Realiza algunas medidas de autocuidado del paciente
Aprende a afrontar la situación de vivir y cuidar de sí misma de una manera y en un entorno que apoye y promueve su desarrollo personal	Apoyo - educacional	Provee información relevante para la regulación de la agencia de autocuidado, guía, educa y proporciona un entorno que apoye el desarrollo

Fuente: Dorothea Orem. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica. Ediciones Científicas y técnicas. 1993. Pág. 322.

Orem identificó seis conceptos principales en la teoría de déficit de autocuidado: autocuidado, demanda de autocuidado terapéutico, acción de autocuidado, déficits de autocuidado, acción de enfermería y sistemas de enfermería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Utiliza estos seis conceptos para expresar las tres teorías que constituyen la teoría general de enfermería.

El sistema conceptual parece sencillo sin embargo los subconceptos que expresan la estructura sustantiva de los seis elementos requieren un estudio continuo para su mejor comprensión.

El modelo teórico de Orem ha dado lugar artículos que documentan su utilización como base del ejercicio profesional. En el Hospital Johns Hopkins de Baltimore se aplica a los pacientes ambulatorios en consultas especializadas dirigidas por enfermeras, éstas consultas se administran independientemente de las que son dirigidas por los médicos. En la Escuela de Enfermería de la Universidad de Texas la aplicación del modelo teórico se hace en pacientes que reciben asistencia domiciliaria y forma parte de los trabajos final de los egresados.

La experiencia de estos es que "mediante la aplicación del sistema conceptual del autocuidado, las enfermeras desarrollan un mayor respeto por el paciente y éste ejerce su derecho de elección como consumidor de asistencia sanitaria y participa activamente en los programas de cuidados para restablecer su autosuficiencia".³⁵

Otras experiencias del modelo teórico en la práctica ha sido en la Universidad de Georgetown, en la Universidad del Sur de Missisipi, en la Universidad de Springfield, en la Escuela de Enfermería de Missouri en Columbia y en la Universidad de Michigan en donde además se hace investigación, se programan conferencias, cursos anuales nacionales e internacionales y forma parte de los programas educación continua de dichas Universidades, en la clínica se ha aplicado en adolescentes que abusan del alcohol, personas con

³⁵ Ann Marriencr-Tomey, Modelos y Teorías en Enfermería. 3ª edición, Harcourt-Brace. P.187

artritis reumatoide, mujeres con mastectomías radicales, en niños con fibrosis quística y sus familias, pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva, pacientes diabéticos, pacientes con tratamiento enterostomal, con diálisis peritoneal y en la prepara el para el parto.

En nuestro país también se ha estudiado este modelo teórico en los cursos de especialización en Enfermería en salud pública y Enfermería Perinatal de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el pregrado de la Carrera de Licenciado en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza de la UNAM así como en otras universidades e Instituciones Hospitalarias se estudia y aplica.

Finalmente es necesario señalar que "el modelo teórico de Orem se ha empleado en el contexto del proceso de enfermería, para enseñar a los pacientes a incrementar su acción de autocuidado, para evaluar el ejercicio profesional y para diferenciar la profesión de enfermería de la del médico".³⁶

³⁶ Ibid. P. 188.

2.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.2.1. Conceptos básicos

Históricamente el proceso de atención de enfermería ha formado parte de la profesión de enfermería, sin embargo antes de que se desarrollara propiamente como tal las enfermeras tendían a ofrecer cuidados basados en las prescripciones del médico que regularmente se centraban en la enfermedad más que en la persona.

"Quienes brindaban cuidados de manera independiente del médico se guiaban por la experiencia e intuición, más que en el método científico, fue hasta el año de 1955 cuando Hall describe el término: proceso de enfermería".³⁷

Así es como durante ese tiempo se ha descrito, analizado y utilizado el proceso de enfermería con sus respectivas variantes.

"Se define al proceso de enfermería como un método sistemático y organizado para la administración de cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud".³⁸

El proceso de atención de enfermería es la base de la práctica de la enfermería profesional y a fin de que las personas reciban cuidados de calidad, la enfermera ejecuta un conjunto de acciones intencionadas y planeadas en beneficio de la necesidad de cuidados de las personas.

³⁷ Barbara Kozier. Conceptos y temas en la práctica de la enfermería, 2da. Edición, editorial. Interamericana..p.99.

³⁸ Rosalinda Alfaro. Aplicación del proceso de enfermería, guía práctica. Editorial Doyma. p.6.

El proceso al que se hará referencia en este estudio de caso consta de cinco fases o etapas, las cuales son: valoración, diagnóstico, planeación o planificación, ejecución y evaluación, una seguida de otra e interrelacionadas entre sí formando toda una estructura organizada en la que la participación del cliente o paciente juega un papel determinante en el logro de los objetivos planteados.

“En el modelo teórico de Orem destaca que la enfermería es acción, de forma tal que hace uso del proceso de atención de enfermería como el método por tradición utilizado, específicamente contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras participen en lo que ella llama operaciones interpersonales y sociales y operaciones tecnológicas profesionales”.³⁹

2.2.2. El proceso de atención de enfermería como método en la resolución de problemas

Para que el proceso de atención de enfermería tenga el éxito que se espera es importante que la enfermera tenga una serie de aptitudes entre las que se menciona la capacidad para la comunicación, para escuchar, transmitir interés, conocimiento e información, otras cualidades a desarrollar son las que tienen que ver con el uso de equipo y ejecución de procedimientos.

Finalmente las cualidades intelectuales para la solución de problemas, el pensamiento crítico y la manera que en cada uno de los componentes del proceso de enfermería se utiliza, favorece la toma de decisiones y la aplicación de dichas cualidades.

Ahora bien, se menciona que el proceso de enfermería es una adaptación de

³⁹ Stephen Cavanagh. op.cit.p.21.

las técnicas de solución de problemas, tiene un paralelo con el proceso médico mientras éste consta de examinar, diagnosticar, planificar, tratar o curar los procesos de enfermedad y evaluar la eficacia del tratamiento, el enfoque del proceso de enfermería consiste en recoger datos, diagnosticar (analizar), planificar, ejecutar y evaluar el grado en que se han cubierto los objetivos de la persona, además debido a que no es un proceso pasivo, sino dinámico e individualizado responde a las necesidades de salud de la persona al asegurar que se dan cuidados de enfermería de calidad, ya que es menos probable que se omitan datos, se cometan errores y se establezca una mejor relación entre la enfermera y el paciente.

2.2.3. Finalidad y orientación del proceso de atención de enfermería

“El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y racional de planificar y ofrecer cuidados de enfermería. Su meta es identificar el estado de salud de un cliente y los problemas de salud reales o potenciales, establecer planes para cubrir las necesidades identificadas y ofrecer actuaciones específicas de enfermería para cubrir dichas necesidades”.⁴⁰

Proporciona la base para las valoraciones y evaluaciones continuas a medida que se modifican las necesidades de la persona.

2.2.4. Etapas del proceso de atención de enfermería

Como ya se mencionó el proceso de atención de enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, a continuación una descripción breve de cada una de ellas.

⁴⁰ Barbara Kozier. op.cit.p.102.

– Valoración

Es la primera fase o etapa del proceso, en la información reunida en esta etapa se basan todas las decisiones y actividades de enfermería, es un proceso continuo y dinámico a lo largo de todo el proceso.

“Implica la recogida y validación de los datos y es necesaria antes de que pueda hacerse un diagnóstico, la recogida de datos es un proceso de recabar información sobre la salud de un cliente, la recogida sistemática de datos evita en gran medida la omisión y mantiene la actualidad de los datos”⁴¹

Este proceso de recogida de datos incluye las siguientes actividades:

1. Obtención de los datos
2. Validación de los datos de valoración
3. Organización de los datos
4. Identificación de los modelos.

Es importante destacar de los puntos antes señalados la obtención de datos, lo cual implica recopilar información sobre el cliente o paciente, puede ser a través del mismo, de la familia, del expediente clínico o de otros profesionales.

“Una parte esencial en la recogida de los datos es la entrevista de enfermería, la cual es un instrumento para reunir los datos de valoración, entre las medidas para conseguir una entrevista satisfactoria son: crear una relación de confianza con el cliente, formular algunas preguntas de sondeo, adoptar una actitud de escucha activa y mantener una observación continua”.⁴²

⁴¹ Id.

⁴² Rosalinda Alfaro. op.cit.p.34.

“Los principales métodos de recogida de datos son la observación, la entrevista y el examen. Aunque estas actividades de enfermería son, con frecuencia llevados a cabo durante las etapas de ejecución y evaluación del proceso de enfermería, también son las principales actividades durante la fase de valoración”⁴³

En lo relacionado a la observación implica recoger información toda vez que se establece contacto con el paciente, utilizando todos los sentidos y darle orden e interpretación a los datos recogidos.

La entrevista es señalada como un instrumento de comunicación planeada que permite recoger datos, puede ser dirigida o no, planeando preguntas abiertas o cerradas. Posterior a la entrevista la enfermera debe realizar un “examen clínico para encontrar evidencia física de capacidad o incapacidad funcional, confirmar los datos obtenidos en el interrogatorio y detectar nuevos signos, el método de exploración física implica la inspección, palpación y percusión y auscultación por aparatos y sistemas siguiendo un orden cefalocaudal”.⁴⁴

-Diagnóstico

Se define al diagnóstico de enfermería como “ un enunciado de un problema de salud real o potencial (de un individuo, familia o grupo) que las enfermeras pueden tratar de forma legal o independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo.”⁴⁵

⁴³ Barbara Kozier, op.cit. p.107.

⁴⁴ Susana Rosales B. Fundamentos de Enfermería. 6ª reimpresión, Manual Moderno. Pág. 134.

⁴⁵ Ibid., 59.

Toda vez que se completa la valoración de enfermería pasamos a la segunda etapa, en ésta se analizan los datos para identificar los diagnósticos y problemas que constituirán la base para el plan de cuidados.

Según Carpenito el diagnóstico de enfermería es tanto una estructura como un proceso. La estructura de un diagnóstico de enfermería (sus componentes) depende de su tipo: real, alto, riesgo, posible, de bienestar o de síndrome".⁴⁶

Los esfuerzos encaminados a establecer y clasificar los diagnósticos de enfermería se han llevado a cabo por un grupo de enfermeras agrupadas en la North American Diagnosis Association a fin de ser utilizados por los profesionales, a ésta clasificación se le denomina taxonomía. Sin embargo no se ha completado la lista de diagnósticos y está en constante revisión.

Algunas de las ventajas de la formulación de diagnósticos de enfermería, son el que refuerzan el proceso de enfermería al proporcionar directrices para la planificación de cuidados de enfermería independientes y distintos a los cuidados y/o tratamientos por otros profesionales.

El enunciado del diagnóstico debe ser descriptivo, siempre que sea posible debe contener un calificador preciso como: <<alteración>>, <<deterioro>>, <<déficit>>, <<inefectivo>> o <<disfuncional>> en lugar de un modificador más vago y subjetivo como <<inaceptado>>, <<escaso>> o <<inadecuado>>. El término <<real>> no forma parte del enunciado en un diagnóstico de enfermería real".⁴⁷

Ahora bien, el enunciado del diagnóstico debe hacer referencia al problema de salud ya sea real o potencial, así como los factores causales relacionados con

⁴⁶ Linda Carpenito, Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica. 5ª, Ed. Interamericana Mc-Graw-Hill. P. 16.

⁴⁷ Id.

estos, que pueden ser: ambientales, sociológicos, psicológicos, fisiológicos o espirituales; es importante resaltar que se describen grandes diferencias entre el diagnóstico médico y el de enfermería, este último está orientado a la persona y cambia a medida que el paciente modifica su respuesta, en cambio el diagnóstico médico describe la respuesta de la persona a una enfermedad.

Los componentes que integran un diagnóstico de enfermería son:

1. El problema (P). Este componente es una descripción del problema de salud (real o potencial) del cliente (individuo, familia, comunidad) para el que se da el tratamiento.
2. La etiología del problema (E) es el componente que identifica una o más causas probables de salud y da directrices para el tratamiento de enfermería requerido.
3. Las características que lo definen o grupo de signos y síntomas (S) son las características definitorias, proporcionan la información necesaria para llegar a la denominación de la categoría diagnóstica.

De tal forma que los diagnósticos pueden ser enunciados en dos o tres partes, en el caso de los enunciados de dos partes éstos están unidos por las palabras: "en relación con" o "asociado con", en el enunciado diagnóstico de tres partes pueden usarse palabras de unión como: *en relación con* y *manifestado por*.

1. Diagnóstico real de enfermería (enunciado en tres partes)

Problema +	Etiología +	Signos y síntomas
------------	-------------	-------------------

Ejemplo: Déficit de autocuidado en relacionado a la incapacidad para mover los brazos, **manifestado por** vendajes de yeso en ambas manos .

2. Diagnóstico de enfermería potencial (enunciado en dos partes)

Problema	+	Etiología
----------	---	-----------

Ejemplo: Limpieza de vías aéreas potencialmente ineficaz **en relación al** tabaquismo

Fuente: Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Guía Práctica. Editorial Doyma. P. 74.

"Algunas de las características del enunciado diagnóstico son que es un enunciado claro y conciso, específico y centrado en el cliente, se basa en datos de valoración fidedigna y pertinente".⁴⁸

Como ya se comento los diagnósticos de enfermería proporcionan directrices para planificar las actuaciones de enfermería.

- Planeación

Es la tercera etapa del proceso de enfermería, consiste en un proceso sistemático que nos permite proporcionar cuidados de enfermería de alta calidad profesional ya que se lleva a cabo la toma de decisiones y la solución de problemas.

⁴⁸ Barbara Kozier. Op.cit. p.130.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para este proceso se utilizan los datos recabados en la valoración y que se enunciaron en el diagnóstico.

La planificación engloba las siguientes tareas:

- ✓ Fijación de prioridades
- ✓ Establecimiento de los objetivos/resultados esperados del cliente
- ✓ Determinación de las actividades/acciones de enfermería
- ✓ Registro en el plan de cuidados

La fijación de las prioridades consiste en establecer un orden en la atención de los cuidados de enfermería, primeramente identificando que diagnósticos merecen atención primero y cuáles pueden atenderse seguidamente, se sugiere clasificar ya sea a través de un listado o la designación de alta, mediana o baja prioridad.

Sin embargo lo que para la enfermera resulta prioritario pudiera no serlo para la persona, él tiene un conjunto de valores y creencias que hacen que su percepción de la salud sea diferente a la nuestra.

La fijación de prioridades resulta más fácil usando un marco tal como un modelo o teoría de enfermería, como la del Déficit de Autocuidado en donde los requisitos de autocuidado universal puede resultar una prioridad ante los requisitos del desarrollo o de ante una desviación de la salud.

El establecimiento de los objetivos del cliente y los resultados esperados son una parte importante en la planificación, pues se debe asegurar que todos saben lo que se pretende conseguir y cuando proporcionar cuidados dirigidos por objetivos, lo que obliga a establecerlos tanto a corto como a largo plazo.

“Los objetivos a corto plazo son aquellos que pueden cumplirse con relativa rapidez, a menudo en menos de una semana. Los objetivos a largo plazo se alcanzarán tras un período más prolongado.”⁴⁹

Anteriormente la mayoría de los diagnósticos se enunciaban hacia el objetivo que la enfermera pretendía lograr y dirigía sus acciones en torno a los mismos, sin embargo recientemente se han empezado a enunciar objetivos en términos de conducta del cliente, entendiéndose ahora como objetivos del cliente, los cuáles se describen como “el resultado deseado o cambio de conducta del cliente en la dirección de la salud.”⁵⁰

Existe una relación estrecha entre los objetivos y los diagnósticos de enfermería debido a que los objetivos del cliente se derivan del primer componente del diagnóstico de enfermería, esto es, de la respuesta identificada del cliente.

“Aunado al objetivo puede enunciarse los criterios de resultado que son enunciados que describen respuestas específicas, observables y medibles en el cliente, determinan si los objetivos establecidos han sido alcanzados y son por tanto esenciales para la fase de evaluación.”⁵¹

En lo que respecta a *la determinación de las actividades de enfermería*, deben estar integradas actividades tales como: la promoción, el mantenimiento y establecimiento de la salud, así como prevenir las complicaciones y procurar un bienestar en los aspectos biológicos, psicológico y espiritual óptimo.

Para el logro de las actividades antes mencionadas es necesario:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas y determinar la situación de los ya existentes

⁴⁹ Rosalinda Alfaro. Op.cit. p. 93.

⁵⁰ Barbara Kozier. Op.cit.142.

⁵¹ Ibid.p.144.

- ❑ Realizar educación para la salud del paciente a fin de ayudarlo a adquirir nuevos conocimientos sobre su salud
- ❑ Aconsejar a los pacientes a fin de que realicen cambios o ajustes en su vida y tomar decisiones de sus propios cuidados de salud
- ❑ Consultar con otros profesionales de la salud para obtener la dirección apropiada y remitirles los casos que sean de su responsabilidad
- ❑ Realizar las acciones terapéuticas específicas a fin de eliminar, reducir o resolver problemas de salud
- ❑ Ayudar a los pacientes a que realicen actividades por sí mismos.

De tal manera que el papel de la enfermera desarrolla una variedad de acciones: valora, educa, consulta, aconseja, asiste, todo en el contexto de los cuidados al paciente”.⁵²

Anotar el plan de cuidados es el último paso del proceso de planificación, si no se toma nota posiblemente todo el esfuerzo para establecerlo no será aprovechado al máximo. Existen razones muy válidas para considerar de suma importancia el registro a saber: es la forma de confirmar que se formuló un plan de cuidados para cada paciente, es un registro que puede permitir evaluar los cuidados del paciente y es un medio de mantener la comunicación con otras enfermeras sobre los problemas identificados y las actividades realizadas.

Como ya se mencionó si no se documenta con precisión en el plan de cuidados además de que se pierde continuidad en los cuidados, que seguridad se tiene de que se realizó.

⁵² Rosalinda Alfaro. Op.cit. p. 107.

El formato de registro puede variar sin embargo la organización en general es la misma en cuatro columnas en la que se registra: el diagnóstico de enfermería o lista de problemas, los objetivos, las intervenciones o prescripciones de enfermería y evaluación.

Algunos centros tienen una columna adicional que se ubica antes de la columna de diagnóstico en la que se registran los datos de valoración como será el diseño del plan de cuidados de este estudio de caso.

Las recomendaciones al escribir un plan de cuidados son:

1. "Anotar fecha y firmar el plan
2. Indicar los objetivos estén cubiertos
3. Enumerar prescripciones de enfermería
4. Utilizar símbolos idiomáticos estandarizados y palabras claves
5. Remitirse a los manuales de procedimientos
6. Hacer el plan de acuerdo a las características del paciente
7. Asegurarse de incorporar los aspectos preventivos y de mantenimiento de la salud además de los aspectos de restauración
8. Incluir actividades interdisciplinarias y de coordinación
9. Incluir los planes de alta del paciente y las necesidades de cuidados en el domicilio".⁵³

Durante la fase de planeación del proceso de atención de enfermería se determinan objetivos hacia el paciente en términos de reducción, prevención o eliminación de un problema y se planean intervenciones para el logro de los objetivos.

⁵³ Ibid. 155.

“Un objetivo es el cambio de conducta deseado en el paciente después de la atención, permite identificar comportamientos que demuestran decremento o eliminación del problema y dan dirección a las acciones, pueden ser planteados a largo y mediano plazo”.⁵⁴

Los objetivos a largo plazo se refieren a lograr el máximo nivel de normalidad y para lograrlo se requerirá de días o meses.

Los objetivos intermedios o de mediano plazo plantean logran cambios o comportamientos en períodos de tiempo más corto como pueden ser horas o días.

Una de las características de ambos es que deben ser realistas, fácilmente observables, deben tener congruencia con el plan y relación con el diagnóstico de enfermería.

Una vez planteados los objetivos, siguen propiamente las intervenciones, que son aquellas actividades específicas que la Enfermera realiza.

“Existen dos tipos de intervenciones, las de tipo independiente y las dependientes e interdisciplinaria (interdependiente).”⁵⁵

Las intervenciones independientes suelen denominarse a aquellas que se inician como resultado de los conocimientos propios, la enfermera es responsable de llevar a cabo cierta acción o delegarla a otro personal de enfermería, pero la decisión de la intervención la determina ella.

Las intervenciones de enfermería dependiente son aquellas que se llevan a cabo bajo la prescripción o supervisión de otro personal del equipo de salud o

⁵⁴ Mary Ellen Murray. Proceso de Atención de Enfermería, 5ª. Edición. Interamericana. Mc Graw-Hill. P.105.

⁵⁵ Rosalinda Alfaro. Op.cit. p.155.

como resultado de una decisión conjunta entre la enfermera y el médico por ejemplo.

La combinación de este tipo de intervenciones varia según el área clínica, el tipo de institución y el grado de responsabilidad de la enfermera, lo que es cierto es que para alcanzar un ejercicio independiente e interdisciplinario eficaz es menester contar con los conocimientos, adquirir las competencias clínicas y asumir la responsabilidad de nuestras acciones.

- Ejecución

La ejecución es la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería y como cada etapa esta íntimamente relacionada con la anterior. Prácticamente es poner en práctica las acciones planeadas, implica las siguientes actividades:

- Revalorar al paciente
- Validar el plan
- Determinar la necesidad de ayuda de enfermería
- Ejecutar las acciones
- Comunicar las acciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Revalorar al paciente indica significa centrar la valoración a necesidades o respuestas específicas ya que sólo así se podrá determinar si las estrategias planeadas son las más adecuadas para ese momento, es importante recordar que se debe continuar recopilando información.

Validar en plan requiere seguir recabando datos, compararlos con los anteriores y en ocasiones modificarlos según la respuesta del paciente.

Determinar la necesidad de ayuda de enfermería es reconocer que para algunas intervenciones se requiere que la enfermera se apoye en otras

enfermeras ya sea por la cantidad de esfuerzo físico o por la falta de conocimiento o habilidad.

Ejecutar las acciones de enfermería ayuda al paciente a cubrir sus objetivos de salud, para lo cuál la enfermera debe considerar los siguientes aspectos:

- Cuidar la individualidad del paciente
- Establecer el grado de implicación que el paciente tiene de su estado de salud
- Prevenir complicaciones
- Preservar las defensas del cuerpo
- Proveer comodidad y apoyo al cliente
- Ejecutar cuidadosamente todas las actividades

Finalmente todas las intervenciones de enfermería sean dependientes o interdisciplinarias e interdependientes deben *ser comunicadas*, sobre todo cuando se suscitan cambios rápidos en la salud del paciente y más importante aún, deben quedar escrito inmediatamente después de haber proporcionado los cuidados, ya que así se recordarán con facilidad.

- Evaluación

“La evaluación es un proceso continuo y formal. Aunque la evaluación se identifica como la última fase del proceso de enfermería, es una parte integral de cada fase.

La evaluación se puede realizar al final del proceso cuando se compara con el estado de salud del cliente con los resultados definidos en el plan de atención.”⁵⁶

⁵⁶ Patricia Yycr. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 2ª.edición. Interamericana. Mc Graw-Hill. Madrid. p.275.

Como resultado de esta actividad, la enfermera determina si el plan de atención es apropiado, realista, actual o si necesita ser revisado. En caso de que el paciente no haya logrado los resultados, la enfermera se encarga de resolver los problemas para determinar la forma de revisar el plan de cuidados.

