



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

**ESTUDIO DE CASO REALIZADO A UNA MUJER EMBARAZADA
A TRAVÉS DE LA METODOLOGÍA DEL
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.**

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

Presenta:

BENITEZ FLORES MARITZA.

Nº cta: 9323611-7.

DIRECTOR DE TRABAJO.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



Angelina Rivera M

LIC. ANGELINA RIVERA MONTIEL

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

Angelina Rivera M

México, Noviembre 2004





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

4

DEDICATORIAS.

A MIS PADRES.

No existen ni existirán palabras que puedan expresar
La infinita gratitud y admiración que les tengo.
Siempre han estado conmigo dándome sus consejos
Y brindándome su apoyo aun en los peores momentos
Siempre conté con su mano para poder levantarme
Después de la caída y escuchar palabras de aliento --
Para seguir adelante; es por todo esto que este logro es
De ustedes, porque hicieron crecer en mi la humildad,
El valor y la perseverancia para culminar una meta mas

A MI HIJO.

Aunque aún eres muy pequeño para comprender estas
Líneas, solo quiero decirte que eres el solcito que --
Ilumina mi camino y el principal motorcito para seguir
Adelante. Te quiero mucho.

A DIOS.

Te doy gracias por permitirme estar en este mundo
Y no apartar nunca tu mirada de mi, por darme el
Regalo más preciado que tengo (David) y ayudarme
A vencer las pruebas que pusiste en mi camino para
Convertirme en una persona fuerte. Te doy gracias
Por todos aquellos ángeles que mandaste para que
Me guiaran con sus consejos, me brindaran su apo-
yo y su amistad

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

NOMBRE Benitez Flores Maritza

FECHA: 31-Marzo-2004

FIRMA: 

ÍNDICE.

Introducción.	4
Justificación.	6.
Objetivos.	
General.	7.
Específicos.	7.
CAPITULO I.	
I. Marco conceptual.	
1.1 Enfermería.	9.
1. Antecedentes Históricos.	9.
2. Definición de enfermería.	13
3. Metaparadigma.	14
1.2 Cuidados.	
1. Antecedentes Históricos.	16
2. Definición de cuidado.	19
3. Connotaciones del cuidado.	20
4. Metodología para el cuidado.	21
1.3 Proceso de atención de enfermería.	
1. Antecedentes Históricos.	28
2. Concepto.	29
3. Valoración.	
Definición.	30
Objetivo.	30
Recogida de datos.	31
Tipos de datos.	32
Fuentes.	32
Métodos de valoración.	32
Exploración Física.	35
Métodos de exploración física.	36
Validación de los datos.	37
4. Diagnóstico de enfermería.	
Concepto.	38.
Objetivo.	38.

Etapas.	38.
Etiqueta diagnóstica.	39.
Diagnósticos aceptados por la NANDA.	41.
5. Planeación.	
Concepto.	44
Objetivo.	44
Etapas.	44
Tipo de intervenciones.	45.
6. Ejecución.	
Concepto.	45.
Objetivo.	45.
7. Evaluación.	
Concepto.	46.
Objetivo.	46.
8. Amenaza de parto pretermino.	
Concepto.	47.
Etiología.	48.
Diagnóstico.	49.
Tratamiento.	51.
Profilaxis.	52.

CAPITULO II.

Metodología.	55.
2.1 Datos obtenidos de la valoración.	
Historia clínica.	57.
2.2 Plan de atención de enfermería.	66.

CAPITULO III.

Conclusiones	76
Bibliografía.	78
Anexos.	81

INTRODUCCIÓN.

Al término de la carrera dentro de las características que debe tener el Licenciado en Enfermería y Obstetricia con base a su perfil de egreso es dar un cuidado profesional basado en un conocimiento científico cuya estrategia para hacerlo es el Proceso de Atención de Enfermería.

Basándonos en el plan de estudios de la carrera, se concluye que fundamentos de enfermería y obstetricia I y II nos ayudaran a diseñar, ejecutar y evaluar estrategias para brindar un mejor cuidado; ya que fundamentos de enfermería inicia al alumno en el aprendizaje de los procedimientos que contribuirán a la satisfacción de las necesidades del paciente en el hospital a través del Proceso de Atención de Enfermería analizando y desglosando sus diferentes etapas. Obstetricia I tiene como objeto de estudio el proceso salud-enfermedad en la reproducción humana y Obstetricia II pretende que el alumno construya un marco de conocimientos acerca de la etiología, fisiopatología, métodos de diagnóstico y procedimientos preventivo-terapéuticos aplicables en las situaciones que complican el proceso de la reproducción humana y que sirvan de base para detectar oportunamente los factores de alto riesgo perinatal.

La amenaza de parto pretermino es un tema de suma importancia ya que no afecta solo a la madre, sino que implica riesgos y secuelas severas en el producto ya que el proceso normal de gestación se ve interrumpido antes de las 37 semanas por diversos factores ya sea ambientales o maternos pudiendo dar como resultado el nacimiento de un recién nacido prematuro; si no se le brinda un tratamiento adecuado acompañado de cuidados de calidad. Es por todo esto que el objetivo primordial del personal de salud, es la conservación de la vida del binomio madre-hijo.