El proceso de evaluación implica:

- Establecer los criterios de evaluación
- Evaluación del cumplimiento de los objetivos
- Valoración de las variables que afectan la consecución de objetivos
- Modificación o conclusión del plan de cuidados

Al establecer los criterios de evaluación, éstos deben coincidir con los objetivos fijados. "Mientras suministra la atención la enfermera evalúa de manera continua como reacciona el paciente a las intervenciones. Tal respuesta puede ser la esperada o inesperada en ambos casos debe documentar la acción."⁵⁷

La evaluación de los objetivos requiere que se compare los comportamientos del paciente con el logro de los objetivos enunciados en el plan de intervenciones el cuál consta de dos partes, la primera tiene que ver con el grado en el cumplimiento del objetivo, el segundo son los datos o el comportamiento del paciente. La descripción del logro de los objetivos puede determinar si se cumplió totalmente, parcialmente o sencillamente no se cumplió.

La modificación y/o conclusión del plan de cuidados es una actividad en consecuencia de las anteriores, ya que cuando se revisa que esta afectando en el cumplimiento del plan en ocasiones en necesario planear nuevos objetivos, si es que surgió una nueva información, descartar o examinar los diagnósticos y determinar si aún son apropiados, establecer nuevas prioridades.

⁵⁷ Marry Ellen Murray. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. P. 119.

Si se considera que los diagnósticos son adecuados, reexaminar que cada diagnóstico tenga un objetivo específico, tales cambios deben lograr el mayor estado de bienestar del paciente.

La conclusión del plan de cuidados esta vinculado al logro de los objetivos, es el momento en el que el cliente logra tener pleno control de su salud, es el resultado de la interacción entre la enfermera, el paciente y otros profesionales.

Es importante la preparación del paciente para su egreso, darle la educación que necesita, por una parte debe recibir instrucción verbal y escrita de los tratamientos, medicamentos y actividades que puede realizar así como descripción de los signos y síntomas de cualquier posible problema futuro. Incluso deberá contar con un número telefónico de los servicios de salud que puedan ser utilizados en caso necesario.

Finalmente el proceso de enfermería es la base de la práctica de enfermería constituye una forma sistemática de pensar, eleva la calidad de atención al tener un orden de pensamiento al dar la atención a las personas que requieren la intervención de enfermería.

2.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La Enfermería ha tenido avances significativos y evidentes en la definición de su objeto de estudio: *el cuidado de la salud del ser humano*, por lo que lo ha sido necesario incorporar nuevos conocimientos científicos para aplicarlos al cuidado de ellos.

Uno de estos campos es la Enfermería Perinatal entendida como la práctica de la enfermería profesional que brinda atención a los procesos de la reproducción humana o que guarda relación con ella.

La Enfermería Perinatal hace uso de una amplia base de conocimientos provenientes de las ciencias naturales, sociales, médicas, de enfermería, fisiología y patología materna, embrionaria, fetal, neonatal, genética, bioquímica. Proporciona cuidados especializados para el bienestar de la madre y el feto antes, durante y después del parto y en el lactante hasta el año de vida, todo en un contexto que fomente las relaciones familiares para el autocuidado de la salud.

Para ejercer la Enfermería Perinatal además del conocimiento que involucra el arte, la ciencia y conocimiento es importante contar con experiencia tanto profesional como personal así como un conjunto de valores, creencias y actitudes.

Asumir un compromiso y tomar las decisiones de la atención perinatal requiere de tener presentes los principios éticos universales como: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia; las siguientes consideraciones éticas están sustentadas en los principios antes mencionados:

- Todo individuo tiene el derecho a nacer sano
- El embarazo es un proceso fisiológico, natural esta indicada la intervención cuando se haya identificado desviaciones, preservando la integridad y dignidad de la mujer y de su familia
- Toda persona tiene derecho a recibir servicios profesionales de Enfermería no importando la raza, religión, estilo de vida, orientación sexual, situación socioeconómicas o naturaleza del problema de salud
- Toda mujer embarazada y su hijo tienen el derecho de recibir los mejores cuidados
- Las decisiones relacionadas a los cuidados requieren la participación del usuario, este proceso tiene en cuenta la diversidad cultural, la autonomía individual y las responsabilidades legales
- Respeto a la naturaleza de nacimiento y los derechos del no nacido
- Compartir los datos profesionales con sus pacientes, sin coerción ni engaño, lo que favorece la participación y consentimiento informados
- Ser consciente de sus competencias, solicitar asesoría y referir a sus pacientes cuando lo indica el alcance profesional de su práctica o sus limitaciones
- Su principal responsabilidad es instruir al usuario en cuanto su salud reproductiva
- Realiza medidas apropiadas para proteger a sus pacientes de los daños cuando estén en peligro debido a prácticas no éticas
- Mantiene una relación respetuosa con las personas de otras disciplinas y de su misma profesión
- Participa en el desarrollo tecnológico y mejora de los cuidados de las mujeres y sus familias
- Apoya a su profesión en la investigación y la enseñanza a estudiantes que quieren dedicarse a este campo profesional
- Promueve programas nacionales orientados a asegurar el acceso a un cuidado a la salud materno infantil de alta calidad

Basado en el *Code of ethics for certified nurse-midwives* (ACNM) en el libro *Enfermería Materno Infantil* de Lowdemilk, Tomo 1, Harcourt, p. 35. Y en el *Código Ético para las Enfermeras y Enfermeros de México* de la Secretaría de Salud, agosto de 2001. P. 10.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.4 FUNDAMENTACIÓN CLÍNICA DEL CASO

- Embarazo

Desde el punto de vista biológico "el embarazo es un proceso natural evolutivo que permite el crecimiento y desarrollo de un nuevo ser dentro de la madre hasta el momento en que está capacitado para vivir fuera de ésta sin otro recurso que los cuidados necesarios para propiciar su evolución normal (nutrición, calor, higiene y mucho amor)."⁵⁸

El embarazo es también el resultado, casi siempre de "un proceso racional, responsable y voluntario de una pareja que desea reproducirse."⁵⁹

Desde el punto de vista psicológico al embarazo y nacimiento de un niño se le ha denominado el "milagro cotidiano".⁶⁰

El embarazo requiere de una serie de adaptaciones psicológicas en las que en la generalidad de los casos el convertirse en progenitor representa una de las crisis de madurez de la edad adulta y como tal en una experiencia para la reflexión y el aprendizaje.

La Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, parto y puerperio define "el embarazo normal como el estado fisiológico de una mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y nacimiento del niño o niña".⁶¹

⁵⁸ Carlos Vargas García La atención primaria a la salud materno infantil, 1992. P.207.

⁵⁹ Ibid. P. 208.

⁶⁰ Christopher Macy. Embarazo y nacimiento. Problemas y placeres. Editorial Harper. S.A. 1980. P.4

⁶¹ Secretaría de Salud. Manual de Atención Embarazo Saludable, Parto y Puerperio seguros, Recién Nacido Sano.2001. P. 8.

Siendo éste algo tan común, resulta también que es un proceso de tal complejidad que esta mucho más allá de cualquier logro humano artificial y claro entendimiento así como asimilación.

Es un evento físico, químico, hormonal y emocional transcendental en la vida de la mujer, de la pareja, de la familia y de la comunidad y es sin lugar a dudas motivo de estudio de la Enfermería Perinatal ya que centra su atención en todos los eventos que se suscitan alrededor de éste.

“Históricamente en la época de los mexicas el embarazo se consideraba como el acontecimiento más feliz de la existencia y por tanto, era motivo de comunicación a toda la familia y a la vecindad del *calpulli* o barrio mediante una gran fiesta, se pensaba que los dioses enviaban la semilla de un nuevo ser, el cuál se aloja en el vientre de la madre. Durante el período gestacional, recibía una serie de cuidados y atenciones por parte de la Ticitl (partera), seleccionada desde el tercer mes del embarazo”.⁶²

Estas mujeres no limitaban su atención al momento del embarazo o el parto, sino que su asistencia era parte de todo un proceso educativo, en el que se convertía por decirlo así, en la tutora, esto implicaba el tener cierto grado de influencia en las costumbres de los futuros padres, esta influencia iba desde la vestimenta, hábitos morales, higiene personal, prácticas sexuales, alimentación.

Uno de los objetivos más importante de la Ticitl era la preparación de la mujer tanto emocional e intelectual para el manejo de su embarazo y parto a través de este proceso educativo que concluía hasta que el niño alcanzaba el año de edad.

⁶² Eduardo Jurado García. Raíces Prehispánicas de la Perinatología Mexicana. Conferencia Especial. I Congreso Nacional de Enfermería Perinatal. México D.F. 25 nov.1995.

Este proceso educativo hacía que la mujer embarazada no esperara pasivamente ni continuara insensible su vida anterior mientras el nuevo bebé crecía dentro de ella. De igual forma este proceso educativo forma parte de la intervención profesional de todo el personal de salud y un compromiso del actuar diario de la Enfermera Perinatal.

2.4.1 Adaptaciones Maternas

La meta de los cuidados en el embarazo es que éste tenga un resultado seguro desde el punto de vista físico y satisfactorio desde el punto de vista emocional para la madre y el bebé. Sin embargo para muchas mujeres las adaptaciones que experimenta su organismo les resultan poco familiares y en ocasiones puede generar temor y angustia infundada. La Enfermería Perinatal debe dar respuesta a las necesidades que surgen o se relacionan con la reproducción humana.

Es conocido que el embarazo tiene una duración de 266 días desde el momento en que el óvulo es fecundado ó 280 días desde el primer día de la última menstruación.

Al producirse el embarazo, el organismo materno inicia y desarrolla una serie de modificaciones que afectan sin excepción, todos los órganos y sistemas. Ante ello, los órganos reaccionan con nuevas modificaciones morfológicas y funcionales que tienden a establecer el equilibrio.

En esta sección se hará una breve revisión de las principales adaptaciones físicas y emocionales, no se pretende cubrir una base de conocimientos actuales, simplemente los que le permitan a la enfermera apreciar la manera de utilizarlos al proporcionar cuidados que correspondan a las necesidades de la usuaria.

- Desarrollo Embrionario

Para que el embarazo ocurra dependerá de la unión de dos células, el gameto femenino (óvulo) y el gameto masculino (espermatozoide) que después de pasar por un proceso de maduración y capacitación y selección se unen y dan lugar a otro complejo proceso de división celular y transmisión de la información contenida en el material genético que ambos gametos tienen y comparten. Esta división de células va de dos, cuatro, ocho, dieciséis y así sucesivamente hasta una cantidad infinita que llegará a implantarse a la cavidad uterina, tal multiplicación celular tendrá como finalidad el complejo proceso del desarrollo humano.

Una vez que sucede la fertilización y el nuevo ser se ha implantado, se inicia el desarrollo del embrión y del feto así como también de la placenta y sus anexos.

"Tanto la placenta como las membranas ovulares, el líquido amniótico y el cordón umbilical son indispensables para la supervivencia del embrión y del feto".⁶³

La placenta madura suele describirse como un órgano plano y redondo, con peso entre 680 a 900 gramos a término, tiene una cara interna o fetal cubierta por membranas fetales y de su superficie sale el cordón umbilical, así como una cara externa o materna que se adhiere al endometrio, se aprecian los lóbulos o cotiledones los cuáles forma un complejo de unidades vasculares.

La principal función de la placenta es el transporte de sustancias esenciales al feto y de éste a la madre, es una barrera anatómica e inmunológica entre la madre y el feto y finalmente en ella se produce hormonas: la gonadotropina coriónica humana, el lactógeno placentario, los estrógenos y la progesterona.

⁶³ Ma. Victoria Granada, L. Vázquez. La Mujer y el Proceso Reproductivo. Atención primaria a la Salud. Editado por la O.P.S, O.M.S. Colombia.1990. p.103.

Las membranas fetales constan de dos capas el amnios y el corion, la primera es una capa delgada, opaca y resistente, se cree que se forma de una de dos sitios, el citotrofoblasto o el ectodermo fetal, desempeña un papel importante en la producción de líquido amniótico, en especial en el embarazo a término. El corion es la capa más externa y aunque se adhiere estrechamente no están fusionadas.

El cordón umbilical es una estructura tubular, tiene dos arterias y una vena funciona durante la vida fetal como la única conexión directa entre los sistemas del fetal y de la madre, su longitud puede variar entre 30 a 90 cm, esta recubierto con un mucopolisacárido llamado gelatina de Wharton.

- Cambios en el Aparato Reproductor

Nos referiremos a los cambios que ocurren en: el útero, cérvix, vagina y periné y glándulas mamarias. En estas modificaciones locales predominan los procesos de hipertrofia, hiperplasia, congestión e imbibición. Las glándulas mamarias por ejemplo, se hipertrofian, se pigmentan y aparece la red venosa, se puede observar la salida de calostro.

El extraordinario crecimiento uterino durante el primer trimestre está mediado por los niveles elevados de estrógenos y progesterona, "el agrandamiento del útero es resultado de la combinación del incremento de la vascularización y la dilatación de los vasos sanguíneos; la hiperplasia y la hipertrofia del tejido muscular y del desarrollo de la decidua. A medida que el útero se agranda también cambian su peso, forma y posición".⁶⁴

⁶⁴ Dietra Lowdermilk. Tratado de Enfermería. Enfermería Materno Infantil. Tomo I. Editorial. Harcourt-Brace. 6ª Edición. P.144.

La vagina se reblandece y se hipertrofia, aumenta la producción de ácido láctico y se torna azulada, en la vulva, además de la hipertrofia, hay reblandecimiento y tinte cianótico (signo de Chadwick).

Tales cambios si bien se manifiestan en todos los órganos y sistemas se hacen más notorios en los órganos de la reproducción. "Es de suma importancia el conocimiento que la Enfermera Perinatal tenga de los muchos sucesos biológicos que se presentan durante el embarazo, que le permitirá identificar aquellos de primordial importancia para la planificación de los cuidados y la orientación profesional a la gestante".⁶⁵

- Cambios en los sistemas del organismo materno

▪ Sistema Cardiovascular

Los cambios que experimenta el organismo de la madre son el resultado de una serie de mecanismos compensatorios ante las demandas crecientes del embarazo en desarrollo.

En lo que respecta a las adaptaciones maternas una de la más temprana es la que se produce en el sistema cardiovascular, los cambios que comprende son tanto anatómicos como fisiológicos principalmente en el corazón, el gasto cardiaco, el sistema circulatorio, lo que incluye en términos generales cambios en la presión arterial y el volumen de la sangre.

El corazón presenta un aumento de tamaño y cambio de posición, gira en dirección anterior y se desplaza hacia arriba.

⁶⁵ Glenda Butnaresco. Enfermería Perinatal. Salud Reproductiva. Vol. 1. P.217.

El aumento en el gasto cardíaco (volumen de sangre que hace circular el corazón por minuto) se debe a un incremento de la frecuencia cardíaca y del volumen por latido, "se dice que aumenta un 30 a 50% como respuesta al incremento de las demandas tisulares de oxígeno, este aumento es más notorio en el primer trimestre y se incrementa con cualquier esfuerzo".⁶⁶

Otros cambios significativos en algunas mujeres son: la existencia de un soplo sistólico, también extrasístoles y una ligera taquicardia, posiblemente en algunas cierto grado de disnea.

El sistema circulatorio cobra suma importancia para la conservación del bienestar materno y fetal y este incluye los componentes celulares como los eritrocitos, leucocitos y las plaquetas los cuáles se encuentran suspendidos en el plasma.

Estos elementos aumentan durante el embarazo debido al incremento en la productividad de la médula ósea, sin embargo un aumento desigual de estos componentes contribuye a una hemodilución y a una ligera disminución del hematocrito y la hemoglobina, dando lugar a la conocida "anemia fisiológica" del embarazo (11.5 g). Situación que de no detectarse con oportunidad da origen a deficiencias del desarrollo fetal y del estado de salud de la madre.

La presión arterial en algunas mujeres tiende a bajar durante el primer trimestre, se presenta una disminución de la resistencia periférica, principalmente atribuible al efecto de la progesterona, durante el segundo trimestre se mantiene sin cambios y en el tercero aumenta ligeramente. Para determinar si la presión arterial es normal es recomendable contar con un

⁶⁶ Op. Cit. P. 151.

registro de la presión arterial antes del embarazo, "se considera normal: presión sistólica 80-139 mmHg, diastólica 60-90 mmHg".⁶⁷

La vigilancia de la presión arterial materna durante el embarazo es uno de los instrumentos clínicos más importante, a veces se mide en forma rutinaria sin prestar atención a las variables que afectan las cifras, como la posición de la madre o la actividad que realizó inmediatamente antes de la medición, en algunas ocasiones se hace como un procedimiento aislado y no se considera la relación que pueda existir con el pulso o con el interrogatorio que se le hace a la madre.

Es necesario notar las diferencias que puedan existir entre las cifras diastólicas y sistólicas y reconocer que hay posiciones que pueden afectar la circulación, vigilar apropiadamente la presión arterial y emplear técnicas apropiadas para la toma lo que nos da un panorama amplio para identificar posibles alteraciones.

Hacia los últimos meses de la gestación, el útero crecido ejerce una presión considerable sobre las venas pélvicas, retardando así el retorno del flujo sanguíneo de los miembros inferiores. A medida que la sangre se acumula, la presión aumenta y hay una dilatación acentuada de las venas de la vulva, de la vagina y de la ingle; además, parte del líquido se difunde a través de las paredes vasculares, hacia los tejidos de los pies y los tobillos, produciendo edema de esta región.

Para prevenir estas complicaciones, el profesional de enfermería puede recomendar el uso de medias de compresión graduada o vendas elásticas, previa elevación de piernas durante 15 minutos

⁶⁷ Centro de Investigación Materno Infantil. Sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal. Previgen III. Doc. Interno. P. 6

- Sistema Renal

Los cambios en el sistema renal cobran importancia durante el embarazo especialmente por la relación estrecha que existe entre dos alteraciones frecuentes: hipertensión y preeclampsia.

“Los riñones son órganos excretores vitales, mantienen el ambiente interno del organismo. Estos órganos son responsables del equilibrio electrolítico y ácido-base, de regular el volumen del líquido extracelular, de excretar los productos de desecho y conservar los nutrientes esenciales”.⁶⁸

Estos cambios tienen lugar por efecto de la progesterona y estrógenos que influyen en la dilatación de la pelvis y de los uréteres, éstos se relajan, elongan y se vuelven tortuosos, debido a estos cambios mantienen una mayor cantidad de orina, por otro lado la velocidad del flujo de la orina se hace lenta resultando en la estasis o estancamiento de la misma.

Esta condición hace a la mujer más susceptible de desarrollar infecciones, ya que la orina estancada es un excelente medio de cultivo para el crecimiento de microorganismos. La orina contiene nutrientes, entre ellos la glucosa y un pH elevado que también contribuyen a la existencia de infecciones.

Otros cambios son el aumento del volumen urinario de 6-15 ml a 20-60 ml, que es otro factor que contribuye a la posibilidad de infecciones. Un cambio significativo es el “aumento del flujo plasmático, de hecho los riñones aunque son órganos relativamente pequeños (250 a 300 grs) también es uno de los órganos más vascularizado, recibe la cuarta parte del gasto cardiaco en estado de reposo (1200 ml por minuto)”.⁶⁹

⁶⁸ Dietra Lowdermilk. Enfermería Materno Infantil. 6ª edición, Harcourt-Brace. P. 154.

⁶⁹ Glenda F. Butnarescu. Enfermería Perinatal. Vol. I, Limusa.p. 220.

Para mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos el sistema renal lleva a cabo una reabsorción selectiva, así que independientemente del consumo de alimentos y de la pérdida de líquidos por el sudor, vómito o diarrea, normalmente se retienen 500 a 900 mEq de sodio suficientes para cubrir las necesidades del feto.

Se dice que la posición corporal de la madre influye en el funcionamiento renal, por un lado la postura erecta desplaza el líquido a las extremidades inferiores y al aumentar la presión intraabdominal y uterina sobre las venas ilíacas disminuye el volumen sanguíneo central. Por otro lado la posición supina tiende a causar reducción de la excreción de orina y finalmente las posiciones erecta y supina aumentan al doble la presión femoral y venosa por causa del útero crecido sobre estas estructuras vasculares.

Por lo que para lograr una función renal eficiente es necesario recomendar a la embarazada que mantenga una posición de decúbito lateral (preferentemente de lado izquierdo) con lo que aumenta la perfusión renal, la producción de orina y disminuye la frecuencia de edema.

▪ Sistema Respiratorio

El aparato respiratorio tiene cambios que permiten suplir las necesidades maternas y fetales de oxígeno. Estructuralmente se modifican los diámetros de la caja torácica ya que al aumentar el útero de tamaño va desplazando las estructuras abdominales que a su vez generan la elevación del diafragma hasta 4 cm por arriba de su ubicación normal, la respiración torácica reemplaza a la abdominal y se vuelve menos posible para el diafragma descender con la inspiración, incluso algunas mujeres se quejan de desahucio y otras más tienen que dormir sobre varias almohadas para sentirse cómodas.

- Sistema Digestivo

Algunos cambios notorios del sistema gastrointestinal incluyen los que se producen en la cavidad oral, se puede observar inflamación de las encías, resultado de la vascularización, causando con frecuencia sangrado durante el aseo bucal, también hay un aumento en la producción de saliva (ptialismo), sensación que a algunas mujeres les parece desagradable y que en el primer trimestre se hace más evidente.

Debido a las demandas nutricionales del feto y de la propia madre, ésta experimenta un aumento en el apetito y sed, también hay una alteración en las papilas gustativas que hace común que se presente náuseas y vómito.

“Debido a la disminución de tono gastrointestinal hay reducción de la actividad secretora del estómago y el tiempo de vaciamiento gástrico y tránsito intestinal se prolongan con la consiguiente aparición de flatulencia, agruras y estreñimiento”.⁷⁰

Es conveniente aconsejar a la embarazada una dieta blanda, rica en residuos y con abundantes frutas, que dan consistencia al bolo fecal y de esta manera estimulan la motilidad intestinal y favorecen el tránsito digestivo. Otra recomendación es evitar los alimentos muy condimentados y que produzcan gases; tomar abundantes líquidos, no comer entre comidas, estimular el ejercicio moderado y regular.

“Una adaptación importante tiene que ver con el metabolismo de los carbohidratos, por lo que el feto tiene acceso a una fuente de alta energía, el

⁷⁰ Lucia Victoria Sarmiento. Atención de Enfermería a la Embarazada. Editorial Frid. Bucaramanga, Colombia. 1989. P. 37.

metabolismo de las grasas se modifica, con lo que contribuye al crecimiento del feto y la creación de reservas para la lactancia".⁷¹

- Sistema musculoesquelético

Por influencia de la relaxina las articulaciones pélvicas se relajan, los ligamentos de la sínfisis púbica y de la articulación pélvica se vuelven más flexibles. También hay cambios de postura debido al aumento del volumen del abdomen lo que a su vez modifica el centro de gravedad causando una marcha insegura y dolor en la espalda.

Los músculos del abdomen también se relajan originando en algunas mujeres diástasis de los rectos que pueden llevar a la separación de los músculos, para esta condición se hace necesario el uso de una faja obstétrica que proporcione el soporte que necesita el abdomen a medida que el feto crece.

"Otro cambio que podría presentarse es el Síndrome de túnel del carpo que resulta de la compresión del nervio mediano del túnel del carpo, en la muñeca, este síndrome tiende a ser bilateral y suele ser más intenso en la mano dominante. Es usual que la mujer despierte con entumecimiento, hormigueo o dolor en la palma, cerca del pulgar, también puede tener entumecimiento de los dedos y debilidad leve de la mano".⁷²

Para corregir este problema, se recomienda disminuir el consumo de fosfatos (leche, queso, carne) y aumentar la ingestión de alimentos ricos de calcio (pescado, leguminosas, hortalizas). Además debe recibir la luz solar para favorecer la acción de la vitamina D, la cual aumenta la absorción del calcio.

⁷¹ Burroughs. Enfermería Materno Infantil. 7ª. Edición, Interamericana. P.67.

⁷² Sally Olds. Enfermería Materno Infantil. 4ª. Edición, Interamericana. McGraw-Hill. P. 355.

- Sistema tegumentario

La piel presenta cambios en su tono en grado distinto en zonas como los pezones y areolas, además aparece la llamada "línea morena" que se extiende desde la sínfisis púbica hasta el ombligo. El cloasma o máscara del embarazo aparece en algunas mujeres y se manifiesta con un oscurecimiento en la frente, pómulos, alas de la nariz y labio superior. También se pigmentan los órganos genitales externos, la región perianal y las cicatrices.

"El mecanismo por el cual se produce la hiperpigmentación consiste en los estrógenos y progesterona estimulan la adenohipófisis, haciéndola producir mayor cantidad de hormona estimulante de los melanocitos".⁷³

2.4.2 Atención prenatal con enfoque de riesgo

"La atención prenatal integra acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria a la madre y al feto durante la gestación, para lograr la detección temprana de la gestación, la asistencia integral de su salud, la detección oportuna de riesgos perinatales, la prevención y el manejo oportuno de los mismos, contribuyendo así al mantenimiento de la salud y disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal".⁷⁴

La intervención que establezca la Enfermera Perinatal para la promoción a la salud deben influir en el bienestar de la madre, su hijo y del resto de la familia durante muchos años. "La atención prenatal es el seguimiento periódico de la mujer embarazada, dirigida a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal así como el otorgamiento de tratamiento a

⁷³ Lucía Victoria Sarmiento. Atención de Enfermería a la Embarazada. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia, 1989. P. 42.

⁷⁴ Ma. Victoria Granada P. La mujer y el proceso reproductivo. O.P.S.O.M.S. Bogotá, Colombia. P.193.

enfermedades preexistentes y otras patologías intercurrentes en el embarazo y período neonatal".⁷⁵

La Secretaría de Salud establece que la atención la debe realizar un "médico o persona calificada para ello como una enfermera especializada (...) quién deberá diferenciar el embarazo de bajo riesgo del de alto riesgo".⁷⁶

Para la Enfermería Perinatal el control prenatal es además una serie de cuidados esenciales a la mujer, abarca el periodo que va desde la concepción hasta el inicio del trabajo de parto y consideramos importante establecer una relación continua con contactos regulares y oportunidades para valorar a la mujer y sus necesidades. Además de que ofrece una oportunidad única para todo el equipo de salud de influir en la salud de la mujer y su familia ya que la mujer esta especialmente receptiva.

La vigilancia prenatal depende de que reúna las siguientes características ser:

"Oportuna: iniciar antes de la semana 12 de gestación o desde que se sospecha el embarazo para identificar tempranamente factores de riesgo.

Periódica: recibir un mínimo de 5 consultas dependiendo de los factores de riesgo.

Completa: garantizar que se cumpla con una serie de acciones encaminadas al fomento a la salud."⁷⁷

⁷⁵ Secretaría de Salud. Manual de Atención. Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros, Recién Nacido Sano. 2001. P. 18.

⁷⁶ Id.

⁷⁷ Secretaría de Salud. Maternidad Saludable y sin Riesgos.p.20

- Enfoque de Riesgo

El enfoque de riesgo es un método epidemiológico que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos; ayuda a determinar prioridades de salud, mejorando los servicios para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más lo requieran.

“En toda sociedad hay comunidades, familias o individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Estos grupos son considerados como “especialmente vulnerables”, y esa vulnerabilidad es el resultado de un número de características interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc. Que al reunirse, atribuyen un riesgo particular ya sea de estar sano o sufrir una enfermedad en el futuro. Es así, como las embarazadas, los niños, los migrantes, los ancianos y grupos de escasos recursos, son especialmente vulnerables”.⁷⁸

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud, y el enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad. La medición de esa probabilidad está en relación con la identificación, selección y análisis de aquellas características interactuantes vinculadas a una mayor vulnerabilidad; estas características se denominan: *factores de riesgo*.

Existen sistemas de evaluación de riesgo que permiten medir los factores de riesgo de forma cuantitativa y/o cualitativamente. Uno de estos sistemas de evaluación de riesgo se ha aplicado sistemáticamente desde sus inicios en el Centro de Investigación Materno Infantil, es un sistema cualitativo y cuantitativo que emplea como estrategia de identificación los colores verde, amarillo y rojo

⁷⁸ OPS/OMS. Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno-Infantil. Serie Paltext. N° 7, 2ª Edición, Washington, 1999. p.12

para referirse al bajo, mediano y alto riesgo respectivamente, así como a los niveles progresivos de atención en la misma secuencia nivel primario, nivel secundario y nivel terciario.

“Consta de 9 guías que enlistan en forma codificada las características o factores de riesgo cada una de las etapas del proceso reproductivo (Previgen I [etapa pregestacional]; Previgen II y III [etapa gestacional]; Previgen IV, V [trabajo de parto]; Previgen VI [etapa neonatal]; Previgen VIII [puerperio] y Previgen IX [etapa infantil]) y permite la evaluación identificando las características y asignándoles un peso específico a fin de determinar el riesgo y emprender las acciones preventivas, promocionales, educativas o asistenciales según corresponda a fin de cancelar, atenuar o reducir o de referir oportunamente”.⁷⁹

Cada factor de riesgo identificado debe generar un pensamiento analítico de las probabilidades de daño, lo que hace de este un sistema que se anticipa al daño y por tanto de suma importancia en la atención perinatal. (anexo 2).

2.4.4. Valoración del estado de salud de la mujer durante el embarazo

La enfermera y el médico no son los únicos que tiene contacto con la mujer embarazada, también participan otros profesionales como nutriólogos, trabajadores sociales, psicólogos, educadores perinatales, con el fin de ofrecer una atención integral.

⁷⁹ Carlos Vargas G. Sistema de Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal. México D.F. 1985. P.2.

En algunas Instituciones existen protocolos de manejo de acuerdo a las características de la mujer o bien en algunos otros el sistema de atención se generaliza, sin embargo considero que independientemente del lugar donde se brinden los cuidados lo más importante en la atención de enfermería es individualizar los cuidados para mejorar el bienestar de las mujeres y de sus hijos.

Uno de los aspectos más importantes en la primera visita es establecer el carácter del cuidado, ayudar a la embarazada adquirir un compromiso con ella misma y a su vez debe sentirse bienvenida e importante.

Es necesario investigar cuál es la percepción de la mujer en su estado actual, ya que es conocido que "la conducta de una mujer (su respuesta a las manifestaciones físicas y emocionales del embarazo) esta muy influenciada por los factores socioculturales, el que responda a su embarazo con conductas de "salud" o de "enfermedad" depende de la manera en que el embarazo sea visto en su cultura, en el estrato económico, la edad de la mujer, su preparación para el embarazo y el nacimiento, la influencia de la familia y amigos, también su relación con el proveedor de salud tendrá un efecto en su manera de responder a la maternidad".⁸⁰

Por lo que es de vital importancia la relación enfermera - paciente para establecer el carácter del resto de las intervenciones. La valoración del estado de salud de mujer embarazada dependerá de las características del mismo embarazo, para su estudio se divide en tres períodos o trimestres: el primero abarca de la semana 1 a la 13, el segundo de la semana 14 a la 26 y el tercero: semana 27 hasta el término 38, 40 ó 41 semanas. En condiciones normales las visitas prenatales deben ser una vez cada mes o cada mes y

⁸⁰ Francine H. Nichols. Educación para el parto: Teoría, Práctica e Investigación. Doc. Fotocopiado, 1988. P.9.

medio hasta los primeros siete meses, cada 15 días hasta el octavo mes y una vez por semana hasta el término.

- Historia clínica

Se ha de establecer una base de datos como parte de la valoración en la que se incluyen los antecedentes heredo – familiares principalmente las enfermedades crónico degenerativas como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Alteraciones de la tiroides, Epilepsia, Cardiopatías, etc.

Posteriormente se registran los antecedentes personales patológicos que incluye alteraciones cardiovasculares, pulmonares, renales, gastrointestinales, neurológicos, endócrinos, quirúrgicos así como hábitos (uso de tabaco, drogas, alcohol) y no patológicos como el grupo sanguíneo, las inmunizaciones, las enfermedades propias de la infancia, alergias, traumatismos, cirugías, transfusiones, alimentación, práctica de deportes, recreación.

Se ha de recabar información de los antecedentes ginecológicos y obstétricos lo que incluye el inicio de la menarca, pubarca, telarca (fecha, intervalo, duración), características de los ciclos menstruales, uso de anticonceptivos (tipo, tiempo, y si éste ha sido suspendido conocer la causa y la fecha), determinar la fecha del último ciclo menstrual normal así como los antecedentes reproductivos en los que se describen el número de embarazos, la resolución, los resultados perinatales y el estado de salud actual de cada uno de los hijos.

▪ Diagnóstico de Embarazo

El establecer el diagnóstico de embarazo requiere de utilizar criterios establecidos para identificar signos de sospecha, probabilidad y de certeza, mediante el interrogatorio, por los signos clínicos, por la exploración física y a través de estudios de laboratorio y gabinete. Ha de tenerse presente que desde

el momento en que se sospeche del embarazo es un momento decisivo, ya que la precisión del diagnóstico es importante por las implicaciones emocionales, sociales y legales de un diagnóstico inadecuado positivo o negativo que pueden ser en extremo serias.

- Cálculos obstétricos

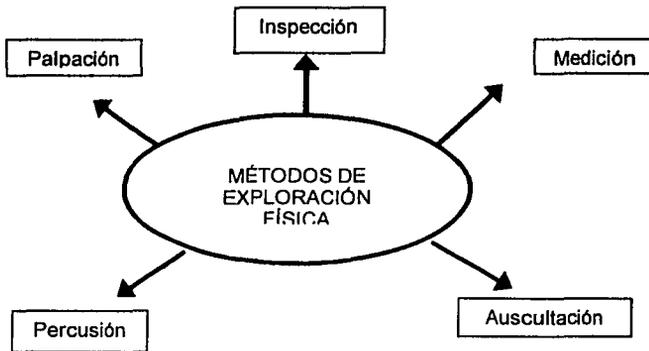
Se debe determinar el tiempo del embarazo así como calcular fecha probable de parto, la cual se puede calcular usando cualquiera de las siguientes reglas:

- Regla de Nagele: al primer día de la última menstruación se le suman 7 días, se restan tres meses y se agrega un año (FUM+ 7 días, - 3 meses + 1 año = FPP).
- Regla de Wahl: al primer día de la última menstruación se le agregan diez días y se le restan tres meses (FUM + 10 días – 3 meses = FPP)
- Regla de Pinard: se le agregan diez días y se le restan tres meses al último día de la menstruación.

- Valoración clínica

Una vez confirmado el embarazo y teniendo en consideración las expectativas de la mujer del mismo se realiza una "valoración física en orden cefalocaudal siguiendo los pasos del método clínico a saber: inspección (forma, volumen, estado de la superficie) y movimientos".⁸¹

⁸¹ Ma. Teresa Ayala Quintero. Guía para la valoración de Enfermería. Doc.fotocopiado. Especialidad en Enfermería Perinatal. 1998.



FUENTE: S. Rosales Barrera. Fundamentos de Enfermería. Editorial Manual Moderno. Pág. 134.

El examen físico se realiza para establecer una base de datos con respecto al estado general de salud de la mujer y para evaluar el estado clínico general, la adaptación al embarazo y la presencia de factores de riesgo o problemas que interfieran con la salud de la madre y el feto. Esto incluye revisión de los dientes, garganta, glándula tiroidea, ganglios linfáticos, pulmones, corazón, senos, piel, abdomen y extremidades.

Dicho examen requiere tomar de los signos vitales: presión arterial, temperatura, pulso y frecuencia respiratoria, además se debe registrar peso inicial y actual además de la talla.

- Valoración obstétrica

La valoración obstétrica forma parte de la evaluación del estado de salud de la gestante, por medio de él se evalúan las características del abdomen materno, el crecimiento uterino y estado de salud del feto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La secuencia de las técnicas de este examen son las siguientes:

1. Inspección del abdomen
2. Medición de la altura uterina
3. Palpación abdominal, utilizando las maniobras de Leopold
4. Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal

En lo referente a la inspección del abdomen se debe hacer una cuidadosa observación del abdomen para identificar sus características: forma, tamaño, características de la piel y presencia de movimientos.

La medición del fondo uterino es un método que permite valorar el crecimiento uterino y servir como un elemento diagnóstico, la altura uterina se ha usado también para calcular la edad gestacional, no es un método exacto, pero resulta muy práctico cuando la mujer desconoce la fecha de la última menstruación; sólo tendrá valor para calcular la edad gestacional si se descarta la presencia de: miomas, mola hidatiforme, embarazo múltiple, polihidramnios, oligohidramnios, retardo en el crecimiento uterino, malformaciones fetales y macrosomía fetal.

"La medición del fondo uterino se realiza estando la embarazada en posición de decúbito dorsal y el examinador a un costado, se mide desde el borde superior de la sínfisis del púbis hasta alcanzar el fondo uterino y se clasifica como "normal cuando el crecimiento uterino alcanzado se encuentre entre los percentiles 10 y 90, anormal cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o encima del percentil 90 de la curva de altura del fondo uterino según la edad gestacional".⁸²

⁸² Op.cit. p. 11.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una manera de vigilar que el crecimiento uterino va teniendo concordancia es mediante asignar 4 cm a la progresión del crecimiento uterino promedio por mes, por ejemplo si el embarazo tiene 3 meses se multiplica por 4 el resultado es 12 que son los centímetros que se esperan que ese tiempo, se descartan los 4 cm del primer mes en que el útero todavía esta en la cavidad pélvica, la altura uterina a término es de más o menos 32 a 35 cm.

Las maniobras de Leopold que se realizan para confirmar el crecimiento uterino, al mismo tiempo corroborar la altura uterina y la edad gestacional, también se pueden determinar los movimientos del bebé después de la semana 20 de gestación, se realizan tres maniobras de las que obtenemos información sobre la:

- Posición del feto
- Situación
- Presentación
- Actitud

La frecuencia cardiaca fetal oscila en condiciones normales entre 120 y 160 latidos por minuto, se considera taquicardia cuando es mayor a 160 latidos/minuto y bradicardia cuando es menor a 120 latidos/minuto.

“La valoración de la respuesta fetal: VaReFe permite evaluar la capacidad de respuesta fetal de la siguiente forma:

1. Escuchar y medir la frecuencia cardiaca fetal basal
2. Estimular suave pero enérgicamente al feto con movimientos manuales durante 10 segundos.
3. Nuevamente se escucha y mide la frecuencia cardiaca fetal

La interpretación de la respuesta es: Ascenso transitorio de la frecuencia cardíaca fetal se asocia con buen estado de salud del feto.

Falta de ascenso o presencia de descenso de la frecuencia cardíaca fetal se asocia con mala respuesta y se debe investigar su causa de inmediato mediante estudios clínicos o de gabinete o laboratorio más específicos (registro cardiotocográfico, Prueba de Tolerancia a la Oxitocina, líquido amniótico) para descartar insuficiencia placentaria, bajo peso)".⁸³

La frecuencia cardíaca fetal puede ser detectada con estetoscopio de Pinard desde la semana 20 de gestación y con equipos que emplean el efecto Doppler es posible detectarla desde la semana 14 a 16.

Algo muy importante en la valoración obstétrica una vez que la madre identifica los movimientos del bebé es preguntar con que frecuencia se mueve éste, ya que el incremento o disminución de los mismos en ciertas etapas del embarazo puede significar un riesgo para el feto.

Una valoración obstétrica completa requiere de la inspección, observación y palpación de los órganos genitales externo e internos, para tal efecto se hace un examen pélvico que proporciona datos para confirmar el embarazo y determinar la etapa de gestación, al mismo tiempo se obtienen muestras para detectar problemas potenciales.

- El examen con espejo vaginal permite observar las características de la mucosa vaginal y cervical, identificar lesiones, tomar muestras para cultivo y para citología (Papanicolaou).
- El examen bimanual permite valorar el tamaño, forma y consistencia del cérvix, útero, trompas de falopio y ovarios, también determinar las características de la pelvis.

⁸³ Eduardo Jurado-García; Carlos Vargas G. Guía de Estudios para la Prevención de los Defectos al Nacimiento. Grupo Gen. Talleres Gráficos UNAM. México. 1989. P. 34.

Es necesario establecer el tiempo del embarazo aún cuando no se conoce con certeza la fecha de la última menstruación para lo cual es conveniente utilizar reglas como la de McDonald en la que la medición del fondo uterino se multiplica por una constante (8) el resultado se divide entre 7 esto nos da una aproximación de la edad gestacional con un margen de más o menos 2 semanas.

Determinar el tiempo del embarazo por estudio ultrasográfico requiere reconocer el momento más oportuno para solicitarlo, se sabe que ésta es una de las muchas utilidades que tiene este estudio, ya que cuando se realiza en forma secuencial "ofrece la oportunidad de evaluar los cambios cualitativos de varias estructuras fetales para así, poder estimar en forma bastante precisa la edad gestacional y evaluar el crecimiento fetal".⁸⁴

Durante el primer trimestre del embarazo se utilizan, básicamente, la medida del saco gestacional y la longitud cráneo-caudal, después de la semana 12 se utilizan medidas de estructuras óseas como el diámetro bipariental que es el máximo diámetro de un corte transverso del cráneo fetal, la medida se toma de la tabla ósea externa del pariental anterior, hasta la tabla interna del pariental posterior, las medidas obtenidas por este método son llevadas a tablas de referencia, para así obtener un estimado de la edad gestacional.

Otro parámetro frecuentemente utilizado es la longitud del fémur, se puede identificar por su forma como de *palo de golf* y por tener un trayecto ligeramente curvo. La técnica consiste en medir el fémur desde su porción más proximal a la más distal, sin incluir la cabeza ni la epífisis distal del mismo.

⁸⁴ Juan Aller. Obstetricia Moderna. 3ª. Edición, McGraw-Interamericana. 1999. P. 43.

La longitud obtenida se multiplica por una constante y el resultado es la edad gestacional con un margen de diferencia de días o semanas según el tiempo en que se tome el estudio.

“El uso del ultrasonido para estimar la edad gestacional es más seguro en etapas tempranas del embarazo que al final del mismo. Estas dificultades vienen dadas por la disminución relativa del líquido amniótico, posición fetal y encajamiento de la cabeza fetal”.⁸⁵

Como parte de la valoración del estado de salud de la mujer es necesario solicitar estudios de laboratorio que den muestra palpable de ello. Es recomendable desde la primera visita prenatal solicitar a la usuaria:

- **Biometría Hemática** que permite identificar oportunamente alteraciones hemáticas como anemia por deficiencia de hierro y folatos, el recuento de elementos como los leucocitos permite descartar procesos infecciosos bacterianos o virales, leucemia, etc.
- **Examen General de Orina:** el propósito es identificar oportunamente alteraciones como Diabetes Mellitus, enfermedad renal, enfermedad hipertensiva e infecciones del tracto urinario.
- **Determinación de la Glucosa:** permite conocer el nivel de glucosa en sangre y es un tamizaje para aquellas mujeres con carga genética para Diabetes Mellitus o con historia de Diabetes Gestacional. En caso de obtener un resultado alterado se solicita un estudio de tolerancia a la glucosa.
- **Grupo sanguíneo y Factor Rh:** para el estudio de incompatibilidad sanguínea materno-fetal. Es casos en que la madre es Rh (-), se debe

⁸⁵ Ibid. P. 46.

conocer el Rh del esposo y hacer estudios específicos para detectar problemas de isoimmunización.

- V.D.R.L. para identificar Sífilis no tratada
- V.I.H.: determina la presencia de anticuerpos contra el SIDA se solicita en casos de que la usuaria pertenezca a un grupo de alto riesgo o que haya solicitado al examen, después de aconsejar a la embarazada y obtener su consentimiento.

Un elemento de suma importancia es tener presente los factores de riesgo más frecuentes durante el embarazo, a fin de que durante la valoración se busque intencionadamente la presencia de características que incrementa el riesgo materno y perinatal.

Los principales datos clínicos a tener presente son:

- Hipertensión arterial, cefalea, acúfenos, fosfenos
- Edema de cara, manos o pies
- Sangrado transvaginal
- Leucorrea o salida de líquido transvaginal, fétido, prurito
- Orina oscura o arenosa, disuria
- Fiebre
- Ruptura de membranas
- Contracciones uterinas antes de tiempo
- Señales de inicio de trabajo de parto
- Ataques o convulsiones

“Se considera que la primera consulta es la más importante, ya que a partir del primer contacto con la gestante se aplicará el criterio de riesgo obstétrico para clasificar el embarazo en bajo o alto riesgo”.⁸⁶

⁸⁶ Secretaría de Salud. Manual de Atención. Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros, Recién Nacido Sano. DGSR. México. D.F. 2001.p.22.

En las visitas subsiguientes se examina invariablemente el peso, tensión arterial, altura de fondo uterino, frecuencia cardíaca, verificar si hay edema, se aborda durante todo el embarazo la educación para la salud, la nutrición, considerar con la mujer y su familia los ajustes familiares y personales.

2.4.5. Cuidados de Enfermería en el embarazo

El objetivo primordial de los cuidados de enfermería durante el embarazo es asegurar un resultado satisfactorio de esta experiencia para la familia. Este objetivo no se limita a prevenir o minimizar las complicaciones físicas para la madre si no que debe comprender la instrucción y el apoyo necesario a la familia.

“Las enfermeras, como miembros del equipo de salud deben desde un principio determinar las necesidades de salud y las expectativas de la madre y de su familia si se pretende que el embarazo constituya una experiencia satisfactoria para la unidad familiar”.⁸⁷

- Primer Trimestre

La planificación de los cuidados para las mujeres en el primer trimestre se basa en los hallazgos que revela la valoración biopsicosocial en la entrevista inicial, sabemos que las mujeres experimentan diferentes manifestaciones ante los cambios, por lo que la enfermera seleccionará aquellos aspectos del cuidado que son relevantes, algunos de los más importantes son:

- Diagnóstico de embarazo
- Desarrollo embrionario (etapa de teratogénesis)
- Fecha probable de parto (estimar junto con ellos la fecha aproximada)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁸⁷ Mary Ann Miller, Brooten D. Enfermería Materno Infantil. 2ª Edición. Interamericana McGraw-Hill. México 1987. P.78.

- Cronograma y eventos de las visitas (características del control prenatal)
- Asesoramiento para el autocuidado
- Plan de nacimiento
- Molestias y adaptaciones físicas
 - cambios mamarios (hipersensibilidad)
 - frecuencia urinaria (nicturia)
 - náuseas y vómito
 - obstrucción nasal y epistaxis
 - gingivitis y epullis
 - leucorrea
 - fatiga
 - respuesta psicoemocional (sentimientos de ambivalencia)
 - dinámica familiar
- Ejercicio y reposo
- Nutrición (educación alimentaria y suplementación con ácido fólico y hierro)
- Sexualidad
- Higiene
 - cuidado de la piel (uso de algunas cremas para mantenerla lubricada e hidratada)
- Preparación para la lactancia
 - cuidado de los senos (características de los pezones)
- Vestido
- Signos de alarma o riesgos potenciales
 - vómito severo (probable hiperemesis gravídica)
 - escalofríos, fiebre, ardor al orinar (posible infección)
 - diarrea (probable infección)
 - cólicos abdominales, sangrado vaginal (probable amenaza de aborto o aborto en evolución)
- Necesidades de educación
- Exámenes de laboratorio

Se recomienda dar a conocer por escrito a la mujer esta lista de cuidados a fin de que puedan leerla, recordarla y que los conocimientos que adquiriera sobre las adaptaciones de su organismo ante el desarrollo del feto sean la base para entender la necesidad del cuidado, también que identifique y notifique los síntomas que indiquen desviaciones de la salud así como que participe activamente en su cuidado durante el primer trimestre.