Es de suma importancia hacer énfasis en las intervenciones que debe brindar el Licenciado en Enfermería y Obstetricia las cuales deben ser de alta calidad y fundamentadas en el conocimiento científico para darle a la paciente un apoyo biopsicosocial.

El proceso de atención de enfermería se realizó con una paciente con diagnóstico médico de amenaza de parto pretérmino la cual ingresa el día 11 de marzo del 2002 al Hospital General de Milpa Alta en la delegación Milpa Alta, en el cual el pasante realizó su servicio social.

Como actividad inicial se describen los contenidos del marco referencial con el fin de conocer más acerca de dicha patología y argumentar científicamente las acciones de enfermería a emplear con dicha mujer (ejecución) en el proceso de atención de enfermería.

El segundo capítulo describe la metodología utilizada para llevar a cabo dicho proceso que engloba recolección de datos, elaboración de diagnósticos, planeación, ejecución y evaluación.

Enseguida se elabora y aplica el proceso de atención de enfermería para la paciente en estudio, finalmente se muestran las conclusiones y sugerencias.

JUSTIFICACIÓN.

A partir de conocer a la mujer en etapa reproductiva y el curso que lleva la amenaza de parto pretermino se llega a la conclusión de que el Licenciado de Enfermería y Obstetricia debe elaborar estrategias de acuerdo a las necesidades afectadas en la mujer gestante para poder brindar cuidados adecuados a estos problemas.

Esto se hará a través del proceso de atención de enfermería teniendo como objetivo principal disminuir dichos padecimientos y evitar futuras complicaciones tanto para la madre como para el producto y así el embarazo siga su curso normal y llegue a su culminación sin contratiempos.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- ❖ A través de la utilización de la metodología del Proceso de Enfermería, llevar a cabo un Estudio de caso que permita evidenciar que el pasante de enfermería cuenta con los elementos teóricos-metodológicos para ejercer el Cuidado Profesional de enfermería y así ayudar a la usuaria a mantener o recuperar su salud durante la etapa actual de desarrollo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ❖ A través de la valoración detectar los problemas o necesidades de la usuaria con amenaza de parto prematuro, así como los problemas que lo suscitan.
- ❖ Con base a los problemas o necesidades detectados integrar los diagnósticos de enfermería, planear intervenciones de enfermería que ayuden a la mujer embarazada a limitar daños y a recuperar su salud.
- ❖ Evaluar las intervenciones de enfermería efectuadas para la identificación de la mejora de las necesidades y reorganización del plan de intervenciones.

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL.

I.I. ENFERMERIA.

I. ANTECEDENTES HISTORICOS.

Para comprender mejor la historia de la enfermería es necesario en primer lugar hablar de la historia en general que como bien sabemos en esta incluye la realidad histórica que queda definida de la siguiente manera:

“Es el estudio científicamente elaborado de las diversas actividades y de las diversas creaciones de los hombres de otros tiempos captados en su fecha y en los marcos de sociedades extremadamente variadas y sin embargo comparables unas a otras; actividades y creaciones con las que cubrieron la superficie de la tierra y la sucesión de las edades.”¹

A la historia le interesa en concreto el estudio del pasado de los hombres en sociedad “Es la historia un enemigo grande y declarado contra la injuria de los tiempos. Ella la historia nos da la noticia, declara y muestra lo que en diversos lugares y tiempos acontece”.²

La historia es una maquina del tiempo la cual nos permite revivir algún hecho histórico, cualquiera que sea a través del tiempo ya que jamás dejara de existir mientras el hombre viva para crearla.

Cabe destacar una persona muy importante sin la cual la historia no sería del todo entendible, es el historiador ya que el se encarga de recuperar el pasado y traducirlo al presente para las futuras generaciones, tratando de que el hecho histórico penetre en su conciencia tomando en cuenta los vestigios del pasado. El saber enfermero es un hecho histórico porque va evolucionando con la misma sociedad.

¹ Hernández, Coresa. Juana. HISTORIA DE LA ENFERMERIA. Interamericana. España. 1994. p.23

² IDEM. Op.Cit.P.59.

Para comprender la situación actual y el futuro de la profesión enfermera analizaremos de forma muy resumida, los orígenes de la actividad de cuidar. El origen de la profesión enfermera, se vincula a la mujer desde el momento en que la vida aparece. La perpetuación de la especie a través de los cuidados a los niños, enfermos y ancianos, ha estado generalmente en manos de la madre. La mujer descubre la práctica del cuidado para asegurar la satisfacción de las necesidades indispensables para el mantenimiento de la vida: alimentación, higiene, reposo, consuelo, apoyo y educación.

“Se ha dicho y escrito innumerables veces que en cada mujer hay una buena enfermera”.³

La aparición del cristianismo tuvo un gran impacto en el desarrollo de la enfermería en occidente, inicia la etapa vocacional de la profesión, caracterizada por un fuerte componente religioso: el amor al prójimo. Se fundan ordenes religiosas (algunas de hombres como los caballeros de San Juan, o los de San Lázaro), que además de cuidar enfermos asistían a los pobres y presos.

Durante siglos las personas encargadas de cuidar carecen de preparación especial. No hay una doctrina escrita, los saberes provienen de la práctica, la transmisión del conocimiento se producía de forma empírica, según la tradición oral (la escritura era propiedad del hombre durante siglos).