- Segundo trimestre

El segundo trimestre abarca desde la semana 14 a la 26, regularmente ambos padres han asimilado la presencia del feto ya sea por la percepción de los movimientos o por el crecimiento abdominal, los cambios que se han producido en el organismo materno tienen un mayor significado para la madre, algunas de las molestias comunes ya ha desaparecido y otras se han atenuado, la gran mayoría de las mujeres en esta etapa ha asistido por lo menos a una visita inicial, si esta se produjo en el primer trimestre tendrá un efecto preventivo.

En las visitas subsecuentes se hará un seguimiento (valoración focalizada) de los aspectos más relevantes transcurridos desde la visita anterior tanto en el aspecto físico como emocional

Al igual que en el primer trimestre Dieta Lowdermilk sugiere una lista de necesidades de cuidados para el segundo trimestre:

- Frecuencia de visitas y eventos
- Valoración materna
- Crecimiento y desarrollo fetales
- Pruebas diagnósticas (glucosa, cultivo, alfa-fetoproteína, HCG)
- Asesoría para el autocuidado
- Adaptaciones/molestias
 - cambios de la piel

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- palpitaciones
- desmayos
- molestias gastrointestinales
- varices
- molestias neuromusculares
- alcohol y otras sustancias
- sexualidad
- Signos de complicaciones potenciales
 - salida de líquido amniótico por la vagina (probable ruptura prematura de membranas)
 - ardor al orinar (probable infección de vías urinarias)
 - cambios en los movimientos fetales (ausencia o aumento)
 - contracciones uterinas (parto prematuro)
 - Transtornos visuales (signos de vasoespasmo asociado a alteraciones hipertensivas)
 - edema (en la cara, manos o sobre el sacro)
 - cefalea

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

El plan de cuidados para este trimestre se basa en los diagnósticos de enfermería emitidos en la visita anterior y en los hallazgos de la visita subsecuente, también en la capacidad de la usuaria de comprender las adaptaciones de este trimestre y ejecutar las actividades de autocuidado.

- Tercer trimestre

Este trimestre se caracteriza por una aumentada preocupación de la mujer por el nacimiento de su hijo, sus pensamientos se centran en llegar al final sin problemas, sin embargo abraza en su mente temores que sólo podrán ser despejados al momento del tener a su hijo en brazos, aunque las molestias físicas como dolor lumbar, frecuencia urinaria, estreñimiento, alteraciones del sueño, hinchazón de las piernas están acentuadas, prevalecen en su mente las

interrogantes con respecto al tipo de nacimiento, posibles defectos al nacimiento, capacidad para colaborar en el trabajo de parto, pérdida del control, con frecuencia razona y piensa: “salir de esto de una vez”.

Por otro lado a medida que se acerca el fin del embarazo es necesario llevar una vigilancia regular abordando los aspectos citados a continuación:

- Programación de las visitas y eventos durante la misma
- Desarrollo fetal (pruebas de bienestar fetal)
- Asesoría sobre aspectos de autocuidado
 - Cambios y molestias
 - Disnea
 - Insomnio
 - Cambios emocionales aumentados
 - Dinámica familiar y participación de la pareja
 - Frecuencia urinaria
 - Molestias y presión en el periné
 - Contracciones de Braxton Hicks
 - Calambres, varices, edema
 - Actividad, reposo (nivel de fatiga)
 - Nutrición
 - Sexualidad
 - Signos de alarma
 - disminución de movimientos fetales
 - sangrado
 - dolor de cabeza
 - mareos, fosfenos, acufenos
 - molestias importantes para orinar
 - contracciones antes de tiempo
 - Preparación para la lactancia
 - Inicio de trabajo de parto

salida de tapón mucoso
 contracciones irregulares y espaciadas
 pueden disminuir por cambios de posición
 no aumentan en intensidad, duración y frecuencia
 inicio de borramiento y dilatación
 puede haber ruptura de membranas este es un motivo de asistir
 al hospital

- Características del trabajo de parto
- Alternativas de nacimiento (parto, cesárea)
- Estudios de laboratorio (hemoglobina, EGO, glucosa, proteínas)

En este trimestre al igual que en los anteriores se evalúa la efectividad de los cuidados. En caso de que surja algún cambio en la situación de la mujer o una preocupación se deberá ajustar el plan de cuidados de enfermería en concordancia con las demandas actuales.

2.5 EDAD MATERNA AVANZADA

La decisión de iniciar un embarazo ocurre con regularidad entre los 20 y 30 años, tiempo en que la mujer y su pareja se encuentran aptos para que el embarazo se desarrolle con *normalidad*, los resultados con frecuencia son los esperados: un bebé sano, sin embargo en los últimos años se ha observado un incremento en el número de embarazos de mujeres en edades extremas, por ejemplo el "Consejo Nacional de Población estima 366 mil nacimientos de mujeres entre los 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de natalidad de 70.1 por mil de ese grupo de edad".⁸⁸

⁸⁸ Secretaría de Salud. Plan Estratégico 2001-2006. Programa Nacional de Salud Reproductiva México D.F. 2001. P. 7.

Esto representa un problema de salud pública que requiere aplicar acciones estratégicas que permita a la adolescente acceder a información oportuna para la toma de decisiones responsables en torno a su salud reproductiva.

Por otro lado hay un grupo creciente de mujeres que por razones biológicas, sociales, culturales, económicas deciden iniciar un embarazo pasados los 30, 40 años o más edad. Esta tendencia ha sido observada ya durante algún tiempo en Europa entre las mujeres de nivel cultural más elevado, aunque se ha extendido a otros estratos de la población. En occidente muchas mujeres desean desarrollar una carrera profesional después de terminar sus estudios universitarios, lo que no significa que no quieran tener nunca hijos.

El aumento del número de mujeres de mayor edad que deciden tener un hijo también puede relacionarse con el aumento de los índices de divorcio. Muchas veces, una nueva pareja considera que un hijo consolidará su relación.

“La experiencia de los países industrializados donde la maternidad tiene lugar más allá de los 30 años de edad es un fenómeno que justifica la diversidad de estudios clínicos que a este respecto se realizan. El espaciamiento del primer embarazo es una cuestión que en México apenas comienza a registrarse, sobre todo entre las mujeres de ciudades grandes”.⁸⁹

Por lo que el conocimiento de la experiencia de la maternidad en edades avanzadas en otros países es un ejemplo de lo que puede llegar a suceder en el nuestro con sus propias características.

Es cierto que hasta hace algunas décadas era frecuente la atención de mujeres mayores de 35 años, ya que una característica adicional de ellas era la multiparidad, en 1970 se registraba una tasa de natalidad entre 4.5 a 6.0 hijos,

⁸⁹ Samuel Karchmer. Maternidad en Edades Avanzadas. En la Revista Gineco. Vol. 1, n°.4, abril 1993. P.21

por lo que muchas mujeres continuaban teniendo hijos en edades cercanas a la menopausia, haciéndolas susceptibles a riesgos durante y después del nacimiento (diabetes, hipertensión, obesidad, trabajo de parto prolongado, atonía uterina, etc.), el neonato también estaba expuesto a riesgos como la prematuridad, el bajo peso, las distocias, las cromosomopatías y en algunos casos la muerte.

En la actualidad se registra en nuestro país una tasa de natalidad para el año 2000 de 2.3 hijos en promedio. Sin embargo no hay que olvidar que "México ha sido tierra de grandes múltiparas añosas".⁹⁰

Precisamente el término *embarazada añosa* que además de tener una connotación un tanto despectiva, ha dado lugar a numerosos estudios con el fin de definir hasta que grado es la edad el único factor de riesgo que influye en la evolución del embarazo de las mujeres de este grupo de edad, por otro lado se pretende determinar hasta que edad se debe considerar a una mujer como "obstétricamente joven".⁹¹

Estos estudios proponen valorar el manejo del embarazo y la conclusión del mismo, ya que con frecuencia los embarazos de mujeres primigestas *añosas* son interrumpidos una vez que llegan al término por la vía abdominal, con lo que se agregan factores de riesgo (quirúrgico, anestésico, hemorrágico) adicionales a los que tendría por la sola presencia del factor: **edad**.

- Definición

Definir el término edad materna avanzada no ha sido fácil ya que no hay consenso entre los especialistas para determinar a partir de que edad se

⁹⁰ Josefina Lira P. Edad Materna Avanzada y Embarazo ¿Qué tanto es tanto?. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 65. Año 97, p. 374.

⁹¹ *Ibid.* P. 378.

considera *avanzada*, para algunos "la edad materna avanzada se designa a los 35 años, otros proponen a los 40 años, algunos más la definen hasta pasados los 44 años".⁹²

Se debe diferenciar a dos grupos de mujeres con edad materna avanzada, uno compuesto de múltiparas cuyas razones para tener un embarazo después de los 35 años se debe posiblemente a que no han utilizado metodología anticonceptiva, ya sea por falta de conocimiento, convencimiento o por la suspensión del mismo al acercarse a la menopausia. Este grupo de mujeres es cada vez menos frecuente aunque todavía hay regiones en las que prevalece. El otro grupo es el de las nulíparas, el cuál ha ido en aumento, "las razones para retrasar la maternidad incluyen una educación superior, prioridades profesionales, mejor tecnología anticonceptiva y la creciente incidencia de infertilidad".⁹³

La dinámica familiar, social, emocional y la evolución del embarazo en ambos grupos difiere y deben ser tratados en forma integral. Se ha dicho que la edad por sí sola no se puede considerar como un factor de riesgo aislado, es necesario considerar su relación con otros factores ya que "tradicionalmente a las mujeres con edad materna avanzada se les considera de alto riesgo y esta clasificación se aplica más apropiadamente al feto, ya que la probabilidad de anomalías cromosómicas, especialmente el Síndrome de Down aumenta dramáticamente con la edad".⁹⁴

⁹² Id.p.374.

⁹³ Dietra Lowdermilk. Enfermería Materno Infantil. 6ª. Edición. Harcourt-Brace. Vol. 1.p.206.

⁹⁴ Emily Knor. Decisiones en Enfermería Obstétrica. Doyma. P. 28.

Las mujeres que deciden ser madres después de los 35 años suelen manifestar una serie de temores en lo relacionado con el desarrollo de su bebé, buscan información sobre el embarazo ya sea en libros, revistas o entre sus amigos, toman acciones tendientes a prevenir las alteraciones fetales y son cuidadosas en la elección de la mejor atención obstétrica. Cuando el embarazo es el resultado deseado de un tratamiento de infertilidad los temores, dudas e inquietudes aumentan.

En ambas circunstancias es necesario que la atención de la mujer este a cargo de un grupo de profesionales así como de un sistema de educación perinatal.

- Riesgos maternos y fetales

“Los principales riesgos que se han señalado relativos a la madre son el desarrollo de diabetes mellitus, enfermedad hipertensiva, parto pretérmino, anomalías en la inserción placentaria, cuando se asocia con factores de riesgo como obesidad, multiparidad, tabaquismo y enfermedades previas al embarazo se menciona aumento de la morbilidad materna.

Entre los riesgos fetales reportados están las anomalías congénitas, aborto espontáneo, óbito, productos macrosómicos, calificación de Apgar baja, aumento en la frecuencia de ingreso a unidades de cuidados intensivos e intermedios, otros autores reportan no haber encontrado mayor incidencia de muerte fetal, neonatal, desnutrición intrauterina y la muerte materna en comparación con los grupos de menor edad”.⁹⁵

En este grupo de mujeres con edad materna avanzada es frecuente que al concluir el embarazo la interrupción del mismo sea por cesárea, en ocasiones sin que este presente otro factor de riesgo, algunos estudios abogan por revisar

⁹⁵ Gustavo Romero. Morbilidad y Mortalidad materno fetal en embarazadas con edad avanzada. Revista Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 67. Año 1999. P. 240.

que tan conveniente es esta decisión, ya que no se ha encontrado un incremento importante en la morbilidad y mortalidad en comparación con el grupo de mujeres de edad adecuada.

- Revisión de la literatura

Hay estudios que señalan que existe controversia entre si este grupo de mujeres tiene cifras elevadas de morbilidad y mortalidad materno fetal solamente por su mayor edad.

Un estudio fue el que se realizó en el Centro Médico Monte Sinal entre enero de 1988 a octubre de 1994, en el servicio de Ginecología, este estudio es sobresaliente por la cantidad de casos que estudiaron: "1404 mujeres embarazadas de 40 años (607 nulíparas y 797 multiparas), 6978 mujeres (grupo control) de entre 20 a 29 años (4635 nulíparas y 2343 multiparas) así como 58 mujeres embarazadas mayores de 45 años (27 nulíparas, 31 multiparas)".⁹⁶

Los resultados encontrados son muy similares a los reportados en la literatura como son el desarrollo de diabetes gestacional, preeclampsia, algunas otras complicaciones anteparto fueron placenta previa, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, estas dos últimas complicaciones no tuvieron significado estadístico ya que también estuvieron presentes con regular frecuencia en el grupo control.

"Entre las complicaciones intraparto que encontraron con mayor frecuencia fue el sufrimiento fetal, sobre todo en el grupo de mujeres multiparas mayores de 40 años, en cambio la presencia de meconio, trabajo de parto anormal, la

⁹⁶ Angela Bianco et al. Pregnancy Outcome at age 40 and older. Revista Obstetric and Gynecology. Vol. 87, No.6, Junio 1996.p. 918.

inducción de trabajo de parto, aplicación de bloqueo epidural, y cesárea se hizo más frecuente en las nulíparas de 40 años comparado con el grupo control".⁹⁷

Este estudio analizó la relación entre la edad materna avanzada y los resultados perinatales encontrados y se observó que no hubo diferencia significativa entre los dos grupos en lo relacionado con niños de bajo peso al nacer, niños pequeños para la edad gestacional ya que estos resultados pueden estar influenciados por variables no controladas como la nutrición de la madre o el hábito de fumar en algunas de ellas.

En el grupo de nulíparas de 40 años también se registró un resultado Apgar en el 1º minuto más bajo así como un mayor ingreso a la UCIN; la frecuencia de muerte fetal en ambos grupos fue similar.

Ahora bien en lo que respecta al tipo de nacimiento el estudio menciona que en el grupo de mujeres nulíparas de 40 años se realizó cesárea al 38.9%, en el grupo control fue de 18.3%, para el grupo de mujeres multíparas de 40 años fue 24.7% contra 8.9% del grupo control, en total el 63.6% de los nacimientos de las mujeres con edad materna avanzada fueron por cesárea, siendo en muchos casos la edad el único factor encontrado, se hace referencia al hecho de que los resultados encontrados permiten concluir que si las condiciones maternas y fetales así lo permiten se debe dar mayor oportunidad al nacimiento por parto.

El estudio concluye diciendo que la vigilancia de las mujeres con edad materna avanzada debe incluir un control prenatal oportuno y especializado, una buena educación nutricional que le permitan a la mujer tener tan buenos resultados como los de una mujer con edad reproductiva adecuada (20 a 30 años).

⁹⁷ Ibid. P. 920.

En el Instituto Nacional de Perinatología se realizó un estudio similar durante el año de 1995 con 626 mujeres, divididas en 2 grupos, uno con mujeres de edad materna entre 35 a 39 años (nulíparas y multíparas) y un grupo de mujeres con edad materna mayor a 40 años (nulíparas y multíparas).

En total este grupo de mujeres clasificadas con edad materna avanzada representó el 13.6% del total de mujeres atendidas en el Instituto en ese año. "Las principales complicaciones encontradas fueron preeclampsia, diabetes gestacional, amenaza de parto pretérmino, ruptura de membranas".⁹⁸

La autora comparó las complicaciones mencionadas por grupos de edad y paridad, no encontró diferencias significativas. Por otro lado se menciona que los resultados perinatales fueron adecuados en el 90% de los recién nacidos ya que obtuvieron un peso mayor a 2500 grs y una evaluación de Apgar >7 al 5º. Minuto. En cuanto a la mortalidad perinatal representó el 0.4%, de éste resultado las malformaciones representaron el 0.6%.

En este estudio la cantidad de nacimientos por cesárea también fue significativo (80% de primigestas y 60% de multigestas). Con el fin de evitar *riesgos* y tal vez por la ansiedad en demasía lleva al médico a la culminación obstétrica perfecta: una cesárea programada. Sin embargo los autores consideran que con base a los resultados encontrados, el exceso de cesáreas tendrá que disminuir una vez que se comprenda mejor la verdadera evolución del embarazo en la edad materna avanzada.

Al final del estudio se plantea un par de preguntas para la reflexión, menciona: "¿Cuál es el límite de edad permitido? ¿Qué tanto será demasiado? Ya que con los cambios sociales tal vez en no muchos años se considere a la mujer de 40 años como obstéticamente joven, así como el hecho de que la mujer de esta

⁹⁸ Josefina Lira P. Edad Materna Avanzada y Embarazo ¿Qué tanto es tanto?. Revista Ginecología y Obstetricia. Vol. 65, año 1997. P. 373.

edad que intenta un embarazo puede tener la confianza de una evolución perinatal exitosa".⁹⁹

Uno de los estudios más recientes es el que se desarrolló en el Hospital de Ginecopediatría no. 48 del IMSS en la ciudad de León Guanajuato, los autores revisaron los resultados perinatales de mujeres embarazadas de más de 35 años (134) comparados con mujeres embarazadas de 20 a 29 años (134). Los resultados encontrados fueron muy similares a los dos estudios anteriormente mencionados.

El comentario más sobresaliente de este estudio es el que la evolución favorable en las mujeres embarazadas de edad avanzada está sesgada debido a que las mujeres desde el inicio del control prenatal son consideradas de alto riesgo, su manejo es más estrecho, incluso la mayoría de ellas son programadas para cesárea desde la consulta externa, por lo que este hecho influye en una mejor evolución perinatal.

Los autores del estudio concluyen que "el concepto de primigesta añosa debe ser revalorado y en caso de no presentar algún factor de riesgo asociado estas mujeres maduras embarazadas deberían tener la opción de tener sus hijos mediante parto".¹⁰⁰

En el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGen) institución que se ha caracterizado por la atención perinatal con enfoque de riesgo, no ha sido ajeno a la atención de mujeres embarazadas con edad mayor a 35 años.

⁹⁹ Ibid. P. 378.

¹⁰⁰ Gustavo Romero G. Morbilidad y mortalidad materno fetal en embarazadas de edad avanzada. Revista. Ginecología y obstetricia de México. Vol. 67. Año 1999. P. 244.

El interés que despertó en mí este tema surgió al preguntarme ¿Cuál es la atención que reciben las mujeres con edad materna avanzada CIMIGen? Y ¿Qué efecto tiene la edad como factor de riesgo, en la vía de nacimiento de las mujeres de más de 35 años?. Realice una revisión en las libretas de registro de nacimientos del 1º de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2001, se registraron 4384 nacimientos, 220 mujeres con edad mayor a 35 años a 45 años.

Año	nacimientos	<35 años	%	> 35 años	%
1997	941	910	96.8	31	3.2
1998	883	842	95.4	41	4.6
1999	946	899	95.1	47	4.9
2000	949	943	94	57	6.0
2001	665	621	93.4	44	6.6
TOTAL	4384	4215	95	220	5

Fuente: libretas de registro de nacimientos de CIMIGen.

El número de consultas prenatales a las que asistieron el grupo de usuarias de más de 35 años fue: 24 usuarias (11%) asistieron a >de 4 consultas; 169 de ellas (76.7%) tuvieron de 5 a 9 consultas y el 27 restante (12.4) asistieron a más de 10 consultas prenatales. El número de visitas prenatales puede tener relación con la detección oportuna de factores de riesgo.

La vía de nacimiento en 131 (60%) mujeres fue por parto, 89 de ellas fue por cesárea (40%). Algunas de las indicaciones de cesárea fueron: Trabajo de parto prolongado, DCP, Presentación pélvica y sólo una por estrés de la madre.

año	parto	cesárea
1997	27	4
1998	20	21
1999	23	24
2000	37	20
2001	24	20
TOTAL	131 = 60%	89 = 40%

Fuente: libretas de registro de nacimientos de CIMIGen.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El peso registrado de los bebés al nacer fue: 2 bebés con <2,500 kg. (0.9%), 66 con peso de 2,501 a 3,099 kg (30%), 110 con peso de 3,100 a 3,599 kg. (50%) y 41 con peso de 3,600 a 4,100 kg. (19 %).

La edad gestacional por Capurro fue: de <36 semanas 25 bebés (11.3%); <38 semanas 193 bebés (87.6%) y <41 semanas 2 bebés (0.9%).

La valoración de APGAR al 1º minuto se registró: < 7 en 38 bebés (17.9%); en 178 bebés (82%) la calificación fue > 7 y más.

Al 5º minuto 4 bebés (1.8%) obtuvieron < de 7 puntos y 213 bebés (98.1%) obtuvieron > de 7.

Hubo tres muertes fetales en embarazos de término. No se encontraron defectos al nacimiento en ninguno de los bebés en este grupo de mujeres.

Esta revisión muestra en forma muy general resultados perinatales favorables comparados con lo que reporta la literatura y considerando las características de la infraestructura Institucional (1er. Nivel de atención). No fue posible hacer un análisis comparativo con el grupo de mujeres embarazadas de menos de 35 años atendidas durante el mismo período a fin de conocer con mayor certeza si los resultados son similares o existe un aumento de la morbilidad materna perinatal en el grupo de embarazadas de más de 35 años.

La utilización del *Sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal* en la valoración inicial de la embarazada con edad materna avanzada permite clasificarla con un "riesgo medio (Previgen II, factor 03 [edad 31 a 35], color amarillo = riesgo medio) o riesgo alto (Previgen II, factor 03 [edad 36 y más], color rojo = riesgo alto)".¹⁰¹

¹⁰¹ Centro de Investigación Materno Infantil. Gen. Sistema de Detección y Evaluación del Riesgo Perinatal. Previgen II. Doc. Interno. México D.F. 1998, P. 5.

Si no existe otro factor de riesgo que influya directamente en la evolución del embarazo se sigue una vigilancia estrecha con un equipo de profesionales para llevar a estas usuarias a un embarazo en las mejores condiciones.

Un punto de interés en esta revisión es el hecho de que la decisión de la vía de nacimiento parece no estar determinada por el factor **edad** sino por una evaluación integral de las condiciones maternas y fetales al momento del nacimiento y por un proceso educativo (psicoprofilaxis perinatal), que posiblemente influye en la comprensión del proceso del nacimiento y que hace participar a la usuaria y a su pareja junto con el equipo de salud en las decisiones del nacimiento de su hijo.

Ahora nos corresponde a todos los que participamos de la atención de estas mujeres colaborar con ellas para que el nacimiento de su bebé sea en las mejores condiciones, ofreciéndoles de acuerdo a su estado de salud, un nacimiento natural, preservando la integridad del binomio ahora y en el futuro.

Las recomendaciones de la atención en las mujeres con edad materna avanzada son el asesoramiento genético además de las pruebas prenatales rutinarias y especializada como son niveles de alfa feto proteína en suero materno, es posible medirlos desde la semana 15 a 20 de la gestación, "los valores elevados en exámenes repetidos se asocian con riesgo alto de que el feto curse con defectos de cierre del tubo neural, aunque la especificidad es baja, tiene mayor significancia la asociación de valores bajo con la presencia de alteraciones cromosómicas, especialmente las trisomías 18 y 21 (Síndromes de Edward y de Down)".¹⁰²

¹⁰² Eduardo Jurado-García. Los derechos del no nacido. Documento presentado ante la Comisión Nacional de Bioética del Consejo de Salubridad General. México D.F 1989. Pág. 2

En un nivel de atención terciario se realiza estudios de amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, obtención de muestras de sangre fetal, ultrasonido, imágenes por resonancia magnética, monitoreo fetal externo, perfil biofísico.

Con la edad materna avanzada, las mujeres pueden volverse propensas a desarrollar trastornos como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y fibromas uterinos.