Al llegar el siglo XIX, la enfermería carecía de prestigio. Las personas encargadas de cuidar, además de las religiosas, son personas de clase social baja que ejercen un oficio de escasa consideración social. A menudo eran prostitutas y expresidentarias sin ninguna formación; por esto tanto la mujer como la enfermería se vieron degradadas.

“Si bien no se esperaba que mujeres respetables se dedicaran a la enfermería en tales condiciones, se criticaban a todas las que lo hacían de borrachas, despiadadas e inmorales. Estas mujeres recibían una paga y una comida muy exiguas”.⁴

La segunda mitad del periodo comprendido entre 1500 y 1860 la enfermería vivió su peor momento y se ha designado como “ el periodo oscuro de la enfermería”. Se habían construido nuevos hospitales, pero es el caso que

³ Kershaw, B. MODELOS DE ENFERMERÍA. Doyma. Barcelona. 1998. p.23

⁴ Jamieson, Elizabeth. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA. Interamericana. México. 1995. p. 129.

condiciones insalubres los convertían en fuente de muchas de aquellas epidemias ya que aun no contaban con conocimientos básicos de salubridad.

Por el contrario, los varones instruidos en la medicina, proceden de una burguesía que esta en una situación privilegiada. Estos y otros factores determinaran la relación de la dependencia que establece la enfermería con respecto a la medicina.

En Kaiserswerth existía una escuela de las diaconizas donde se enseñaba a cuidar enfermos hospitalizados. La alumna más famosa fue FLORENCE NIGHTINGALE a quien se debe la creación de la enfermería moderna. Entre sus numerosas aportaciones destaca la creencia en la necesidad de la formación enfermera. Creía que el cuidado es un arte y una ciencia, diferente a la medicina que debía recibir una formación específica.

“ Si a un hombre no instruido que ejerce la medicina se le llama impostor ¿por qué no ha de recibir el mismo nombre la enfermera sin formación específica? “. ⁵

Esta convicción le llevó a fundar la escuela para enfermeras en el Hospital de Sto. Thomas en Londres en 1860, sentando así las bases para la profesionalización. Uno de los puntos en los cuales enfatizó fue crear reformas que hicieran posible la sanidad en los hospitales. El 24 de junio, 15 mujeres jóvenes se convirtieron en novicias de la escuela de enfermería; con esto se daba inicio a la enfermería moderna. Es así como la mujer va tomando conciencia de que puede desempeñar un buen papel fuera del hogar; el rol de la mujer en la sociedad inicia su evolución.

Los avances científicos y tecnológicos que se van produciendo a lo largo del siglo XX culminarán en una alta tecnificación de la medicina y consecuentemente, de la enfermería. El número de técnicas cada vez mayor y más sofisticadas que se van delegando en los enfermos tendrá un doble efecto ya que aumenta la dependencia con respecto a la medicina y separa a la enfermería de sus orígenes: los cuidados. Un ejemplo de la alta tecnificación y subordinación médica son los estudios de los ayudantes técnico sanitarios que se implantaron en España en los años 50. la mayoría de las enfermeras que en

⁵ Almansa, M. Pilar. METODOLOGÍA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA. Interamericana. México. 1999. p.11.

la actualidad ejercen la profesión fueron educadas en este plan de estudios (antes de 1977), cuyo objetivo era asumir un papel técnico.

Para inicios del siglo XX, nuestro país ya contaba con los conocimientos de enfermería a nivel técnico, aunque se tuvo grandes dificultades. Ya existían hospitales, pero se tenían proyectos de crear uno nuevo con enfermeras y médicos más capacitados (Hospital General Siglo XX) para esto el doctor Liceaga manda a traer a la señorita Rosa Crowder quien se encarga de incrementar los conocimientos de las alumnas de enfermería para la buena asistencia, de los enfermos rigiéndolas con normas para una mejor disciplina.

“Se debe imprimir en el ánimo de las enfermeras la necesidad de una pulcritud minuciosa en todas las cosas que pertenezcan a la profesión, combinada con el orden, el método y la limpieza”⁶

En el año de 1977, la formación enfermera se hace universitaria modificándose el plan de estudios y el nombre. Dejamos de ser ayudante técnico sanitario para ser diplomados universitarios en enfermería. Para una profesión que ha conocido durante casi toda su historia, lo que Colliere llama la subalimentación intelectual deliberadamente mantenida. La universidad suponía una meta largo tiempo ambicionada. Sin embargo la universidad, a pesar de constituir un gran paso para la profesión, no es suficiente por si misma para colocar a la enfermería en la situación que le corresponde.

“La formación universitaria confiere una imagen a la profesión enfermera situándola en un nivel superior del orden social, pero no le dará en sí credibilidad.

Esta reside en lo que de irremplazable aportan los cuidados y en el conocimiento que produzcan”⁷

La entrada a la universidad nos obliga a conocer el cuerpo de conocimientos propio, la razón de ser de la disciplina enfermera.

⁶ Pérez, Loredo. Luz. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA AL INICIO DEL SIGLOXX. UNAM. MÉXICO. 1992.P. 5.

⁷ Almansa. Op. Cit. P.13.

2. DEFINICIÓN DE ENFERMERIA.

Debido a que la enfermería de hoy es diferente a la de hace 50 años, se puede pensar en que las definiciones también han evolucionado, para comprender la enfermería actual y al mismo tiempo prepararla para el futuro, es importante conocer no solo los hechos pasados, sino los contemporáneos, así como los factores sociológicos que la afectan.