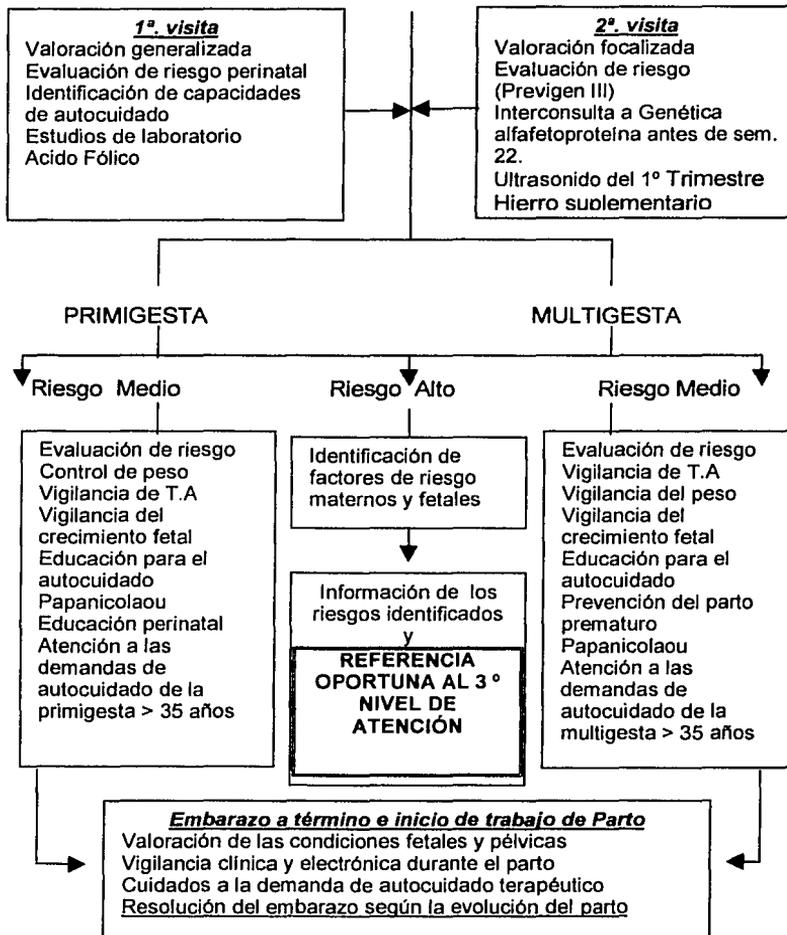
Estas condiciones pueden afectar el embarazo y amenazar la salud e incluso la vida tanto de la madre como del feto. Una vez que las parejas están completamente informadas de los riesgos y según los resultados de los estudios deben tomar decisiones para continuar con estudios genéticos u otros exámenes. "Cuando las anomalías cromosómicas están descartadas, es de suponer que una múltipara con historia obstétrica normal progresará sin incidencias hasta el final y parirá un niño sano".¹⁰³

Las complicaciones fetales y/o de la madre están mejor tratadas por un equipo de salud, que puede incluir además de un perinatólogo, un neonatólogo, un internista, un ginecoobstetra, una enfermera perinatal, un nutriólogo, un trabajador social y cualquier otro profesional que se considere necesario.

Las mujeres con edad materna avanzada tienen altas necesidades de aprendizaje. **las Enfermeras Perinatales** las ayudamos a hacer frente a esas necesidades mediante consejos individuales y a través de clases de educación perinatal concebidas específicamente para desarrollar en ellas sus capacidades de autocuidado.

¹⁰³ Emily R. Knor. Decisiones en Enfermería Obstétrica. Ediciones Doyma. P.28.

MODELO DE ATENCIÓN PRENATAL A MUJERES DE EDAD MATERNA AVANZADA



Basado en el libro DECISIONES EN ENFERMERÍA OBSTÉTRICA de E. Knor. P. 29. Adaptado por la autora a las características de atención del Centro de Investigación Materno Infantil como propuesta para la vigilancia de mujeres con edad materna avanzada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración de Enfermería es una parte medular del estudio de caso ya que sienta las bases que permitirán establecer el cuidado centrado en las características del caso de una mujer como Ma. Eugenia, cuya problemática de salud justifica la intervención especializada.

Se realizó una valoración exhaustiva del estado de salud de la Sra. María Eugenia a fin de establecer una base de datos. Esta se obtuvo a través de la observación, la entrevista y el examen físico, se validó la información con los datos proporcionados por el esposo de la señora y con documentos que dejaron asentado los antecedentes perinatales, esta información permitió identificar los déficits y enunciar los diagnósticos de enfermería, con los que a su vez se planearon las intervenciones.

Se estableció un compromiso profesional de atención integral a la usuaria, por lo que solicite el consentimiento de ambos para su participación en el estudio de caso, lo que implicó la vigilancia del embarazo por un equipo de salud, integrado por una trabajadora social, Licenciadas en Enfermería y Obstetricia, un Médico Ginecoobstetra, una Nutrióloga y una Psicóloga, encabezados por la Enfermera Perinatal.

Una vez obtenida la autorización se aplicó el instrumento de valoración perinatal (anexo 1), se elaboró una historia clínica simplificada (anexo 3) y se evaluó el riesgo perinatal (anexo2) todo como parte de la recolección de datos, a continuación se menciona cada uno de ellos.

3.1. Métodos e instrumentos de recolección de datos

Como parte de la valoración generalizada o exhaustiva se utilizó un instrumento de valoración perinatal basado en la *hoja de valoración de datos según el*

modelo teórico del autocuidado de Orem del Holy Family College, Department of Nursing, Filadelfia, EEUU, tomado del libro Aplicación del Proceso de Enfermería, guía práctica de Rosalinda Alfaro y adaptado por las alumnas de la primera generación de la especialidad en enfermería perinatal, con una primera revisión en 1998 por las alumnas de la segunda generación (Lic. Micaela López Maldonado) y una segunda revisión en 2001 por la Lic. M^a. Teresa Ayala Quintero, Lic. Rosalba Barbosa Angeles y la autora del estudio de caso.

También se aplicó la historia clínica de CIMIGen y la historia clínica simplificada del Centro Latinoamericano de Atención Perinatal, que concentra la historia perinatal señalando en color amarillo en cada una de las casillas el elemento o dato al cuál se debe prestar mayor atención, finalmente se evaluó el riesgo perinatal, aplicando la Guía II "evaluación al inicio del embarazo" del sistema de detección y evaluación del riesgo perinatal. (anexo 2).

Durante la entrevista se utilizó como método de recolección de datos la observación del "hábitus exterior: color de la piel, signos físicos y estado emocional de la usuaria, la edad aparente, estatura y biotipo, la postura, lenguaje corporal, actividad motora y marcha, vestido e higiene personal. Expresiones faciales, actitud, modales, grado de actividad, reacción ante las personas y cosas que la rodean, tono de la voz, lenguaje, nivel de conocimientos y estado de conciencia".¹⁰⁴

Esto permitió reconocer los sentimientos de la señora Ma. Eugenia y establecer empatía y confianza para expresarlos, el interrogatorio se hizo con una técnica de escucha atenta, estableciendo contacto físico y visual, se hicieron preguntas abiertas y algunas cerradas. Se le ayudó a resumir mediante parafrasear y ordenar sus ideas cronológicamente. Con cierta frecuencia el esposo de Ma. Eugenia participó recordando información.

¹⁰⁴ M^a Teresa Ayala Quintero. Guía para la Valoración de Enfermería. Especialidad en Enfermería Perinatal. ENEO-UNAM. Doc.fotocopiado. México D.F. 1998, p. 1

Posteriormente se solicitó a María Eugenia pasar a una mesa de exploración a fin de reunir información sobre su estado de salud mediante un examen físico completo cefalocaudal (piel, cabeza, ojos, oídos, nariz, boca, faringe, cuello, tórax, senos, abdomen, genitales externos, columna y pies) aplicando el método clínico: inspección (forma, volumen, estado de la superficie y movimientos), palpación, percusión y auscultación.

Una vez terminada la valoración se expuso a María Eugenia y a su esposo la condición de salud y la evaluación de riesgos identificados, así como las intervenciones iniciales requeridas para su caso.

3.2 Instrumentos de Enfermería utilizados para el registro de datos

- Historia clínica perinatal

La historia clínica perinatal es un instrumento de valoración que integra elementos generales de una historia clínica convencional, pero además da un tratamiento especial al incorporar elementos del modelo teórico de Dorothea Orem.

Se compone de cuatro apartados, el primero se refiere a los datos generales, las características de la familia, del ambiente y de la comunidad, aspectos de suma importancia para conocer el entorno en el que se desarrolla la vida de María Eugenia y los recursos con los que contará para cubrir sus requisitos en esta etapa del desarrollo.

La segunda parte del *instrumento de valoración perinatal* explora los requisitos de autocuidado universales, plantea preguntas que permiten conocer la forma en que el individuo realiza acciones de autocuidado, después del interrogatorio se registran los datos de valoración de cada uno los requisitos lo que permite determinar la capacidad del individuo.

La tercera parte del *instrumento de valoración perinatal* describe la etapa del desarrollo en que se encuentra el individuo y que tendrá influencia en su capacidad de autocuidado ante la demanda actual; el estudio de caso se ubica en la etapa del embarazo. Por tal razón se interrogan los antecedentes ginecoobstétricos, perinatales y el estado actual del embarazo.

Finalmente la cuarta parte del *instrumento de valoración perinatal* describe los requisitos de autocuidado ante una desviación de la salud, aquí es importante preguntarse ¿Qué hace esta persona para restablecer su salud cuando ésta se desvía?, ¿Será capaz de buscar y asegurar ayuda ante esa desviación?, ¿Llevará a cabo las recomendaciones tal cómo se le han indicado?, ¿Comprenderá su estado actual? Y finalmente ¿Ha aprendido a vivir con los efectos de su padecimiento?. A partir de conocer la percepción de la usuaria y los mecanismos que ha utilizado para restablecer la salud podemos saber que compromisos y acciones de autocuidado se establecerán.

- Sistema de detección y evaluación del riesgo perinatal en el embarazo

También se utilizó el *Sistema de Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal* (CIMIGen) centrado en la identificación de las características (*factores de riesgo*) biológicas, ambientales, de comportamiento o estilo de vida, socioculturales y económicas para determinar el riesgo obstétrico y calcular el nivel de atención que requiere la usuaria.

Se evaluó el riesgo inicial del embarazo utilizando la guía Previgen II con los siguientes factores:

Fecha	Factor	Color	Riesgo
6 abril 1998	02 edad	(38 años) rojo	Alto
	04 nivel socioeconómico	(bajo) amarillo	Medio
	06 actitud	(inadecuada) amarillo	Medio
	19 muerte perinatal	(una) amarillo	Medio
	37 período intergenésico	(< un año) amarillo	Medio

Durante la vigilancia del embarazo se aplicó la guía Previgen III *para la evolución del embarazo* y se identificaron los siguientes factores:

Fecha	Factor	Color	Riesgo
22 Abril	04 (aumento de peso)	(sin aumento) rojo	alto
10 Junio	16 (infección urinaria)	(activa) rojo	alto
3 Julio	16 (infección urinaria)	(controlada) amarillo	medio
2 octubre	06 (Aumento FU)	(sin aumento) rojo	alto
16 octubre	06 (Aumento de FU)	(sin aumento) rojo	alto

- Análisis de la información

La valoración generalizada en la primera consulta de María Eugenia permitió identificar algunas capacidades de autocuidado, demandas de autocuidado para la etapa del desarrollo y los factores de riesgo que señalan que Ma. Eugenia tienen déficit de en algunos de estos requisitos. Se señalan en el instrumento de valoración perinatal en *cursivas* para su identificación.

Por tanto se justifica plenamente las intervenciones de enfermería mediante los sistemas sistema de apoyo educación y parcialmente compensatorio.

Se elaboró un esquema metodológico que incluye los principales requerimientos la Ma. Eugenia como la unidad de observación y los componentes del modelo teórico de Orem.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El esquema metodológico es una representación gráfica del estudio de caso y la aplicación del modelo teórico de Orem, es útil para identificar los principales requerimientos de Autocuidado de la unidad de observación, las capacidades de autocuidado y los sistemas de enfermería correspondientes. A continuación se describen la secuencia de la estructura del esquema metodológico.

1. Requisitos de autocuidado Universales: fueron evaluados, se considera que tienen que satisfacerse cualitativa y cuantitativamente para mantenerse sano se considera que en los líquidos: no ingiere suficientes, alimentos: son deficientes en calidad y cantidad, eliminación urinaria e intestinal: alterada por una probable infección urinaria y estreñimiento, la actividad es excesiva y el reposo escaso, protección de los peligros y promoción de la normalidad: desconoce mecanismos de protección y de promoción a la salud presente y futura.

2. Requisitos de autocuidado del desarrollo: la historia reproductiva y el desarrollo del embarazo son demandas a la salud superiores a las capacidades identificadas en la usuaria.

3. Requisitos de autocuidado ante una desviación a la salud. hay cambios obvios en su estructura por el embarazo, el funcionamiento físico, la conducta y los hábitos de la vida que hacen que la usuaria centre la atención en sí misma.

4. Factores básicos condicionantes que afectan su autocuidado incluyen la edad: 38 años, estado del desarrollo: embarazo, orientación sociocultural: escolaridad de primaria, estado de salud: probable desnutrición, factores del sistema de cuidado de la salud: no es derecho habiente, patrón de vida: se excede en la actividad física, factores ambientales: contaminación ambiental, convivencia con perros, y disponibilidad y adecuación de los recursos económicos: escasos.

5. Exposición a riesgos estos pueden ser reales o potenciales, los maternos: desnutrición, amenaza de aborto, alteraciones de la placenta, hipertensión arterial, diabetes Mellitus, los fetales: anomalías cromosómicas, por ejemplo Síndrome de Down, R.C.I.U. prematuridad, bajo peso.

6. Agencia de autocuidado: al analizar los componentes del modelo teórico identificamos que la capacidad de satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas, con el propósito concreto de regular su funcionamiento y desarrollo, no se hace evidente en Ma. Eugenia, por lo que consideramos que su agencia de autocuidado está en vías de desarrollo

Demanda de autocuidado: Se evaluó que las demandas de autocuidado de Ma. Eugenia no se estaban cubriendo, hace falta el conocimiento de los cuidados necesarios para momentos específicos.

Déficit de autocuidado: Se estableció que la relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado no era adecuada para satisfacer algunos de los componentes de la demanda existente.

Sistema de enfermería: Una vez que se hizo el análisis de todos los componentes del esquema metodológicos se establecen acciones intencionadas por la enfermera especialista para cubrir los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico, con la participación activa de Ma. Eugenia en un sistema de apoyo educación y parcialmente compensatorio.

ESQUEMA METODOLÓGICO DEL ESTUDIO DE CASO BASADO EN EL MODELO TEÓRICO DE OREM

Req. de autocuidado según la etapa del desarrollo (2)

Adulta madura
Gestante
(pág. 146)

Req. de autocuidado ante una desviación de la Salud (3)

Busca y asegura ayuda
Tiene conciencia y presta atención a los efectos y resultados de su estado del desarrollo
Lleva a cabo las medidas diagnósticas
(pág. 148)

Req. autocuidado Universales (1)

- ° Aire
- ° Líquidos
- ° Alimentos
- ° Eliminación
- ° Actividad y reposo
- ° Interacción social
- ° Peligros para la vida funcionamiento y desarrollo humano
- ° Promoción de la normalidad
(pág. 141)

UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Ma. Eugenia, cursa su segundo embarazo, con riesgo perinatal alto por el antecedente de muerte fetal y la edad materna avanzada.

Factores básicos condicionantes (4)

- ° Edad: 38 años
- ° Estado del desarrollo: gestante
- ° Estado de salud: Embarazo de alto riesgo
- ° Orientación sociocultural: baja escolaridad
- ° Sistema de salud: no esta asegurada
- ° Sistema Familiar: nuclear
- ° Patrón de vida: exceso de actividad
- ° Medio ambiente: contaminación ambiental
- ° Disponibilidad de recursos: bajos ingresos
(pág. 262)

Agencia de autocuidado (6):

- ° Esta desarrollada, pero necesita seguir aprendiendo a cubrir sus requisitos de autocuidado (pág. 189)

Demandas de autocuidado:

- ° Son mayores a sus capacidades de autocuidado (pág. 152)

Sistema de Enfermería:

- ° Apoyo/educacional
- ° Parcialmente compensatorio (págs. 319-322)

Exposición a riesgos (5)

- MATERNOS:**
- ° Desnutrición
 - ° Amenaza de aborto
 - ° Alteraciones placentarias
 - ° Preeclampsia
 - ° Diabétes Gestacional
- FETALES:**
- ° Anom. Cromosómicas
 - ° R.C.I.U.
 - ° Bajo peso
 - ° Prematuraz
 - ° Asfixia

Fuente: Esquema Metodológico diseñado originalmente por la Lic. M^a Teresa Fajardo Peña, alumna de la 1^a Generación de la Especialidad en Enfermería Perinatal, 1998. Basado en el libro Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la práctica. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A., pp. 423

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

– Instrumento de valoración perinatal

Fecha de elaboración: 6 de abril de 1998_ Servicio: Control Prenatal.

I. DATOS GENERALES

Nombre: María Eugenia M. M., Edad: 38 años Estado civil: Casada;
Ocupación: dedicada al hogar, Peso actual: 54 Kgs, talla: 1.54 mts.; Grupo: O;
Rh: +; Religión: Católica, Lugar de nacimiento: Nexcuayo, San Luis Potosí
Residencia y tiempo: Distrito Federal desde hace 30 años, Domicilio: N° 74, Col.
Ampliación Miguel Hidalgo, Col. Tlalpan.

La persona responsable: Su esposo el señor Adelaido, tiene 40 años, con estudios de primaria, se dedica a la construcción, es maestro de obras, obtiene un sueldo variable de aproximadamente \$ 2,000.00 mensuales. Grupo y Rh: O +.

1. Características de la familia

Ma. Eugenia pertenece a una familia nuclear, conformada por 2 personas, la comunicación con su esposo es buena, franca y sincera, así como con otros familiares, considera que el único problema con su esposo es por la falta de dinero. Con la noticia del embarazo ambos se alegraron, sin embargo también sintieron temor por lo ocurrido en el anterior embarazo y por el poco tiempo transcurrido.

2. Características del ambiente

Viven en una pequeña casa, propia, construida de tabique y concreto en las paredes y el techo con lámina, en la misma habitación duermen, comen y cocinan, el baño se encuentra afuera y lo comparten con otros familiares, la vivienda tiene una ventana, hay iluminación natural, el tipo de combustible que utilizan para cocinar es gas, cuentan con una estufa pequeña, el suministro de

agua es constante y potable, tiene servicio de electricidad, hay 3 focos en la casa, convive con 2 perros pequeños, recolecta la basura en bolsas de plástico y la deposita en el carro de basura a diario.

3. Características de la comunidad

Las calles de su colonia están pavimentadas, algunas no tienen iluminación, hay banquetas, no tiene vigilancia pública, existen 2 teléfonos públicos cercanos, el medio de transporte más común es microbus, ruta 40. Hay una primaria a 1 kilometro de distancia, también un Centro de salud a la misma distancia, una preparatoria privada y una Universidad privada, 2 parques cercanos el de Peña Pobre y el bosque de Tlalpan y centros comerciales cercanos.

I. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

A. AIRE

1. Hábitos de salud:
 2. María Eugenia higiene mantiene una buena higiene, sus fosas nasales se encuentra limpias. Está expuesta a gases tóxicos debido a que su esposo fumiga para exterminar arañas 1 vez al mes, no fuma, no utiliza técnicas que mejoren su respiración, ha tomado conciencia de la importancia de respirar con la nariz y exhalar por la boca a fin de evitar desarrollar infecciones en las vías respiratorias durante el embarazo.
2. Revisión por sistemas:
- a) Aparato respiratorio: La nariz esta limpia sin alteraciones, sin desviaciones, las mucosas están hidratadas, la respiración es sin esfuerzo, el tórax esta íntegro, simétrico, se auscultan los pulmones y se escuchan con buena entrada de aire en ambos campos pulmonares, no se escuchan sibilancias ni tos. No tiene dificultad para percibir los olores, solo está aumentada la sensibilidad.

- b) Sistema cardiovascular: FC: 78 x min. FR: 28x min. T/A: 110/70mmHg, Temperatura: 37°C, los ruidos cardiacos se escuchan rítmicos y de buena intensidad, sin soplos aparentemente. También se observa con ligera palidez de tegumentos.
- c) Sistema vascular periférico: Extremidades superiores se aprecian áreas con dermatitis en ambas articulaciones de aproximadamente 2 cm de diámetro, el llenado capilar es de 2 segundos, en las extremidades inferiores son simétricas, sin edema ni venas varicosas.

B. LÍQUIDOS

1. Hábitos de salud.

Ingiere 1 litro y medio de agua natural al día, le agrada el agua de frutas y le desagrada la leche, prefiere los líquidos al tiempo.

2. Revisión por sistemas

A la inspección se observa piel y mucosas hidratadas.

En este requisito existe déficit ya que la cantidad de líquidos que ingiere no es suficiente, la recomendación diaria es 3 litros en 24 horas, por otro lado no esta ingiriendo leche, la cuál es importante como fuente de proteínas.

C. ALIMENTOS

1. Hábitos de salud:

El registro alimentario es de 3 comidas al día, el número de ocasiones en la que consume los siguientes alimentos a la semana es: leche: 0; carne: 1; huevo: 1; verduras: 7; frutas: 2 tortillas: 8/día; pan: 2; quesos: 2; embutidos: 1; cereales: 2; leguminosas: 2; sal: en poca cantidad; azúcar: sólo en el café. Le agrada el pescado, le desagrada el hígado.

No tiene variantes dietéticas por razones culturales, religiosas, médicas, no esta ingiriendo suplementos alimenticios (vitaminas, minerales) No tiene problemas relacionados con la ingestión/digestión.

María Eugenia manifiesta que comer le produce un sentimiento de bienestar, come con su esposo, en su casa. No conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación.

2. Revisión por sistemas

A la exploración la boca se observa hidratada, encías ligeramente hipertroficadas, piezas dentarias íntegras, limpias y completas, no presenta ningún problema para masticar y deglutir. En la garganta se aprecian amígdalas normales, ha padecido infecciones, el último episodio fue hace 6 meses, tratada con penicilina por siete días. En el aparato digestivo ocasionalmente ha tenido náuseas, se estrífe.

En este requisito también tiene déficit ya que la alimentación de Ma. Eugenia no cubre las características de la nutrición que es: equilibrada, completa, variada, suficiente. La cantidad de proteínas está reducida así como las leguminosas y la fuente de vitaminas.

D. ELIMINACIÓN

1. Hábitos de salud

Eliminación Intestinal: evacua cada tercer día, de color café oscuro, de consistencia dura, en cantidad moderada. Se ausculta movimiento peristáltico disminuido, a la percusión abdomen timpánico, no doloroso a la palpación.

Eliminación vesical: La micción es 7 a 8 ocasiones al día, el aspecto de la orina es de color amarillo claro, dice que en ocasiones tiene una sensación de orinar pero no elimina nada, a la exploración física se realiza percusión en ambas fosas renales y manifiesta sentir dolor en la fosa renal derecha (signo de Giordano: +). Ma. Eugenia reconoce que cuando toma más agua de lo habitual evacua y orina sin molestias.

Existe déficit en la eliminación intestinal por la baja ingesta de alimentos ricos en fibra y la eliminación urinaria también esta alterada por la baja cantidad de líquidos.

E. ACTIVIDAD Y REPOSO

1. Hábitos de salud

El tipo de actividad que realiza en casa consiste en los quehaceres domésticos, se levanta a las 8:00 a.m., tiende su cama, lava el piso y el patio, desayuna a las 10:00, cada tercer día lava ropa, plancha. No tiene trabajo seglar, en su tiempo libre le gusta ver la televisión y tejer. Ma. Eugenia refiere conciliar el sueño sin problemas, es tranquilo e ininterrumpido a partir de las 23:00 hr. durante el día descansa 1 hora a las 17:00 hr, sentada frente al televisor.

2. Revisión por sistemas

En el sistema músculo esquelético se palpa fuerza en extremidades superiores, así como tono muscular, realiza adecuadamente una gama de movimientos, como flexión, extensión, rotación, abducción, aducción sin dolor, fatiga, rigidez, tumefacción o deformación, dice tener cierto grado de debilidad en las piernas, no tiene dolor y mueve todas sus articulaciones sin problemas.

En el sistema neurológico se encuentra en buen estado de conciencia, orientada en tiempo y espacio, existe sensibilidad al calor, frío, tacto, movimientos anormales, sus reflejos osteotendinosos son normales.

No hay equilibrio entre la actividad y el reposo, el tiempo que dedica a la actividad física es de 11 horas, mientras que para el reposo es de sólo 1 hora durante el día, la actividad que realiza es intensa.

F. PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD

1. Hábitos de salud

Sus hábitos higiénicos son: cambio de ropa externa e interna diario, aseo bucal en 3 veces al día, aseo de manos más de 10 veces (después de ir al baño, antes de preparar alimentos), el aseo perineal lo realiza de adelante hacia atrás al evacuar y al miccionar.

Para Ma. Eugenia la limpieza es muy importante refleja el interior de la persona, el baño por ejemplo la hace sentir relajada. Acostumbra utilizar productos específicos para el autocuidado como champú y jabón neutros. No tiene preferencia por ninguna marca comercial.

2. Revisión por aparatos y sistemas

La piel se observa áspera con falta de lubricación, sin cambios de color, tiene un lunar en la cara anterior del antebrazo izquierdo. El cabello es moderadamente largo, delgado, reseco, color negro, las uñas las tiene delgadas, refiere tenerlas frágiles y quebradizas. A la inspección se observan mamas simétricas, cónicas, no secretantes, el pezón está plano, no tiene alteraciones ni cambios de la piel, no se palpa crecimiento ganglionar, ni tumoraciones.

A la exploración de los genitales se observan de acuerdo a la edad, se observan cambios en la coloración de la mucosa vaginal, el vello púbico es escaso, bien distribuido, a la inspección en cérvix se aprecia con signo de Chadwick positivo, cuello aparentemente sano, a la palpación formado, cerrado, en posición posterior.

Hay déficit en el requisito ya que este implica ejecutar consiente y continuamente acciones que favorezcan el bienestar, Ma. Eugenia cubre parcialmente este requisito, pues por un lado mantiene buena higiene pero en los aspectos nutricionales manifiesta algún grado de desnutrición.

G. INTERACCIÓN SOCIAL

1. Hábitos de salud

Se observa que la comunicación que establece es directa, clara, en algunas ocasiones titubea, hace contacto visual, algunos gestos y su tono de voz cambia con su estado de ánimo, como mecanismo de defensa utiliza la inhibición y el desplazamiento. En cuanto a la interacción social en la actualidad no pertenece a ningún grupo social, cultural o religioso.

2. Revisión por sistemas

El oído se observa íntegro, limpio, libre de secreciones, escucha bien. Los ojos son simétricos, de color café oscuro, pupilas normoreactivas, isocóricas, conjuntivas hipocrómicas. En la visión no tiene aparentemente alteraciones.

H. RIESGOS PARA LA VIDA, FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO

a) Prácticas de seguridad personal

Ma. Eugenia conoce algunas medidas de prevención de accidentes en la calle como poner atención a los semáforos al momento de cruzar las calles; en el hogar debido a que su casa es muy pequeña y el sitio donde cocina esta muy cerca de la cama, tiene cuidado de nunca dejar encendida la estufa cuando esta ausente.

Ha realizado algunos controles de salud periódicos recomendados para su edad como por ejemplo Papanicolaou (11 de marzo de 1997, resultado negativo a cáncer, con cervicovaginitis inespecífica) y medidas terapéuticas (llevó a cabo un tratamiento con óvulos de nistatina para la cervicovaginitis).

Desconoce algunas medidas para prevenir enfermedades como hepatitis, tuberculosis, pero si sabe como prevenir la neumonía, bronquitis y diarrea. Desconoce medidas de autocuidado para el desarrollo de la gestación.

Cuando esta tensa prefiere leer alguna novela corta y en ocasiones se inhibe ante situaciones como cuando sus vecinos le preguntan por su anterior embarazo.

Ha sufrido alteración de su autoimagen, Ma. Eugenia siente que a partir de la pérdida de su niño cambio el concepto que tenía de ella misma, ahora siente inseguridad por lograr que este nuevo embarazo llegue al final sin dificultad.

No es alérgica a algún medicamento o alimento, no ha tenido alteraciones del sistema inmunológico, tampoco tiene historia de enfermedades de transmisión sexual, transfusiones, antecedente de lesiones.

Toma café 3 a 4 tazas al día, como si fuera agua, es parte de una costumbre familiar.

El concepto/imagen que tiene de sí misma es que en este momento esta delgada y no le agrada como se ve, siente que es tímida, tampoco le gusta ser así

Se esfuerza por tener una actitud positiva, confía en que Dios cuidara de ella y su bebé.

Le cuesta trabajo comprender las medidas preventivas básicas para cada etapa de la vida, es necesario fortalecer su capacidad para conocer el funcionamiento y el bienestar humano

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO

Telarca y Pubarca		Menarca		Ritmo y duración		Características		
13 y 14 años		15 años		28 a 30 x 4 días		Sangrado moderado		
Gesta (G)	Partos (P)		Aborto (A)		Obito (O)		Ectópico (E)	
II	I		0		1		0	

1. Descripción Ginecológica

IVSA	Nº C.S.	Pareja con Circuncisión	Infecciones	Tratamiento
27 años	1	no	no	Ninguno
U. Papanicolaou	Cirugías	Sang.anormales	Incont. Urinaria	Tumores
11 marzo 1998	no	no	no	no
Disparenia	Orgasmo	Sangrado	Ultimo MPF	Tiempo de uso
No	si	no	ninguno	-----

Fecha de último período Menstrual: **15 de enero de 1998**

Fecha probable de nacimiento: **22 de octubre de 1998**

2. Descripción de embarazos previos:

Nº Gestas	P. Intergenésico	Resolución	Sexo	Peso
19 sep. 1997	4 meses	Parto	masculino	3,500 gr
APGAR	Complicaciones	D.A.N	Lactancia	Tiempo
0/0	obito	no	no	-----

Ma. Eugenia recuerda haber ingresado al Hospital General de México el día 19 de septiembre a las 13:30 horas en trabajo de parto espontáneo, el nacimiento

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

del bebé se produce a las 17: 21 hrs. No le explican el tiempo que llevaba el bebé muerto. Solamente le entregan al niño a su esposo para los trámites funerarios.

3. Descripción del embarazo actual:

Asistió a control prenatal a partir de la semana 11 de gestación con un total de 5 visitas, en cada una se vigiló con primordial interés los siguientes aspectos:

Fecha	SDG	Peso	T/A	FU	Pres.	F.C.F.	VaReFe
6/4/98	11.0	54.500	110/70	11	----	No aud.
10/6/98	20.6	56.700	110/70	22	---	143 x min.	----
3/7/98	24.1	57.000	110/70	25	Pelv.	145 x min.	155
2/10/98	37.3	59.700	110/70	30	Cef.	140 x min.	160
14/10/98	38.6	60.000	110/70	30	Cef.	142 x min.	158

Durante la vigilancia prenatal se solicitaron los siguientes estudios de laboratorio:

Fecha	Hemoglobina	Glucosa	EGO	USG	Tx.
22/04	12.3g/dl	65 mg	Bacterias abundantes		Ampicilina 1x8x10
3/07	12.9g/ anisocromía	61 mg	Bacterias regulares	22-23 SDG	Sulfato ferroso
14 /10	11 g/ anisocromía		Bacterias Escasas		Sulfato ferroso

En el requisito de esta etapa del desarrollo existe déficit de autocuidado, ya que Ma. Eugenia no se embarazó en 10 años que transcurrieron entre el inicio de la vida sexual y el primer embarazo, probablemente por infertilidad, menciona no haber utilizado métodos de planificación familiar, por otro lado cuando logra embarazarse a los 37 años los resultados no fueron favorables.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD

A. Desviación actual

1. Percepción de la desviación

El 6 de abril de 1998 se presenta a la consulta externa al servicio de prenatal, el motivo de la consulta es que desde el 15 de enero no ha menstruado, presenta signos presuntivos de embarazo.

Comprende que su estado de salud es de riesgo por la edad de ella y la de su esposo, por el poco tiempo transcurrido entre el embarazo anterior y este. Se siente temerosa y preocupada, sin embargo considera que si inicia la vigilancia del embarazo desde ahora se podrán prevenir que su embarazo sufra daño.

Efectos de la desviación sobre el estilo de vida:

- Psicológicos: en ocasiones se siente deprimida, temerosa
- Fisiológicos: por los cambios propios del embarazo y el desarrollo del bebé
- Económicos: los gastos que implica la atención del embarazo y el nacimiento.

En su historia previa de desviación de la salud comenta que ha padecido cefalea ocasional, enfermedades de la infancia no recuerda y la única hospitalización que ha tenido fue en la atención de su parto.

Utiliza medicamentos por iniciativa propia por ejemplo cuando le duele la cabeza toma una tableta de ácido acetil salicílico hasta por 3 días.

En la historia familiar de salud su madre tiene 63 años padece hipertensión desde hace 5 años, esta bajo tratamiento, su padre tiene 65 años, sano.

Desconoce las medidas que debe tomar cuando la salud se desvía, el embarazo no es una desviación a la salud, es un estado fisiológico, se altera cuando se agregan factores de riesgo, entonces aumenta la demanda de autocuidado y la persona no logra satisfacer los requerimientos de autocuidado

3.3 Diagnósticos de Enfermería

Diagnósticos de enfermería identificados en la valoración generalizada.

- Mantenimiento de un adecuado aporte de líquidos

Déficit de conocimiento de los requerimientos de líquidos durante el embarazo, relacionado a una baja ingesta, manifestado por piel seca.

Riesgo potencial de desarrollo de infección de vías urinarias relacionado a los cambios fisiológicos del sistema urinario en el embarazo.

- Mantenimiento de un adecuado aporte de alimentos

Déficit de un adecuado aporte de nutrientes relacionado a una dieta no equilibrada, incompleta, e insuficiente, manifestado por bajo peso, adelgazamiento del cabello, uñas quebradizas y piel seca.

Riesgo potencial de desnutrición materna y fetal relacionada a una alimentación limitada en vitaminas y proteínas.

- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

Alteración en la eliminación intestinal relacionada con un bajo consumo de alimentos ricos en fibra y manifestado por estreñimiento.

Riesgo potencial de desarrollo de hemorroides relacionado a los cambios fisiológicos del sistema digestivo y al antecedente de estreñimiento.

Alteración de la eliminación urinaria relacionada a la baja ingesta de líquidos y manifestado por tenesmo y dolor en la fosa renal derecha.

- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

Déficit de conocimiento de la cantidad y frecuencia de la actividad física durante el embarazo relacionada al tipo de actividad que realiza y poco tiempo que dedica a descansar.

- Promoción de la normalidad
- Riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar humano

Déficit de conocimiento de las acciones que favorezcan el bienestar, en el embarazo, relacionado a su historia perinatal y manifestado por sentimientos de inseguridad y temor a la pérdida

- Requisitos de autocuidado según las etapas del desarrollo: EMBARAZO y ante una desviación de la salud

Riesgo potencial de aumento de la morbilidad materna perinatal relacionado a los antecedentes perinatales y la edad de la madre.

-PLAN DE INTERVENCIONES (DISEÑO DE ENFERMERÍA)

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN
<p>6 día de 1998, 8: 30 a.m.</p> <p><u>Mant. aporte suf. de líquidos</u></p> <p>Ma. Eugenia asiste por primera vez a control prenatal, al interrogarla sobre su consumo de líquidos expresa que ingiere 1 litro de agua natural al día, le agrada el agua de frutas, café (hasta 4 tazas al día) y le desagrada tomar leche, a la exploración física se observa mucosas hidratadas, piel seca</p>	<p>Déficit de conocimiento de los requerimientos de líquidos durante el embarazo relacionado a una baja ingesta y manifestado por piel seca</p> <p>Riesgo potencial de desarrollo de infección de vías urinarias relacionado a los cambios fisiológicos del sistema urinario en el embarazo.</p>	<p>Señalar la cantidad de líquidos recomendados durante el embarazo e insistir en aumentar los líquidos y evitar el consumo de café</p> <p>Explicar los cambios fisiológicos del sistema urinario y su relación con el desarrollo de infecciones urinarias</p>

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p><i>Sistema apoyo-educacional</i></p> <p>Se señala a Ma. Eugenia que la cantidad de líquidos recomendados durante el embarazo es de aproximadamente 3 litros entre agua natural y otros líquidos excepto té, chocolate y café que tienen un efecto adverso en la absorción del calcio.</p> <p>Se le explica que entre los cambios más importantes del sistema urinario esta el aumento en la absorción de líquidos para su buen funcionamiento.</p>	<p>Comenta que por el momento es difícil tomar agua por las náuseas que tiene, espera que estas pasen para tomar más líquidos. Se compromete a dejar de tomar café ya que desconocía que no es apropiado tomarlo durante el embarazo.</p> <p>Comprende que el funcionamiento del sistema urinario depende de los hábitos higiénicos y alimenticios incluido el consumo de líquidos.</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN
<p><u>Mant. aporte suficiente alimentos</u></p> <p>Ma. Eugenia hace durante la semana es bajo en proteínas (leche: 0; carne: 1/7; huevo: 1/7; queso: 2/7), vitaminas.</p> <p>A la exploración física se observa de apariencia delgada, con ligera palidez de tegumentos, cabello delgado y uñas quebradizas.</p> <p>Peso: 54 kg, talla: 1.54 mts</p> <p>T.A: 110/70 mmHg, FC: 78 X',</p> <p>FR: 28x', temp. 37°C,</p>	<p>Déficit de un adecuado aporte de alimentos relacionado a una dieta no equilibrada, incompleta, e insuficiente, manifestado por bajo peso, adelgazamiento del cabello, uñas quebradizas y piel seca.</p> <p>Riesgo potencial de desnutrición materna y fetal relacionada a una alimentación limitada en vitaminas y proteínas.</p>	<p>Indicar que alimentos requiere consumir durante el embarazo que sean accesibles a su economía y agradables</p> <p>Tratar de mantener un incremento de peso armónico durante el embarazo</p> <p>Concientizar a la usuaria de la importancia de una alimentación equilibrada para el desarrollo fetal</p>

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Sist. Apoyo educación</p> <p>Se elaboró una lista con los alimentos que requiere incorporar a su dieta como: frijoles, lentejas, pescado, carne, hígado, leche, acelgas, espinacas, cayote, manzana, queso, yogurth y limitar el consumo de enlatados, en conserva, frituras, embutidos.</p> <p>Se registra el peso y se le señala que durante el embarazo es conveniente un incremento de 10 a 12 kg ó 1 a 1.5 kg/mes, lo que representa una ganancia de 250 a 300 gr. por semana.</p>	<p>Considera que puede consumir los alimentos de la lista sin mayor problema y muestra interés preguntando por algunos otros. Se recomendara suplementos alimenticios como hierro y vitaminas</p> <p>Expresa interés en lograr que el bebé se desarrolle bien, su esposo se compromete a proveerle lo necesario para que se alimente mejor.</p> <p>Cree que será difícil aumentar de peso ya que en el embarazo anterior casi no subió.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN
<p><u>Prov. De cuidados asociados con los procesos de eliminación</u></p> <p>Ma. Eugenia tiene como hábito evacuar cada tercer día, color oscuro, consistencia dura, con dificultad, ha padecido estreñimiento desde hace varios años y desconoce que alimentos favorecen su digestión. A la exploración física se ausculta ruidos peristálticos disminuidos, abdomen blando, timpánico.</p> <p>La micción es 7 a 8 ocasiones, el aspecto de la orina es amarillo claro, tenesmo y a la percusión siente dolor en la fosa renal derecha (Giordano +).</p>	<p>Alteración en la eliminación intestinal relacionada con un consumo bajo de alimentos ricos en fibra y manifestado por estreñimiento.</p> <p>Riesgo potencial de desarrollo de hemorroides relacionado a los cambios fisiológicos del sistema digestivo y al antecedente de estreñimiento.</p> <p>Alteración de la eliminación urinaria relacionada a la baja ingesta de líquidos, manifestado por tenesmo y dolor en fosa renal derecha.</p>	<p>Favorecer que la eliminación intestinal sea diaria y sin dificultad durante las siguientes semanas.</p> <p>Fomentar el consumo de alimentos que favorecen la eliminación, aumentar el ejercicio así como ingerir suficientes líquidos</p> <p>Limitar los factores que favorecen la presencia de bacterias en el tracto urinario</p>

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p><i>Sistema apoyo educación</i></p> <p>Se le recomienda establecer un horario para la eliminación y consumir los alimentos que contribuyen a la eliminación intestinal como: papaya, naranja, ciruela pasa, mandarina, tamarindo, cereales con fibra.</p> <p>Se enuncian las actividades que previenen las infecciones urinarias como: uso de ropa interior de algodón, aseo perineal de adelante atrás, vaciar la vejiga con frecuencia y disminuir los azúcares.</p>	<p>Le pareció una buena sugerencia y se esforzará a llevar a cabo, esta condición se evaluará en 2 semanas.</p> <p>Le solicite que repitiera las actividades y parece haberlas comprendido bien, así mismo le solicite un examen general de orina para valorar el avance</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN
<p><u>Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.</u></p> <p>Ma. Eugenia realiza una serie de actividades en casa como lavar en piso, el patio, la ropa y planchar, se despierta a las 8:00 a.m y se duerme a las 23:00 hrs, (11 horas de actividad y 1 hora de descanso).</p>	<p>Déficit de conocimiento de la cantidad y frecuencia de la actividad física durante el embarazo relacionada al tipo de actividad que realiza y poco tiempo que dedica a descansar.</p>	<p>Mencionar algunos beneficios relacionados con la actividad moderada y el reposo regular durante el embarazo</p>

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p><i>Sistema apoyo educación</i></p> <p>Se le menciona que durante el primer trimestre del embarazo es necesario tener una actividad moderada, alternando periodos de reposo recostada de lado izquierdo, tranquila aproximadamente 15 a 30 minutos elevando ligeramente las piernas. De esta forma además de mantener un estado de ánimo menos estresante, favorecerá el aprovechamiento de los nutrientes y evitará riesgos de amenaza de aborto.</p>	<p>Ma. Eugenia expresa que reducirá la intensidad y frecuencia de sus quehaceres, solicitará ayuda a su esposo y también aunque no esta acostumbrada tomará periodos de reposo más frecuentes</p>

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN
<p><u>Promoción a la normalidad</u></p> <p>Ma. Eugenia tiene buenos hábitos higiénicos, no así los dietéticos, sus capacidades de autocuidado para el embarazo son menores que sus demandas, se puede apreciar por su historia perinatal, no ejecuta continuamente acciones de autocuidado, tampoco identificar situaciones de riesgo.</p>	<p>Déficit de conocimiento de las acciones que favorezcan el bienestar, en el embarazo, relacionado a su historia perinatal y manifestado por falta de cuidados en aspectos básicos como la nutrición.</p>	<p>Fomentar el autocuidado durante el embarazo dando información específica en la alimentación, el control prenatal, prevención de enfermedades en la edad adulta.</p>

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p><i>Sistema apoyo educación</i></p> <p>Se le explica los beneficios a la salud que reporta asistir a sus consultas prenatales, llevar a cabo todas las indicaciones, identificar signos y síntomas de alarma, expresar libremente sus dudas y de continuo llevar una vigilancia de su salud en forma semestral o anual.</p>	<p>Ma. Eugenia comenta que en el anterior embarazo asistió control prenatal sólo en 2 ocasiones por lo que en este nuevo embarazo desea llevar una mejor vigilancia y aprender los cuidados para el bebé que dependan de ella.</p>

TFC'S CON
FALLA DE ORIGEN

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN
<p><u>Req. Aut. En la etapa del desarrollo: embarazo y ante una desviación de la salud.</u></p> <p>Ma. Eugenia tiene antecedentes de aparente infertilidad primaria no diagnosticada después de 10 años posteriormente logra tener su 1er. embarazo a los 37 años con resultados perinatales adversos y un 2º a los 38 años, actualmente tiene de 11 SDG, con un período intergenésico de 4 meses.</p>	<p>Riesgo potencial de aumento de la morbilidad materna y perinatal relacionada con los antecedentes perinatales y con la edad materna.</p>	<p>Mantener vigilancia del embarazo con un equipo de salud encabezado por la Enfermera Perinatal.</p> <p>Analizar la infraestructura institucional a fin de determinar la capacidad para la atención de Ma. Eugenia</p>

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p><i>Sistema Apoyo educación</i></p> <p>Se le explica que es necesario establecer una vigilancia estrecha del embarazo por un equipo de salud integrado por: licenciadas en enfermería y obstetricia, un médico ginecoobstetra, una nutrióloga, una psicóloga, una trabajadora social y por una Especialista en Enfermería Perinatal.</p> <p>También se le explica que por el riesgo del embarazo, requiere estudios de laboratorio básicos y algunos especiales.</p>	<p>Reafirma su compromiso de asistir oportunamente a sus consultas prenatales y llevar a cabo las recomendaciones del cuidado a la salud.</p> <p>Solicita información sobre los costos de su atención, por lo que es referida con la trabajadora social para tal información.</p> <p>Se revisará el resultado de los estudios de laboratorio para valorar el desarrollo del embarazo.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN
<p data-bbox="96 214 378 234">22 de abril de 1998 18:00 hrs</p> <p data-bbox="96 273 290 293">Alimentos y líquidos:</p> <p data-bbox="96 332 416 440">Ma. Eugenia refiere estar realizando 3 comidas al día, dejó de tomar café y toma 2 litros de agua natural. Lleva un registro de los alimentos que consume</p> <p data-bbox="96 478 213 499">Eliminación:</p> <p data-bbox="96 509 416 584">La micción es frecuente, de color amarillo claro, sin ardor, la evacuación es diaria todavía con esfuerzo.</p> <p data-bbox="96 622 270 643">Actividad y reposo:</p> <p data-bbox="96 712 408 820">Refiere sentirse bien al reducir su actividad física, tiene tres períodos de reposo al día con duración de 15 a 20 minutos.</p> <p data-bbox="96 916 423 1140">A la exploración física se registra un peso de: 55 kgs, T.A: 110/70 mmHg, hidratada, ligera palidez de tegumentos, abdomen con FU de 15 cm del BSP, FCF: audible con Pinard: 148 x min. Extremidades inferiores normal, Giordano (+) Emb.13.2 SDG.</p>	<p data-bbox="447 303 676 495">Aumento en el consumo de nutrientes relacionado al interés en el bienestar del embarazo manifestado por un control alimentario mejorado en calidad y cantidad.</p> <p data-bbox="447 525 668 662">Dificultad en la eliminación intestinal relacionada a un consumo bajo en fibra y manifestado por evacuación con esfuerzo.</p> <p data-bbox="447 701 668 865">Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo relacionado a la reducción del esfuerzo físico e incremento del reposo.</p> <p data-bbox="447 906 663 1016">Crecimiento fetal clínicamente acorde a la edad, relacionada a una medición del FU de 15 cm.</p>	<p data-bbox="692 303 900 440">Encomiar su esfuerzo y proporcionar información complementaria de los alimentos que contienen vitaminas, hierro y calcio.</p> <p data-bbox="692 515 905 653">Continuará consumiendo alimentos que contengan fibra, el uso de un laxante se valorará la próxima cita.</p> <p data-bbox="692 694 887 803">Fomentar conductas saludables y desarrollar capacidades de autocuidado.</p> <p data-bbox="692 900 894 1009">Comprenderá de manera clara las características del crecimiento fetal para la edad gestacional.</p>