Diferentes grupos de profesionales han propuesto algunas definiciones de enfermería. El Consejo Internacional de Enfermeras en 1973 lo hizo de la siguiente forma:

“La única función de la enfermera es la asistencia al individuo sano o enfermo en la realización de las actividades que mantienen la salud o la restablecen (o una muerte tranquila) que las llevaría a cabo ella sola si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.”⁸

En 1973, la American Nurses Association (ANA) en sus modelos de la practica de la enfermería formuló una definición más evolucionada. Literalmente decía:

“La practica de la enfermería es un servicio directo con un fin ambientado y adaptado a las necesidades del individuo, de la familia y de la comunidad, tanto en la salud como en la enfermedad.”⁹

En ambas hay determinadas ideas y objetivos a destacar.

1. La enfermera es educar, cuidar y preocuparse por las personas.
2. Es un servicio a los enfermos, sus familias y comunidades.
3. Puede ser preventiva como terapéutica.
4. es un servicio personal, un contrato directo entre la enfermera y el paciente.
5. Se adapta a las necesidades individuales del enfermo.

Con el paso del tiempo han surgido otras muchas definiciones. Varían según las leyes, los campos de actuación, las áreas geográficas, los tipos y funciones de las enfermeras y las creencias de las personas o grupos. Las definiciones

⁸ Kossier. Barbara. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. Interamericana McGraw-Hill. México.1994.p.5.

⁹ IDEM. P.5

más comunes tienden a incluir ideas sobre los seres humanos en su totalidad como personas responsables sobre la salud y la enfermedad, las necesidades específicas de entidades de enfermería, las funciones claves de la enfermera y las metas y consecuencias de sus actuaciones.

Entre las personalidades más importantes en el ámbito de enfermería tenemos a:

NIGHTINGALE: “Profesión para mujeres cuyo objetivo consiste en descubrir y usar las leyes de la naturaleza con respecto a la salud al servicio de la humanidad”.¹⁰

D. OREM.: “Servicio humano para superar las limitaciones del hombre en sus acciones de autocuidado por razones relacionadas con la salud”.¹¹

Uno de los principales problemas con los que hoy se enfrenta es la necesidad de establecer una definición de la misma, que se pueda ampliar nacional e internacionalmente, que identifique el campo de actuación y diferencie claramente el papel de la enfermería de las restantes disciplinas de la salud.

3.METAPARADIGMA.

Una disciplina es un campo de la investigación y de la práctica marcado por una perspectiva única, es decir una manera distinta de ver los fenómenos, recomienda maneras de intervención para la práctica, contrariamente a una disciplina teórica que describe o analiza los fenómenos a partir de modelos precisos sin intervenir.

El núcleo de la disciplina enfermera, su objetivo, es el cuidado de la persona que vive experiencias de salud, en continua interacción con su entorno. Una disciplina científica es regida por criterios objetivos y medibles que utiliza los métodos de la ciencia para asegurar una práctica rigurosa. Su objeto es

¹⁰ Beare, G. Patricia. ENFERMERIA MEDICOQUIRURGICA. Mosby. Madrid. 1994.p.6

¹¹ IDEM. Op. Cit.P.7.

desarrollar los conocimientos teóricos y metodológicos que servirán para definir y guiar la práctica.

Actualmente existe un consenso general en considerar que los conceptos centrales que marcan la perspectiva única de nuestra disciplina, el **metaparadigma** de la enfermería son:

1. La salud.
2. El entorno.
3. La persona.
4. El cuidado.

La definición de estos elementos y sus interrelaciones, configuran el modelo, la filosofía que orienta la enfermería, están sujetos a las aportaciones que desde otros campos del saber, van transformando las formas de pensamiento.

SALUD: Se define a la salud como experiencias dinámicas en la vida de un ser humano, la cual implica continuos ajustes a tensiones en el ambiente interno y externo a través del aprovechamiento óptimo de los recursos de uno para lograr el potencial máximo en la vida dejando claro que la salud es considerada como una meta.

PERSONA: Debemos entender a la persona como un todo formado por componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales (más que la suma de sus partes) unificado e interactivo, de forma que un desequilibrio en una parte origina un desequilibrio de todo el sistema a ella están destinados los cuidados.

ENTORNO: Son las variables que influyen sobre el estado de salud de la persona, sobre sus creencias, y sus prácticas saludables. Algunos de estos factores son internos (factores biológicos, psicológicos y cognoscitivos.) y otros externos (dimensión cultural, el entorno físico, etc.)

CUIDADO: Es una actividad ligada a la supervivencia de los seres vivos. Representa un conjunto de actos cuya finalidad es conservar la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida. Los cuidados son acciones programadas, integrales individualizadas y holísticas.

“Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación”¹²

I.2. CUIDADOS.

I. ANTECEDENTES HISTORICOS.

La historia de los cuidados se encuentra ligada con la aparición de los seres vivos (Homo Sapiens) conforme el hombre va evolucionando los cuidados se van perfeccionando. La práctica de los cuidados se inician cuando el hombre se vuelve un ser racional y esta consciente de que debe adoptar aptitudes y actividades para poder subsistir (alimento protección contra las inclemencias) es así como comienza la organización del grupo seleccionando tareas ligadas al sexo (hombre- mujer). Mientras el hombre se dedicaba a la caza, las mujeres tenían la responsabilidad del mantenimiento del fuego y sus secretos en cuanto a la preparación de alimentos y prácticas para procurar bienestar y alivio, el cuidado de las gestantes y partos a través de la observación así como su repercusión en las prácticas de los cuidados, así podemos afirmar que la mujer-madre le corresponde por imperativos biológicos (la que da vida y es fecundable) que la sitúan más cerca de la naturaleza el papel de cuidadora intuitiva a través de recetas misteriosas repetidas en el más estricto secreto para el hombre y que proporcionaron a las primeras cuidadoras un bagaje de conocimientos sobre esta actividad, cabe mencionar que dichos conocimientos eran transmitidos por generaciones entre las mujeres.

El ser humano se enfrenta con cosas desconocidas que la naturaleza le presenta, es así como el ambiente se va empapando de misticidad y nace el bien y el mal.

Aparecen las primeras civilizaciones a inicios el siglo XV ac. Los cuidados en este periodo se convirtieron en una actividad asignada a la clase baja (sirvientas, esclavos, etc)

¹² Colliere, M. Françoise. PROMOVER LA VIDA. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. España. 1993.p.7

“Delegaron en los esclavos los tratamientos manuales requeridos por los pacientes y se limitaban a vigilarlos como capataces”.¹³

ya que una actividad que no tuvo valor social como en la civilización egipcia; aunque en este periodo da inicio la preocupación por los enfermos:

“ No se podía dejar a los pacientes sin ayuda y nunca se consideraron los enfermos como en otras civilizaciones impuros o intocables”.¹⁴

En la Grecia antigua, se efectuó el paso del pensamiento místico, al pensamiento racional de “ mitos al logos” es decir deja de ser místico para desarrollarse conforme a la naturaleza y a la razón de las cosas.

“Desde entonces hasta hoy y seguramente hasta siempre, conocer adecuadamente la naturaleza de una cosa es la condición necesaria y suficiente para que el saber resultante del empeño merezca en realidad el nombre de ciencia...”¹⁵

Da inicio el cristianismo en esta época los cuidados se entrelazan con la religión, además de que los cuidados no han sido solo competencia de mujeres, es necesario tener en cuenta el papel de los padres de la iglesia; los cuales predicaban el amor al prójimo y por los más débiles y enfermos. De esta forma la caridad en la que encuentra su sentido el concepto de ayuda y por tanto los cuidados enfermeros son considerados como el instrumento de salvación para la vida eterna.

“ El amor y el socorro de los pobres es esencial y específicamente una virtud cristiana. El amor de dios, en efecto, según las enseñanzas de cristo, no existe sin el amor efectivo del prójimo; la asistencia a los pobres no es solamente una virtud social, sino una virtud individual que obliga en conciencia a cada cristiano en particular”.¹⁶

¹³ Jamieson. Elizabeth. Historia de la enfermería. P-69

¹⁴ IDEM. Op. Cit P. 73.

¹⁵ IDEM. Op. Cit. P. 76.

¹⁶ IDEM. Op. Cit.P. 77.

Esta idea lleva a muchos cristianos a dedicar su vida al cuidado de pobres y enfermos, los cuidados de enfermería se institucionalizan basándose en un concepto de ayuda que podríamos denominar <vocacional-cristiano-caritativa> en que las necesidades humanas espirituales se anteponen a las necesidades físicas, psíquicas y sociales.

En esta etapa se ve a la mujer como estereotipo perfecto para brindar cuidados, por su carácter de sumisión, obediencia y sobre todo de protectora; esta concepción toma forma en las asociaciones religiosas femeninas en las que lo adecuado para una virgen de cristo es tener un corazón humilde y haber dado vida. Con esto se crea el grupo de las primeras mujeres dedicadas a los cuidados institucionales (diaconizas).

“Las mujeres siempre han sido curanderas, han curado gracias a las plantas y han intercambiado los secretos de sus practicas entre ellas”.¹⁷

El valor social de los cuidados aplicados por mujeres esta unido directamente a las mujeres en si, lo que hacen esta determinado por lo que son, lo que han vivido y lo que han sido capaces de vivir. Todas estas prácticas se transmiten través de varias civilizaciones por tradición oral. Hasta la edad media no fueron suplantadas por el saber de los chamanes, sacerdotes y después de los médicos cuya aparición es muy tardía respecto al los miles de años de evolución de las civilizaciones.

Al buscar el origen de la muerte, nacen los médicos, ellos comienzan la investigación de los diferentes males, las enfermedades se convirtieron en el punto de inicio para el conocimiento del mal por lo que el cuidar se convierte en algo esencial con todo esto aparecen los cuidados de enfermería y por consiguiente las primeras enfermeras.

Mas tarde se originan las primeras guerras que tuvieron como resultado miles de hombres heridos pendientes de cuidados, estos movimientos fueron cruciales para el despegue de la tecnificación de los cuidados ya que a partir de este momento comienza la evolución de ellos, tratando de que al brindarlos sean de la mejor calidad.

¹⁷ Colliere. M. Francoise. PROMOVER LA VIDA. P. 20.

2. DEFINICIÓN DE CUIDADO.

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir:

“Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie”.¹⁸

El cuidado puede describirse como un sentimiento de unión con otra persona o un sentimiento de preocupación por otro ser humano. Es decir el cuidado no es solo un sentimiento transitorio de atracción hacia otra persona. El cuidado de y a un paciente es un proceso que implica un desarrollo de una relación de respeto mutuo, de conocimientos, de confianza y de valor.

La tarea de cuidar de enfermos “extraños” a los que llamamos pacientes puede resultar difícil. La obligación de cuidar a distinguido al personal de enfermería. El compromiso de la profesión de recibir dando, su capacidad para contemplar a la humanidad con amor y su sensibilidad han definido tradicionalmente la función social de la enfermería.

El cuidado se muestra mediante un proceso interpersonal en el que se comparten experiencias entre el personal de enfermería y los pacientes. El cuidado puede demostrarse mediante tres procedimientos distintos:

Asistencia tangible: el personal de enfermería ofrece una asistencia tangible cuando atiende a las necesidades físicas y ambientales del paciente (administración de un baño, o de una medicación) también es evidente cuando procura que el paciente se encuentre en un ambiente seguro y afectivo.

Las actuaciones psicológicas, como el contacto humano, la presencia y las técnicas de comunicación oral y no oral son ejemplos de asistencia emocional, la valoración, planificación, evaluación de las múltiples necesidades emocionales del paciente son partes integrantes de la asistencia emocional.

¹⁸ IDEM. Op. Cit.P. 5.

Cuando el personal de enfermería ofrece al paciente esperanza, simpatía, le esta proporcionando un importante aspecto de la asistencia que le ayuda a enfrentarse a la enfermedad.

La promoción, la instrucción, la localización de los recursos y la comunicación son métodos de asistencia informativa. Como parte importante de la calidad de la asistencia, el personal de enfermería debe instruir a los pacientes sobre los procedimientos diagnósticos, las medicaciones y la rutina hospitalaria. Una enfermera eficaz debe enseñar al paciente el mecanismo psicológico de su enfermedad la dieta y los tratamientos.

Cuando el personal de enfermería comparte sus conocimientos y experiencias con los pacientes y documenta las actuaciones esta haciendo asistencia informativa. Con todo esto podemos decir que:

“cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo”.¹⁹

Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados.

3. CONNOTACIONES DEL CUIDADO.

En el ámbito de enfermería, el objetivo primordial es el cuidado hacia la persona sana o enferma pero para llegar a brindarlo, debemos de conocer antes la evolución que ha presentado el cuidado y la importancia de brindarlo en compañía de otras personas y profesionales. Como se vio anteriormente el cuidado es una actividad natural de todo ser vivo para la conservación de la vida; a través del tiempo el cuidado se fue convirtiendo en una práctica hacia la persona sana o enferma tomando en cuenta su aspecto biopsicosocial que envuelve su entorno en enfermería se ha tomado como objetivo la actividad de cuidar la vida humana integral respetando los derechos y sentimientos de cada persona que se cuida.

En el proceso de cuidado se habla de diferentes connotaciones, las cuales son las de cuidar de si mismo cuidar de otros y cuidar con otros profesionales.

¹⁹ IDEM. Op. cit.P. 7.

La primera el cual habla de cuidar de si mismo, nos permite ver que antes de comenzar a brindar un cuidado hay que conocernos a nosotros mismos para saber que cuidados debemos tener para con nosotros y nuestra salud de acuerdo al entorno que nos rodea adquirir los conocimientos que permitan ver nuestro interior en su aspecto biofisiológico y detectar los problemas reales y potenciales que puedan generar cambios en nuestra conducta y afectar nuestra salud.

Una vez que se obtengan esas cualidades para con nosotros mismos estaremos preparados para iniciar la siguiente etapa: cuidar de otros, como anteriormente se dijo el cuidado es una actitud natural y es el objetivo primordial del ámbito de enfermería en esta más que un acto de cuidar es una interacción persona-enfermera donde esta última requiere de un acervo amplio de conocimientos que le permiten tener intuición para la toma de decisiones acertadas buscando responder a las necesidades particulares en la persona, además con la integración de habilidades específicas.

La enfermera invita a la persona a tomar conciencia de sus elecciones de salud actual y llevar acabo las actividades ligadas a la salud ya que sabe de ante mano un cuidado bien brindado y de calidad favorece el desarrollo y el crecimiento de la persona cuidada.

El centro de interés de la disciplina de enfermería y los principales inherentes al cuidado invitan a la enfermería a una gran colaboración con el personal enfermero y con los miembros de la familia; además de la familia la enfermera debe tener una relación estrecha con otros profesionistas para lograr el objetivo del cuidado y brindar a la sociedad un servicio de salud de calidad.

4. METODOLOGÍA PARA EL CUIDADO.

Si lo característico de un oficio o de una profesión es ofrecer a los que soliciten o estén interesados, el objeto de una producción, de una prestación o de un servicio esto representa el resultado de un trabajo para el que necesariamente existen unos elementos constitutivos de dicho trabajo. Evidentemente hay un material que va a sufrir una transformación.