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN
<p>22 de abril de 1998</p> <p>Resultados de laboratorio: Biometría Hemática: Hb: 12.3 g; Hcto: 37; Leuc: 8,100, linf.35%. Grupo y Rh: O +. Glucosa: 65 mg/dl. VDRL: negativo VIH: negativo</p> <p><u>Examen general de orina:</u> <u>Color: amarillo, aspecto: turbio,</u> Ph: 6.0, Bacterias: abundantes</p> <p>Alfa feto proteína: 50 ng/ml.</p>	<p>Alteración del sistema urinario relacionado a la presencia de bacterias abundantes reportadas en el examen de orina manifestado por signo de Giordano (+)</p>	<p>Comprenderá los resultados de los estudios de laboratorio</p> <p>Eliminará las bacterias de la orina mediante medidas higiénicas y por la toma de un agente antimicrobiano</p>

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p><i>Sistema apoyo educación</i></p> <p>Se reforzó la información de los alimentos que contienen <u>vitaminas</u>: "brocoli, col, jitomate, fresa, guayaba, mango, melón, toronja"; <u>hierro</u>: "hígado, frijol, verduras de hoja verde oscura" y <u>calcio</u>: "leche entera, requesón, yogur, huevo, almendras, betabel", alimentos ricos en <u>fibra</u>: cereales, tamarindo, papaya, ciruela pasa entre otros.</p> <p>Se le estimula a seguir mostrando conductas que reporten beneficios a la salud de ella y del bebé</p>	<p>Algunos de los alimentos que le mencione no son de su agrado, como el betabel, brocoli, hígado y requesón, pero tratará de consumirlos.</p> <p>Seguirá las <u>recomendaciones para el cuidado del embarazo</u> enunciadas en la parte posterior del carnet perinatal y anotará las dudas que surjan para comentarlas en la próxima consulta.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>Continuación....</p> <p>Se señala que su bebé tiene todos los sistemas formados, es susceptible a las sustancias que ella se exponga y puede pesar aproximadamente 28 gramos.</p> <p>Se le explica que los estudios de laboratorio reportan una biometría hemática con un nivel de hemoglobina normal, se debe reforzar con alimentos ricos en hierro.</p> <p>Se le mencionó que la glucosa se reporto encontró en el límite inferior normal, por lo que se recomienda no diferir por más de 6 horas sus alimentos.</p> <p>El VDRL indica no existe enfermedad de transmisión sexual así como el VIH. El examen de orina se reportó bacterias en cantidad abundante por lo que requirió además de las medidas higiénicas un tratamiento con ampicilina 1 gm. C/8 x10 días.</p> <p>El resultado de alfafetoproteína esta dentro del rango normal.</p>	<p>Manifiesta emoción al saber que el bebé ya esta formado, estará pendiente de percibir los movimientos fetales.</p> <p>Pregunta si será necesario un suplemento con hierro, a lo que se le responde que se valorará en el segundo trimestre.</p> <p>Fraccionará sus alimentos en 5 porciones.</p> <p>Muestra una sonrisa de tranquilidad, una semana posterior al término del tratamiento se solicitará un nuevo examen de orina.</p> <p>Se programará un ultrasonido a fin de observar el desarrollo del bebé.</p>
---	---

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN
<p>3 de Julio de 1998. 10: 35 a.m.</p> <p>Ma. Eugenia asiste a consulta refiriendo sentirse bien, considera que esta comiendo mejor, percibe movimientos del bebé, ha tenido problemas al orinar como tenesmo, por otro lado ha mejorado su problema de estreñimiento, evacua diario.</p> <p>Se muestra ansiosa por saber el estado de salud del bebé y por el resultado del ultrasonido.</p> <p>A la exploración física se observa con peso: 57.000 Kgs, T.A: 110/70 mmHg, FC: 73x', FR: 28x', buena coloración de tegumentos, abdomen con FU de 25 cm del BSP, PUVI, PC, SL, FCF: 143 x', TV diferido. Giordano + derecho. Embarazo de 24.1 SDG.</p> <p><u>Resultado de Ultrasonido:</u> DBP: 54 cm, Fémur: 39 cm, líquido amniótico: normal, Placenta corporal grado 0, Feto único, sin anomalías estructurales presentes, FCF: 150 x min. Embarazo de 22-23 SDG.</p>	<p>Alteración en la eliminación urinaria relacionado a la presencia de bacterias en las vías urinarias manifestado por tenesmo.</p> <p>Cambios en el estado de ánimo relacionado con el desarrollo fetal y el resultado del estudio de gabinete manifestado por ansiedad</p>	<p>Reforzar la información de los factores que favorecen la presencia de bacterias en la orina.</p> <p>Continuar con las medidas alimenticias que favorecen la eliminación intestinal.</p> <p>Expresará libremente las dudas e inquietudes que tenga respecto al desarrollo del feto</p> <p>Comprenderá los términos en que se 017/reporta en el ultrasonido las características de su bebé.</p> <p>Desarrollará capacidades para el autocuidado para el segundo trimestre del embarazo.</p>

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p><i>Sistema apoyo-educación</i></p> <p>Se le refuerza la importancia de: tomar abundantes líquidos, vaciar la vejiga con frecuencia, aseo perineal de adelante hacia atrás, evitar el estreñimiento, reducir la ingesta de azúcares, el estrés y la actividad sexual.</p>	<p>Reconoce que ha estado preocupada en estos primeros meses por no saber como esta desarrollándose el bebé, ya esta más tranquila. El EGO reportó bacterias regulares.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>Se describe en forma clara y sencilla el resultado del reporte de ultrasonido, las características del bebé, la placenta, líquido amniótico.</p> <p>Se le indican los cuidados para el segundo trimestre dirigidos a mantener bienestar en: el aparato digestivo; circulatorio, músculo esquelético; piel.</p> <p>Se insiste en tener presente las medidas de urgencias y los signos de alarma.</p>	<p>Su cara expresa una sonrisa al comprender que el bebé esta desarrollándose conforme a lo esperado.</p> <p>Presta atención y realiza preguntar específicas como: ¿Cuál es la postura correcta para caminar, sentarse y descansar?</p> <p>Es capaz de identificar los signos y síntomas de alarma que se le han enseñando.</p>
--	---

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN
<p>2 Octubre de 1998, 10:30 a.m.</p> <p>Ma. Eugenia manifiesta que el hierro le ha causado algo de estreñimiento, lo ha resuelto comiendo 5 ciruelas pasas al día, ayer por la tarde percibió un leve zumbido en el oído izquierdo, el bebé se mueve bien, siente pesadez en la parte baja del abdomen.</p> <p>A la exploración física: peso de 59.700 kg, FC: 75x'; FR: 29x'. abdomen con FU de 30 cm del BSP, PUVI, PC,SL,DI, FCF: 140x', Ext. Inf. NL, Giordano (-). Embarazo de 37 SDG.</p>	<p>Riesgo potencial de presentar signos de vasoespasmo relacionado a la percepción de zumbido de oído.</p>	<p>Investigar con minuciosidad signos y síntomas de vasoespasmo asociados a las alteraciones hipertensivas.</p> <p>Aprenderá a identificar los síntomas de alteraciones hipertensivas</p> <p>Actuará con prontitud acudiendo al servicio de urgencias ante la evidencia de los signos y síntomas de alarma.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p><i>Sistema apoyo-educacional</i></p> <p>Le pregunté a Ma. Eugenia si en otras ocasiones ha tenido zumbido de oídos y si estos se acompañan de dolor de cabeza y la percepción de "lucecitas".</p> <p>Se revisó el conducto auditivo a fin de identificar algún proceso infeccioso o un cuerpo extraño.</p> <p>Se tomó tensión arterial en ambos brazos y en posición sentada.</p> <p>Se le enseña a identificar los signos de Preeclampsia como edema de pies, dolor de cabeza localizado en la frente o nuca, zumbido de oídos y luces, ya sea que se presenten juntos 2 o más signos.</p> <p>Siguiendo el plan establecido de educación para el nacimiento se le reitera los signos de alarma como: salida de líquido o sangre, dolor intenso, disminución o aumento de contracciones y de inicio de trabajo de parto: contracciones cada 5 minutos, salida de tapón mucoso.</p>	<p>Comenta que fue la primera ocasión que ocurre esto y no ha tenido dolor de cabeza ni ha visto luces.</p> <p>No se observan alteraciones de ninguno de los conductos auditivos.</p> <p>Su tensión arterial oscila en: T/A brazo izquierdo: 120/80 mmHg T/A brazo derecho: 110/70 mmHg.</p> <p>Tiene claro en su mente que cuando sienta dolor de cabeza, zumbido de oídos, lucecitas e hinchazón deberá acudir a urgencias.</p> <p>Logra repetir la mayoría de los signos de alarma y pregunta ¿cuanto tiempo puede durar un trabajo de parto?. Puesto que el anterior le pareció rápido y si este bebé ¿nacerá por parto?.</p> <p>En una semana se valorarán las condiciones maternas y fetales para tal efecto.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN
<p>14 octubre de 1998; 8:15 a.m</p> <p>Ma. Eugenia asiste a urgencias muy preocupada al darse cuenta de la disminución de los movimientos del bebé desde las 5 de la mañana, no ha sentido contracciones. A la exploración física tiene T/A: 110/70 mmHg, abdomen con FU de 30 cm BSP, FCF: 142x', VaReFe: 158x', Durante 40 segundos se escuchó un descenso de hasta 15 latidos por debajo de la FCF Basal; TV cérvix posterior cerrado, reblandecido, membranas íntegras, pélviz clínicamente útil, ext. Inf. NL. Embarazo de 38.6 SDG</p>	<p>Alteración del estado emocional relacionado con el bienestar fetal manifestado con preocupación</p> <p>Riesgo de probable compresión de cordón umbilical manifestado con disminución de los movimientos fetales y descenso de la FCF Basal.</p>	<p>Valorar el estado de salud del bebé mediante la monitorización de la FCF por 30 minutos.</p> <p>Explicar en lenguaje claro y sencillo a Ma. Eugenia el procedimiento</p> <p>Comprenderá las posibles causas de disminución de los movimientos del bebé</p>

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>S. <i>parcialmente compensatorio, apoyo educación</i></p> <p>Se realiza monitorización fetal externa con transductor de ultrasonido, se aplica gel al transductor que registrará la FCF, previo a localizar la FCF, el tocotransductor se aplica en el fondo uterino.</p> <p>Se comenta con Médico Especialista el resultado del estudio.</p> <p>Se le explica que el estudio permite valorar el estado de salud del bebé, los registros pueden identificar algún factor de riesgo que requiera una intervención oportuna</p>	<p>Durante 15 minutos en posición de decúbito dorsal mantiene FCF Basal de 140x; se registran 5 movimientos, variabilidad corta de 3 a 5 latido, en decúbito lateral izquierdo la FCF Basal es de 140x; 3 ascensos, movimientos y variabilidad corta.</p> <p>Él Especialista considera que el estudio es: RCTG REACTIVO. Recomienda Prueba de Tolerancia a la Oxitocina (PTO).</p> <p>Entiende la explicación, expresa que al principio se sentía muy preocupada, pero al escuchar el corazón del bebé y sentir que se movía se tranquilizó, agradece la explicación y asegura acudir al estudio siguiendo las recomendaciones que le dio el personal.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>El resultado del estudio fue bueno, sin embargo a fin de vigilar el bienestar del bebé será necesario hacer una prueba en dos días aplicando oxitocina, hormona que se libera en el trabajo de parto y produce contracciones a las que es necesario saber como las tolera el bebé.</p> <p>Se insiste en la importancia de asistir al hospital si percibe disminución de los movimientos del bebé, alimentarse bien, descansar y tener presente los signos de alarma.</p>	<p>Su esposo le reitera que debe descansar y no preocuparse excesivamente. María Eugenia ha comprendido que algunas de las razones por las que el bebé disminuye sus movimientos es por mala nutrición y el poco descanso.</p>
---	--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Resultados y hallazgos del Estudio de caso

El día 16 Octubre de 1998 a las 8:00 a.m, Ma. Eugenia y su esposo se presentan puntualmente para el estudio, estaban nerviosos, ella desayunó leche, pan, fruta y una quesadilla, siente un ligero dolor de cabeza, no se acompaña de acúfenos ni fosfenos, tampoco se le han hinchado las piernas, manos o cara, el bebé se mueve con frecuencia, no ha tenido pérdidas transvaginales, ni contracciones. A la exploración física se registra T/A: 100/70 mmHg; FC: 64x'; FR: 18x', Temperatura 36.5°C, con buena hidratación, ligera palidez de tegumentos, FU con 30 cm, del BSP FCF: 152X'; VaReFe: 160x', PUVI, PC, SL, DI, al tacto vaginal el cérvix esta cerrado, formado, el bebé esta en presentación cefálica, libre, membranas íntegras, pélvis clínicamente útil, esta cursando un embarazo de 39 SDG. Con riesgo alto por el poco aumento del crecimiento uterino en el último tercio del tercer trimestre.

Tiene resultados de laboratorio del día 14 octubre que reportan:

Biometría Hemática: Hb: 11 gr. Anisocromía, Hcto. 33%, EGO: Bacterias escasas.

Se les solicita que pasen a en la unidad de cardiotocografía, se aplica una solución intravenosa de glucosa al 5%, 500 ml agregándole 2 U.I. Oxitocina, se inicia la infusión a un goteo de 4 gotas que equivale a 2 mUI. Se aumenta gradualmente hasta alcanzar respuesta uterina.

La actividad uterina registrada en decúbito dorsal 4 contracciones en 10 minutos de 35 seg. Con una intensidad de 40 mmHg, la frecuencia cardiaca basal se registra en 150 x', la variabilidad es de 3 a 5 latidos, se observa en dos ocasiones desaceleraciones tardías, en posición decúbito lateral izquierda presenta 5 contracciones en 10 minutos, de 30 mmHg de intensidad se observa variabilidad mínima.

Se comentó con el médico especialista el resultado de la PTO y comparte la opinión de que existe el riesgo de insuficiencia placentaria, por la presencia de desaceleraciones tardía asociadas con variabilidad disminuída, por otro lado las condiciones cervicales son desfavorables y el encajamiento del bebé no se ha producido, en las dos últimas semanas el crecimiento del bebé no ha sido el esperado y el antecedente de muerte perinatal hace recomendable para Ma.Eugenia la interrupción de embarazo por vía abdominal.

Se les explica el resultado del estudio y la alternativa de nacimiento para su bebé, hacen algunos comentarios entre ellos y expresan verbalmente y por escrito su consentimiento para que se le realice una cesárea.

A las 15:53 del día 16 de octubre de 1998 nació por cesárea una niña, que respiró y lloró al nacer, se calificó con APGAR 9/9, peso: 2760 kgs, talla: 50 cm, CAPURRO: 40 semanas, sin complicaciones, la cirugía transcurrió sin ninguna eventualidad, la revisión macroscópica de la placenta reveló un peso de 485 grs, un diámetro 12 cm y un espesor de 2.5 a 3 cm, de apariencia madura, con depósitos de calcificaciones, sin evidencia de infartos.

Ma. Eugenia cursó un puerperio quirúrgico sin complicaciones, el reporte de laboratorio fue de 10.4 g/dl. de hemoglobina; se dio la educación para el cuidado de su bebé, la lactancia y la continuidad del autocuidado, fue dada de alta el día 18 de octubre a las 9:00 a.m.

Ma. Eugenia y su esposo asisten a los servicios de vigilancia del crecimiento y desarrollo de niño sano y a prevención reproductiva, ha desarrollado la capacidad de solicitar servicios de salud para el cuidado de su hija y de ella misma con el subsecuente beneficio para toda la familia.

El estudio de caso de Ma. Eugenia se basó en una problemática de salud que forma parte de los cambios de la sociedad actual, la edad materna avanzada y

su efecto sobre el embarazo en una mujer que por segunda ocasión experimenta una gestación, cargada de temores por los malos resultados que tuvo el anterior embarazo.

La edad materna avanzada tiene efectos importantes en la gestación debido a los cambios físicos degenerativos que experimenta el ser humano después de los 35 años, en los que pueden dar inicio enfermedades de tipo crónico degenerativo, a esto se agrega la historia de salud de la persona y los cambios durante la gestación. Ma. Eugenia no desarrolló enfermedades como Diabetes Mellitus, Hipertensión, Preeclampsia, sin embargo persistió la presencia de infección urinaria.

Las capacidades de autocuidado de María Eugenia al momento de la primera visita prenatal fueron menores a sus demandas de autocuidado, esto se modificó hacia el final del embarazo, aunque sus demandas seguían siendo superiores a su capacidad logró identificar con oportunidad la disminución de los movimientos fetales por la información que había recibido, lo que la condujo a tomar la acertada decisión de acudir al servicio de urgencias. Permitiendo al equipo de salud una intervención oportuna.

En cada trimestre se plantearon intervenciones de enfermería necesarias para mejorar el estado de salud de Ma. Eugenia y contribuir al buen desarrollo del bebé, la mayoría de las intervenciones fueron independientes y de tipo educativo, al final del embarazo las intervenciones fueron interdependientes y de colaboración con un sistema de enfermería parcialmente compensatorio.

Los resultados de las intervenciones se aprecian por el nacimiento de una niña sana, considerando los factores de riesgo a los que estuvo expuesta: progenitores de edad avanzada o fuera del rango normal, intervalo genésico corto, infección urinaria reincidente, probable insuficiencia placentaria. Estos factores de riesgo fueron identificados oportunamente, Ma. Eugenia tuvo una

participación activa en la ejecución de las acciones de autocuidado indicadas por la Enfermera Perinatal evitando de esta manera prematuridad, bajo peso restricción del crecimiento intrauterino, hipoxia, asfixia.

El punto de más alta satisfacción para la Enfermera Perinatal es haber contribuido a desarrollar las capacidades de autocuidado de Ma. Eugenia, una mujer sencilla, tímida, con baja autoestima, que centraba sus temores en la pérdida de su anterior hijo y que se dio oportunidad de disfrutar por segunda ocasión de la etapa más privilegiada de la vida: *"EL EMBARAZO Y NACIMIENTO DE UN HIJO SANO"*.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El estudio de caso permite al Especialista ahondar en el estudio de un sujeto y su comportamiento ante una situación particular, plasmar las intervenciones, reflexionar en ellas y realza la importancia de la elaboración de éste como una metodología que permite compartir experiencias profesionales.

La Enfermería Perinatal es una especialidad de la Enfermería profesional que brinda elementos teóricos y metodológicos para la resolución de los problemas de salud perinatal de nuestro país.

Desarrolla en la estudiante capacidad para comprender los aspectos conceptuales de la atención perinatal, dimensionar la importancia de las decisiones en la atención directa al usuario.

Uno de los aspectos más destacados de la práctica profesional como Enfermera Perinatal ha sido ser el eje de las intervenciones e integrar al equipo de salud en el cuidado de la embarazada.

Con relación a la aplicación del modelo teórico de Orem le da una característica particular al estudio de caso, es necesario un mayor el entendimiento de sus componentes para el análisis de la información que se deriva de su aplicación.

Determinar el déficit requiere identificar las capacidades de autocuidado del individuo y contrapesarlas con las demandas de autocuidado terapéutico así como determinar la intervención de enfermería.

Este modelo teórico se puede aplicar en todo individuo, pero en las mujeres embarazadas tiene una particular importancia por las demandas de autocuidado durante la gestación que con mucha frecuencia supera las capacidades de ella,

además se convierten en agente de cuidado de su bebé y requiere de una agencia de autocuidado.

Por otro lado el proceso de atención de Enfermería es definitivamente la base de la práctica de la Enfermería profesional, permite desarrollar y organizar sistemáticamente los cuidados, es un sistema de resolución de problemas, su meta es identificar el estado de salud del individuo y establecer prontamente los cuidados que cubran sus requerimientos.

Una característica relevante del proceso de atención de Enfermería es la participación del individuo, se favorece la relación enfermera – paciente y le a este último un sentido de participación en su cuidado.

El embarazo es un estado natural que generalmente cursa sin eventualidades, las mujeres y sus parejas están altamente receptivas a la información que favorezca el autocuidado, desarrollan capacidades y compromisos para el cuidado del embarazo, a través programas educativos en salud perinatal se promueve comportamientos saludables para en su vida reproductiva presente y futura.

La atención de las mujeres con edad materna avanzada va en incremento, se requiere conocimiento de las demandas físicas, sociales, emocionales y espirituales de su cuidado, así como contar con la tecnología necesaria para dar un servicio de alta calidad profesional a este grupo de mujeres.

El cuidado de las mujeres con edad materna avanzada varía de una a otra, se ha observado que el factor **edad** por sí solo puede tener un efecto en la evolución perinatal muy similar al de las mujeres de edad *adecuada*, cuando se agregan otros factores se incrementa la morbilidad y mortalidad materna y perinatal por lo que requiere que la atención se haga en el nivel terciario.

Una estrategia de atención utilizada en muchos países ha sido el enfoque de riesgo que determina las prioridades de atención y que para el estudio de caso fue un elemento de análisis esencial.

El sistema de evaluación de riesgo fue la herramienta utilizada para identificar las características o factores de riesgo y emprender las acciones oportunas para disminuir, cancelar o atenuar los factores identificados, así como decidir la referencia.

La experiencia de los cuidados proporcionados a la señora Ma. Eugenia fue muy satisfactoria, me permitió profundizar en la investigación de su problemática y poner en marcha un plan de intervenciones haciendo uso de recursos técnicos, humanos e instrumentales para su atención.

El Instrumento de valoración perinatal es de mucha utilidad para obtener información del estado de salud de la mujer, integra un modelo teórico de Orem, identifica las capacidades y/o déficits de autocuidado para establecer sistemas de que fomentan conductas de autocuidado.

Es importante reiterar que el estudio de caso se debe desarrollar en su mayor parte en el primer semestre de la especialidad, los alumnos le debemos dar prioridad no posponerlo a la espera de un caso con gran problemática perinatal o a la terminación de la rotación por las sedes de prácticas.

Tenemos que seguir profundizando en el estudio de modelos teóricos aplicados a la atención perinatal, difundirlos a la comunidad de egresados de la especialidad.

Finalmente debemos continuar privilegiando entre las estudiantes de posgrado la elaboración del estudio de caso para la obtención de su diploma y dejar un testimonio de esta experiencia profesional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5 ANEXOS

Anexo nº 1. Instrumento de valoración perinatal

**Anexo nº 2. Sistema de detección y evaluación de riesgo
Perinatal. Previen II y III (CIMIGen)**

Anexo nº 3. Historia Clínica Perinatal Simplificada (CLAP)

**Anexo nº 4 Formato de autorización para participar en el Estudio
de caso**

ANEXO N° 1.