“Cualquier trabajo llevado a cabo por un oficio o una profesión es un proceso que consiste en transformar diferentes elementos con la ayuda de instrumentos para conseguir un objetivo”²⁰

Del oficio la enfermería no ha tomado más que la técnica, es decir el aprendizaje de unos movimientos, el manejo de aparatos e instrumentos sin dominar por ello las relaciones que se establecen entre este saber y su pertinencia con el conjunto de la situación. El proceso de los cuidados de enfermería se desprende de un trabajo que se configura a partir de la constante movilización de los elementos que interactúan con objeto de discernir las necesidades vitales de una persona, una familia o un grupo a las que es necesario suplir para poner en práctica una acción que les pueda satisfacer o compensar. Mientras que la mayoría de los oficios proceden de un encuentro del hombre con la materia, de la familiarización recíproca del uno con el otro.

“El proceso de los cuidados de enfermería procede de un encuentro entre dos o más seres vivos que detentan ambos los elementos del proceso de cuidados.”²¹

Este proceso se sitúa en la encrucijada de un sistema de cambio que procede de fuentes diferentes para llegar a determinar la naturaleza de los cuidados que hay que suministrar a los medios para ponerlos en práctica. Es un proceso de elucidación—acción entre dos interlocutores sociales con competencias diferentes y complementarias dirigidas a encontrar su forma de realización a partir de las capacidades y los recursos de cada uno en un entorno dado. El trabajo de enfermería requiere identificar los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados, especificar a que conocimientos ha recurrido, que tecnología ha utilizado y cuales son las creencias y valores sobre las que se basa la prestación de los cuidados de enfermería.

Las competencias que caracterizan una profesión se desprenden de un conjunto de conocimientos organizados para poder brindar cuidados de calidad. Hay que considerar dos aspectos con respecto a los conocimientos:

- ✓ las fuentes de conocimientos utilizadas:

²⁰ IDEM. Op. cit. P.241.

²¹ IDEM. Op. cit.P.242

El proceso de cuidar comienza por un acto de reflexión de las necesidades vitales y la búsqueda del tipo de respuesta que hay que dar, es necesario apelar a conocimientos diversos y de diferente naturaleza para percibir los signos del proceso salud-enfermedad y comprender su significado.

La primera fuente de conocimientos es la persona, se utiliza lo que expresan para ubicarlos en una categoría de enfermedad o en una categoría de “caso” para descubrir, entender y comprender lo que nos dicen, es necesario volver a aprender a ver y volver a aprender el lenguaje; es decir descubrir los signos que emite una persona (su mirada, su cara) y los signos que provienen de su entorno social. Debemos poner mayor atención en lo que nos expresa la persona a cuidar ya que ella nos transmitirá sus preocupaciones o dificultades con palabras comunes.

“Desarrollar una capacidad de reflexionar sobre la información emitida por los usuarios de los cuidados y ser capaz de utilizarlo”.²²

Otro punto importante de los conocimientos es que para la evolución de estos es necesario actualizarlos, no se deben limitar o estancar con solo una fuente ya que lo único que lograremos es ver desfavorecidos los cuidados a proporcionar. Dichos conocimientos deben proporcionar a la persona como ser biopsicosocial con relación a la energía, el tiempo, el espacio, etc; escudriñar todo aquello que se relaciona con la vida y la muerte.

Es importante mencionar que estos conocimientos tienen que ser adquiridos a través de la formación profesional basándose de formas pedagógicas vivas que se nutran de la vida que nos rodea en sus diferentes aspectos y manifestaciones (libros, revistas, diarios, periódicos, etc.)

El problema crucial, es el del principio organizador del conocimiento, no es solo aprender, sino reorganizar nuestro sistema mental para volver a aprender a “aprender” y esto va hacer posible seleccionando un método eficaz que nos permita ir hacia lo desconocido de los seres vivos, aclarando con ellos elementos conocidos para comprender las situaciones y conducir las “todo cuidado de enfermería obliga a encontrarse con lo desconocido de los seres vivos”.

Los conocimientos solo pueden ser útiles si son el encuentro de la experiencia vivida con todo aquello que pueda alimentar, nutrir y enriquecer esta experiencia para darle sentido y permitirle regenerarse y volver a crearse. Las

²² IDEM. Op. cit P.247.

enfermeras se han visto desfavorecidas en cuanto a adquisición de conocimientos ya que si recordamos los inicios de los cuidados a estas se le eran negados por el hecho de ser mujeres y los privilegios eran para el rol masculino; afortunadamente estos estereotipos han quedado en el pasado, en la actualidad ambos géneros tienen la libertad de cultivarse por el echo de ejercer una profesión.

“Los conocimientos utilizados por una profesión constituyan un patrimonio, que den lugar a otros conocimientos y sirvan de base permanente para la evolución profesional.”²³

No hay oficio ni profesión que se pueda ejercer sin unos conocimientos variados, reajustados conforme a la evolución humana.

TECNOLOGÍA.

Por tecnología hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos es decir, de todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y la manera de servirse de ella.

La técnica corresponde únicamente a la forma de utilizar tal o cual instrumento. Todo oficio recurre a instrumentos cuyas propiedades es indispensable conocer así como la manera de emplearlos: las técnicas, los cuidados y entre ellos los cuidados de enfermería han recurrido a tecnologías diversas, siendo las principales, todas aquellas que sirven para el mantenimiento de la vida. Estos cuidados han estado acompañados de una relación de base indisociable del acto de cuidar, luego se han unido instrumentos y técnicas de curación más complejas. El cuerpo en si ha sido el primer instrumento usado por una persona que prestaba cuidados y sobre todo de los cuidados de enfermería, de ahí la necesidad de volver a descubrir las propiedades del cuerpo (energéticas, térmicas, mecánicas, etc.).

Mediante el uso del cuerpo se pueden prestar cuidados a otra persona sumando el uso de los sentidos para diferenciar y prestar cuidados. Después del cuerpo principal vehículo de los cuidados habría que tener en cuenta:

²³ IDEM. P.260.

- las tecnologías relacionadas con los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida: conjunto de instrumentos y de medios técnicos que tienen como objetivo paliar un daño funcional y permitir la realización de la actividad obstaculizada por ese daño. Estos instrumentos contribuyen a volver a dar una autonomía total o parcial a los enfermeros y aliviar a las familias y al personal cuidador.
- Tecnologías de curación: las tecnologías para la curación al igual que las tecnologías para la investigación de las causas de la enfermedad han invadido progresivamente el campo de los cuidados de enfermería, van desde los instrumentos más sencillos, hasta las máquinas más completas, el modo de empleo de los instrumentos de curación, es el saber utilizar; el aprendizaje de enfermería.
- Tecnologías de información: se reúnen actualmente alrededor de dos tipos de instrumentos principales los que constituyen la historia de la enfermería o de acción sanitaria y los que contribuyen a la gestión de enfermería. A través de estos puntos nos podemos dar cuenta de la clase de cuidados que le ofrecemos a los usuarios, estarán mejor identificados si determinamos la conveniencia de los instrumentos que empleamos y la forma que tenemos de utilizarlos.

Mientras que existan tecnologías y técnicas y por otro lado relaciones tan disociadas de los cuidados, confiadas a los especialistas, el proceso de los cuidados será ilegítimo y pobre, no logrando su objetivo, creando frustraciones y sentimientos de culpabilidad en los que prestan cuidados y graves sinsabores en los usuarios.

Las tecnologías sencillas de los cuidados habituales, es decir aquellas utilizadas en el primer nivel de los cuidados previenen cualquier agravamiento. Es aprender a utilizar una infinita gama de instrumentos y de técnicas variadas y sencillas adaptadas a la gente.

“Se han consagrado demasiados recursos en el espectacular tratamiento hospitalario de los enfermos agudos y muy pocos en los cuidados primarios de la salud que necesita una gran parte de la población...”²⁴

²⁴ IDEM. Op. cit.P.272.

CREENCIAS Y VALORES.

Una profesión tiene creencias que son la base de las ideologías que determinan comportamientos. Los cimientos de la enfermería han sido, en principio, las creencias religiosas heredadas de las mujeres consagradas que hacían una profesión de fe antes de transmitirse por la moral profesional, dando lugar a unos comportamientos y actitudes determinados respecto a la responsabilidad de servir. Las creencias son una forma de conocimiento integrado, interiorizado a través de las costumbres las cuales representan en sí mismos y desde el principio de la humanidad todo un conjunto de formas de hacer que crean formas de ser enfocadas a asegurar la continuidad de la vida, se elaboran con respecto a lo que se considera bueno o malo.

Cualquier creencia es un hábito una costumbre a la que se adhiere un grupo, y a través de él, las personas que lo integran se elaboran a partir de los medios de vida, son tributarias de las características del espacio, de igual forma están reglamentadas por el tiempo y siempre van a representar la permanencia y la estabilidad del grupo. Las prácticas relativas a la alimentación y al cuerpo son el punto de partida de todas las costumbres y creencias.

Los valores están vinculados a las costumbres y creencias, siendo el valor el grado de importancia y estimación social que se atribuye a tal o cual creencia, lo que hace que el grupo necesite protegerla y defenderla para así mantenerla. Los valores se basan en el reconocimiento de las costumbres que los distintos grupos consideran que hay que mantener en un medio dado (valores fundamentales). Creencias, costumbres, ritos y valores tejen la cultura que relaciona a los miembros de una comunidad entre sí y determina sus relaciones con el mundo, sus criterios del bien y del mal, constituye un todo estructurado donde las conductas y las costumbres están relacionadas con los valores y con las motivaciones.

Tanto las costumbres como las creencias con las que se relacionan se transmiten por herencia cultural, ambas son susceptibles de modificarse o de ser llamadas a transformarse (la duda replantea una creencia al introducir la incertidumbre). Siendo competencia de una profesión los cuidados de enfermería están influidos por creencias y valores heredados y transmitidos dentro del grupo profesional y por los de otros grupos que participan en los cuidados pero también están influidos por el terreno institucional que dan lugar a creencias y movilizan comportamientos. Las personas cuidadas, los grupos profesionales y los medios institucionales están influidas por las

corrientes socioeconómicas, culturales y políticas que asientan dentro de los proyectos de la sociedad y valoran las formas de enfocar el proceso de salud-enfermedad.

Cualquier enfermera y enfermero sea capaz de conocer y comprender lo que influye en su práctica de aplicación de cuidados y la del grupo a la que pertenece para que pueda ser capaz de aclarar lo que motiva e influye en su práctica, así como la coherencia entre los fines que propone y los