Instrumento de Valoración Perinatal

Fecha de elaboración: _____ Servicio: _____ Enfermera Perinatal: _____

1 DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____ Estado civil: _____ Ocupación _____ Peso inicial: _____
 peso actual: _____ talla: _____ Grupo y Rh: _____ Religión: _____ Lugar de nacimiento: _____
 Residencia y tiempo: _____ Domicilio actual: _____ Teléfono: _____
 Persona responsable (parentesco, edad, ocupación, grupo y Rh, ingresos): _____

4. Características de la familia

Tipo de familia: Nuclear: _____ Extensa: _____ Integrada: _____ desintegrada: _____
 Número de integrantes: _____
 Comunicación con: la pareja: _____ los hijos: _____ Otros familiares: _____

5. Características del ambiente

Vivienda: propia: _____ rentada _____ otra _____ ventilación natural _____ Iluminación natural _____
 Tipo de construcción: percedero _____ durable _____ mixto _____ No. Habitaciones _____
 Servicios intradomiciliarios:
 Tipo de combustible para cocinar: gas _____ petróleo _____ leña _____ otros _____ agua _____
 Luz _____ drenaje _____ iluminación artificial _____
 Convive con animales: sí _____ No _____ Tipo de animal _____ fauna nociva _____
 Manera de recolectar la basura en su hogar _____

6. Características de la comunidad

Pavimentación: sí _____ no _____ Iluminación: sí _____ no _____ Banquetas: sí _____ no _____
 Recolección de basura: _____ vigilancia: sí _____ no _____ Teléfonos públicos _____
 Medios de transporte: Autobuses _____ peseros _____ taxis _____ otros _____
 Centro educativos: Kinder _____ primaria _____ secundaria _____ preparatoria _____ Universidades _____
 Centros comerciales: sí _____ no _____ centros recreativos: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

I. AIRE

1. Hábitos de salud:

- a) higiene de fosas nasales: _____
- b) Exposición a gases nocivos: _____
- c) Si fuma ¿cuántos cigarros al día? _____
- d) ¿Varía la cantidad según su estado de emocional? _____
- e) Utiliza técnicas que mejoran su respiración (relajación, yoga) _____
- f) Modelos de oxigenación: _____

3. Revisión por sistemas:

- a) Aparato respiratorio: FC: ____ FR: ____ T/A: ____ Temperatura _____
 Nariz: Deformación: ____ obstrucción: ____ desviación: ____ Mucosas: ____ olfato: ____
 epistaxis: ____ secreción: ____ sensibilidad: _____
 Tórax y pulmones: forma y simetría: _____ auscultación: _____
 Tos: ____ sibilancias: _____ estertores: _____
- b) Sistema cardiovascular: inspección: _____ soplos: _____
- c) Sistema vascular periférico: Extremidades superiores y pélvicas (temperatura, color, llenado capilar, varicosidades, uñas, edema periférico): _____

B. LÍQUIDOS

3. Hábitos de salud: _____

- a) Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo) _____
- b) Líquidos que le gustan/desagradan: _____
- c) Preferencia en cuanto a la temperatura de los líquidos: _____

4. Revisión por sistemas

- a) Hidratación: _____ Líquidos parenterales: _____

J. ALIMENTOS

2. Hábitos de salud:

- a) registro dietético, número de comidas al día: _____
 Días a la semana que consume: leche: ____ carne: ____ huevo: ____ verduras: ____ Frutas: ____
 tortillas: ____ pan: ____ quesos: ____ embutidos: ____ sal: ____ azúcar: _____
- b) Alimentos que le gustan/desagradan: _____
- c) Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas): _____

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- d) Suplementos alimenticios (vitaminas, minerales): _____
- e) Problemas relacionados con la ingestión/digestión _____
- f) Uso de medicamentos relacionados con la ingestión/digestión: _____
- g) ¿Qué sentido le da a la comida?. (amor, recompensa, supervivencia, paliativo) _____
- h) ¿Con quién come? _____ ¿Dónde come? _____
- i) ¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación? _____

2. Revisión por sistemas

- a) Boca: dolores dentarios, sangrado de encías, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, pérdida del gusto, alitosis, dificultad para masticar, adoncia parcial o total: _____
- b) Garganta: dolor, disfagia, antecedentes estreptococcicas, dolor abdominal, indigestión por acidez: _____
- c) Aparato digestivos: náuseas, vómito, anorexia, polifagia, eructos frecuentes, dolor abdominal, indigestión por acidez: _____

D. ELIMINACIÓN

2. Hábitos de salud

- a) Hábitos intestinales, vesicales, características y número de eliminaciones: _____
- b) Ayudas (líquidos, alimentos, fármacos, enemas): _____

E. ACTIVIDAD Y REPOSO

3. Hábitos de salud

- a) Tipo de actividad que realiza en: casa ___ Trabajo ___ tiempo libre _____
- b) Modelo de sueño, hábitos, horario, características _____
- c) Descanso, tipo y frecuencia _____

4. Revisión por sistemas

- a) Sistema musculoesquelético: fuerza, debilidad, tono musculares, gama de movimientos, dolor, fatiga, rigidez, tumefacción, deformaciones _____
- b) Sistema neurológico: estado de conciencia, entumecimiento, hormigueo, sensibilidad al calor, frío, tacto, movimientos anormales, parálisis, vértigo, cefalea, alteraciones de la memoria: _____

F. PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD

3. Hábitos de salud

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- a) Baño: __ cambio de ropa: __ aseo bucal en 24/hr. __ Aseo de manos 24/hr. __
- b) ¿Qué significa para usted la limpieza? (autoimagen, reflejo del estado emocional, relación o comunicación con los demás) _____
- c) Utiliza productos específicos para el autocuidado? _____
4. Revisión por aparatos y sistemas
- a) Piel: erupción, heridas, turgencias, protuberancias, masas, cambio de color, olor __
- b) Pelo: distribución, cantidad, parásitos _____
- c) Uñas: lesiones, alteraciones _____
- d) Mamas: tamaño, simetría, masas, secreciones, pezón, ganglios _____
- e) Genitales: erupciones, irritaciones, secreción anormal, várices, prurito, ardor, inflamación, tumoración, características del cérvix _____

G. INTERACCIÓN SOCIAL

3. Hábitos de salud

- a) Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación, barreras idiomáticas, tartamudeo) _____
No verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz) _____
- b) Utiliza mecanismos de defensa (negación, inhibición, agresividad, hostilidad, _____
- c) Interacciones sociales: pertenece a algún grupo social, deportivo, cultural _____
4. Revisión por sistemas
- a) Oído: dolor, secreción, tinitus, aumento o disminución de la audición _____
- b) Ojos: dolor, lagrimeo, secreción, simetría, pupilas, edema: _____
- c) Vista: uso de lentes de corrección, visión borrosa, ceguera nocturna, daltonismo _____

H. RIESGOS PARA LA VIDA, FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO

- a) Prácticas de seguridad personal
Conoce las medidas de prevención de accidentes en: el
trabajo _____ Calle _____ Hogar _____
¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y
medidas terapéuticas (p. Ej. Papanicolaou, mamografía)? _____
¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? _____
¿De qué manera refleja las situaciones de tensión en su vida? (enfadarse consigo
misma, con los demás, culpa a otros, habla con las personas, se siente ansiosa, reza,
lee, escucha música, se infravalora, toma una actitud sumisa, activa u otras) _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su autoimagen? _____

¿Es usted alérgica a algún medicamento o alimento? _____

¿Ha tenido alguna alteración del sistema inmunológico? _____

¿Tiene historia de enfermedades de transmisión sexual, transfusiones, lesiones? _____

¿Cuáles son sus hábitos respecto a las drogas, alcohol, tabaco, café, té, bebidas de cola, medicamentos

b) Concepto/imagen de sí misma, Imagen corporal____ Concepto de sí misma, Salud mental (actitud afecto/estado de ánimo)____ Espiritualidad_____

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO

Telarca y Pubarca		Menarca	Ritmo	Características	
Gesta (G)	Partos (P)	Aborto (A)		Obito (O)	Ectópico (E)

4. Descripción Ginecológica

IVSA	Nº C.S.	Circunsición	Infecciones	Tratamiento
Ultimo Papanicolaou	Cirugías	Sangrados anormales	Incontinencia Urinaria	Tumores
Dispareunia	Orgasmo	Sangrado	Ultimo MPF	Tiempo de uso

Fecha de último período Menstrual: _____ Fecha Probable de Parto: _____

5. Descripción de embarazos previos:

Nº Gestas	P. Intergenésico	Resolución (P,A, C ,E)	Sexo	Peso
APGAR	Complicaciones	Defectos al Nac.	Lactancia	Tiempo

6. Descripción del embarazo actual:

Fecha	SDG	Peso	T/A	FU	SIT.	F.C.F.	Edema
-------	-----	------	-----	----	------	--------	-------

Estudios de laboratorio y gabinete:

Fecha	BH	QS	EGO	USG	Tx.
-------	----	----	-----	-----	-----

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD

A. Desviación actual

2. Percepción de la desviación

- a) Motivo de la consulta _____
- b) Comprensión de la alteración actual _____
- c) Sentimientos en su estado actual _____
- d) Preocupaciones específicas _____

3. Mecanismos de adaptación.

- a) Uso previo de mecanismos de adaptación _____
- c) Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de los mismos
- d) Factores concomitantes de estrés _____

4. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida:

- a) Psicológicos _____
- b) Fisiológicos _____
- c) Económicos _____

B. Historia previa de desviaciones de la salud

- a) Enfermedades de la edad adulta _____
- b) Enfermedades de la infancia _____
- c) Hospitalizaciones _____
- d) Alergias _____
- e) Medicamentos prescritos o por iniciativa _____

C. Historia familiar de salud: _____

- 1. Familiares vivos o fallecidos con desviaciones similares de la salud: _____
- 2. Presencia de enfermedades hereditarias (diabétes, hipertensión, cardiopatía)

Basada en la hoja de valoración de datos del Holy Family College Department of Nursing, Filadelfia, EEUU en el libro Aplicación del proceso de enfermería, guía práctica de Rosalinda Alfaro. Ediciones Doyma. P. 23-26. Integrada por el grupo de alumnas de la 1ª generación de la Especialidad en Enfermería Perinatal en 1996. Adaptada en 1998 por la Lic. Micaela López Maldonado, revisada en agosto de 2002 por la Lic. Ma. Teresa Ayala Quintero, Lic. Rosalba Barbosa Angeles y Lic. Lucía Illescas Correa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2. SISTEMA DE EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL

PREVIgen II		1 DATOS GENERALES	
01. Edad (años)	<input type="checkbox"/> 20 a 30	15 a 19	<input type="checkbox"/> 14 y men.
02. Edad (años)		31 a 35	<input type="checkbox"/> 36 y más
03. Peso al inicio (kg)	<input type="checkbox"/> 51 a 64	65 a 75	<input type="checkbox"/> 76 y más
04. Peso al inicio (kg)		41 a 50	<input type="checkbox"/> 40 y men.
05. Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> 1.50 ó más	1.45 a 1.49	<input type="checkbox"/> 1.44 men.
06. Nivel socioeconómico	<input type="checkbox"/> Alto y medio	Bajo	<input type="checkbox"/> Muy bajo
07. Estado civil	<input type="checkbox"/> Casada	Soltera	<input type="checkbox"/> Sin cónyuge
08. Estado civil	<input type="checkbox"/> Unión libre	Viuda	
09. Actitud	<input type="checkbox"/> Adecuada	Inadecuada	<input type="checkbox"/> Muy Alterada
2 ANTECEDENTES			
10. Paridad	<input type="checkbox"/> 1 a 3	4 a 6	
11. Paridad		Nullipara	
12. Parto anterior	<input type="checkbox"/> Normal	Difícil	<input type="checkbox"/> Traumático
13. Abortos consecutivos	<input type="checkbox"/> No	2 ó más	
14. Cesáreas previas	<input type="checkbox"/> No	Una	<input type="checkbox"/> 2 y más
15. Parto pretérmino 37 sem	<input type="checkbox"/> No	Uno	<input type="checkbox"/> 2 y más
16. Preeclampsia-eclampsia	<input type="checkbox"/> No	Sí	
17. Hijos 2500 g. ó menos	<input type="checkbox"/> No	Uno	<input type="checkbox"/> 2 y más
18. Hijos de 4000 g. ó más	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
19. Muertes perinatales	<input type="checkbox"/> No	Uno	<input type="checkbox"/> 2 ó más
20. Hijo malformado	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
21. Cirugía previa	<input type="checkbox"/> No	Ginecológica	<input type="checkbox"/> Utero
3 EMBARAZO ACTUAL			
22. Consanguinidad	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
23. Factor Rh.	<input type="checkbox"/> Positivo	Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo
		no inmunizada	<input type="checkbox"/> inmunizada
24. Hemoglobina en g.	<input type="checkbox"/> 11 y más	8 a 10.9	<input type="checkbox"/> 8.0 y menos
25. Tabaquismo	<input type="checkbox"/> No	Sí	
26. Alcoholismo	<input type="checkbox"/> No	Sí	
27. Toxicomanias	<input type="checkbox"/> No	Sí	
28. Amenaza de aborto (20 sem o menos)	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
29. Amenaza parto pretérmino (21 ó más semanas)	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
30. Hemorragia ginecológica	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
31. Cardiopatía	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
32. Nefropatía	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
33. Diabetes	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
34. Hipertensión crónica	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
35. Hipertensión del embarazo	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
36. Ruptura de membranas	<input type="checkbox"/> No	12 hs. ó menos	<input type="checkbox"/> 13hs ó más
37. Otros especifique	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Riesgo bajo	Riesgo medio	<input type="checkbox"/> Riesgo alto

EVALUACION INICIAL DE RIESGO PERINATAL EN LA PRIMERA CONSULTA DEL EMBARAZO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2. SISTEMA DE EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL

PREVIgen III			
01. Presión arterial Sist.	■ 80-139	140-160	■ 161 y más
02. Presión arterial Diast.	■ 60-90	91-109	■ 110 y más
03. Aumento de peso (kg/mes)	■ 1 a 1.5	1.6 a 2.9	■ 3.0 y más
04. Aumento de peso (kg/mes)		Sin aumento	■ Disminución
05. Aumento F.U. (cms/mes)	■ 3 a 5	6-7	■ 8 y más
06. Aumento F.U. (cms/mes)		1-2	■ No aumento
07. Líquido amniótico (cantidad)	■ Normal	Moderado	■ Exagerado A
08. Líquido amniótico (cantidad)		Moderado	■ Exagerado B
09. Movimientos fetales	■ Normal	Moderado	■ Exagerado A
10. Movimientos fetales		Moderado	■ Exagerado B
11. Hemorragia genital	■ No	Mínima	■ Regular
12. Membranas ovulares	■ Integras	Rotas 12 hs. o menos.	■ Rotas 13 hs. o más
13. Contracciones uterinas antes de 37 semanas (por hora)	■ 1 y menos	2 a 3	■ 4 y más
14. Aborto 20 cms. Ó menos	■ No	Amenaza	■ En evolución
15. Parto pretermino (21-36 sem)	■ No	Amenaza	■ En evolución
16. Infección urinaria	■ No	Controlada	■ Activa
17. Otras alteraciones maternas especifique _____		_____	■ _____
18. Otras alteraciones fetales especifique _____		_____	■ _____
19. Otros especifique _____		_____	■ _____
<input type="checkbox"/> Riesgo bajo <input type="checkbox"/> Riesgo medio <input type="checkbox"/> Riesgo alto			
EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN CADA CONSULTA DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 4. FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE CASO.

México D.F a 6 de abril de 1998

Por este medio se hace una solicitud formal a la Sra. Ma. Eugenia M. M. para participar en el Estudio de caso *"Intervenciones de Enfermería Especializada a una mujer con edad Materna avanzada, cursando su segundo embarazo, atendida en el Centro de Investigación Materno Infantil"*. El cuál es requisito para la Diplomación de Especialista en Enfermería Perinatal de la Escuela Nacional de Enfermera y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Su participación contribuirá al estudio exhaustivo de la condición de salud por parte de la Estudiante de Enfermería Perinatal. Asegurando que la información que proporcione y la atención que se le brinde tendrá un manejo ético, profesional y académico. Preservando ante todo su integridad física, emocional y psicológica.

- SI deseo colaborar en el estudio de caso
 NO deseo colaborar en el estudio de caso

Lic. Lucía M. Illescas Correa
Estudiante del Posgrado en Enf. Perinatal

Sra. Ma. Eugenia M. M
Usuaría de los servicios de CIMIGen

6. BIBLIOGRAFIA

AMERICAN COLLEGE OF GYNECOLOGY, Diagnosis and management of death. En el boletín técnico de la Academia Americana de Ginecología. N° 176. Enero 1993. Pp.17.

ALLER, J; Pagés, G. Obstetricia Moderna. 3ª Edición. Editorial Interamericana-McGraw-Hill. Venezuela, 1999. Pp.615.

ALFARO, R. Aplicación del proceso de enfermería. Editorial Doyma, Barcelona, 1998. pp. 182.

BIANCO, A. Pregnancy Outcome at age 40 and older. En la revista: Obstet and Gynecol. Vol. 87, N° 6. Junio 1996. pp. 917-921.

CARPENITO, L. Manual de diagnósticos de Enfermería. Editorial Interamericana-Mc-Graw-Hill. 4ª. Edición, Madrid, 1993. Pp.587.

CASTILLA, L. Manual de Metodología de Investigación Científica. Editorial BioSod. México, 1993. Pp. 95.

CAVANAGH, S. Modelo de Orem. Editorial Ediciones Científicas y técnicas. Barcelona, 1993. Pp. 167.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL. Gen. Normas para la Atención Materno Infantil. Documento interno. 2ª Revisión, México D.F. 1995. Pp.45.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL. Gen. Sistema de Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal. Documento interno. 2ª Edición. México D.F 1998. Pp. 20

COLLIER M.F. Promover la vida. McGraw - Hill. Madrid 1997. Pp. 395.

FITZPATRICK, J., Whall A. Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application. Documento fotocopiado. California, 1989. Pp. 443.

FREGIA B.G, et al. Enfermería Perinatal. Riesgos en la Reproducción. Vol. 1 y 2. Editorial. Limusa. México 1983. 592.

FRETTS-RC, Schmittziel, J. Increased maternal age and the risk of fetal death. En la revista. New England Journal Medical. Vol. 333, Nº 15, Octubre 1995. Pp. 953-957.

FRETTS-RC, Usher RH. Causes of fetal death in women of advanced maternal age. En la revista: Obstet and Gynecol. Vol. 89, Nº 1, Enero 1997. Pp. 40-45.

GONZALEZ-MERLO, J; Obstetricia. 3ª Edición, Editorial Salvat, México 1988. PP. 729.

GRANADA, M.V, Vázquez M. La mujer y el proceso reproductivo. Atención primaria a la salud. O.P.S; O.M.S. Bogotá, Colombia. 1990. Pp. 416.

GRIFFITH, J. W; Cristensen P. Proceso de atención de Enfermería. Editorial Manual Moderno, México 1993. Pp.398.

HARTWEG, D.L. Autocuidado de Promoción de la Salud dentro de la Teoría General de Enfermería de Orem. En la revista: Journal Advanced Nursing, 1990, Nº 15, p. 35-41.

ISENBERG, M. Desarrollo de la Teoría de Enfermería y su aplicación a la práctica. Focotopia de la Conferencia presentada en la Universidad de Nuevo León, Monterrey. 1995.

IYER, P., et al. Proceso y diagnóstico de Enfermería. Editorial Interamericana-Mc-Graw-Hill. 2ª Edición. Madrid, 1994. Pp. 453.

JURADO-GARCÍA, E. Et al. Guía de Estudios para la Prevención de los Defectos al Nacimiento. Editado por el Gen. México 1989. Pp. 85.

JURADO-GARCÍA, E. Raíces Prehispánicas de la Perinatología Mexicana. Conferencia Dictada para las Memorias del II Congreso Nacional de Enfermería Perinatal. México 1994. P. 5-10.

KARCHMER S. Et al. Maternidad en edades avanzadas. En la Revista Ginecología Vol. 1. Nº 4, Abril 1993. P.21.

KEROUAC, S., et al. El pensamiento Enfermero. Editorial Masson, Barcelona, 1996. Pp. 167.

KIM, J. et al. Diagnósticos de Enfermería. Editorial Interamericana. 1993. Pp. 309.

KNOR, E. Decisiones en Enfermería Obstétrica. Editorial Doyma, Barcelona, 1990. Pp. 286.

KOZIER, B. Erb, G. Conceptos y temas en la práctica de la enfermería. Editorial Interamericana-Mc-Graw-Hill., 2ª Edición, 1992. Pp. 1182.

LIRA, P.J., et al. Edad materna avanzada y embarazo ¿Qué tanto es tanto?. En la revista: Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 65, Septiembre 1997. P. 373-378.

LÓPEZ O., et al. Manual para Educadores en Salud Perinatal. INPer. Editorial Trillas. México 2001. Pp. 338.

LOWDERMILK, D., et al. Enfermería Materno Infantil. Editorial Harcourt-Brace. 6ª Edición, Madrid. 1998. Pp. 1462.

MACY, C.F. Embarazo y Nacimiento. Problemas y placeres. Editorial Harper & Row Latinoamericana S.A.. México 1980. Pp.128.

MARRINER, A. et al. Modelos y teorías de Enfermería. Editorial Harcourt-Brace, 3ª Edición, Madrid 1997. Pp. 530.

MURRAY, M.E., Atkinson, L. Proceso de Atención de Enfermería. Editorial Interamericana, 5ª Edición. México 1996. Pp. 172.

NICHOLS, F. Educación para el parto: Teoría, práctica e investigación. Documento fotocopiado. 1988. Pp. 99.

OLDS, S. et al. Enfermería Materno Infantil. Editorial Interamericana-Mc-Graw-Hill. 4ª Edición, México 1995. Pp. 1210.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. 2ª Edición. Washington. 1999. Pp. 342.

OREM. D. El Mundo de la Enfermera. Conferencia. Documento fotocopiado. Monterrey, Nuevo León 1995. Pp.32

OREM, D. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Editorial Ediciones científicas y técnicas. Barcelona, 1993. Pp. 423.

OSTIGUIN, M.R.M. Teoría General del Déficit de Autocuidado. Guía Básica ilustrada. Editorial El Manual Moderno. México 2001. Pp. 68.

PHANEUF, M. Cuidados de Enfermería: El proceso de Atención de Enfermería. Editorial Interamericana. Madrid, 1993. Pp. 227.

RIOPELLE, L. et al. Cuidados de Enfermería. Editorial Interamericana, Madrid 1993, pp. 352.

ROSALES B.S, Reyes G. Fundamentos de Enfermería. 6ª. Reimpresión, Editorial Manual Moderno, México, 1995, pp. 463.

SARMIENTO, L.V. Atención de Enfermería a la Mujer Embarazada. Ediciones: Frid. Bucaramanga, Colombia 1989. Pp. 115.

SECRETARIA DE SALUD. Maternidad Saludable. Atención a la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. México, D.F. 2000. Pp.55

SECRETARÍA DE SALUD. Norma Oficial Mexicana para la Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y recién nacido. NOM-SSA. México D.F. 1993. Pp.109

SECRETARÍA DE SALUD. Norma Oficial Mexicana para la Prevención de los Defectos al Nacimiento. México D.F. 2000. Pp.

SECRETARÍA DE SALUD. Manual de Atención. Embarazo, parto y puerperio seguros, recién nacido saludable. México D.F 2001. Pp. 52.

SECRETARÍA DE SALUD. Programa Nacional de Salud Reproductiva 2000-2006. México, D.F. 2001. Pp. 40.

STOPPARD, M. Embarazo y Nacimiento. Editorial Norma. México 1993. Pp. 244.

TAPTICH, B. et al. Diagnóstico de Enfermería y Planeación de Cuidados. Editorial Interamericana Mc-Graw-Hill. México, 1992. Pp. 257.

TAYLOR, S. et al. La estructura del diagnóstico de Enfermería de la Teoría de Orem. En: Nursing Quarterly, 4:1 (Traducido por la Lic. Teresa Alzaga), Columbia 1991.

VARGAS, G.C. El parto en cama. En las memorias de V Simposio Gen La atención primaria a la Salud Materno Infantil. México 1992. Pp. 212.

VARGAS, G.C. Investigación en el 1er. Nivel de atención Materno Infantil: Los defectos al nacimiento; estado del arte; Memorias del 1º Congreso Nacional de Defectos al Nacimiento. Editado por Gen. 1989. pp. 62

YURA-WALSH. El Proceso de Enfermería, Valoración, Planificación, Implementación y Evaluación. Editorial Alhambra, 1982. Pp. 219.



María Eugenia, hija y su Enfermera Perinatal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN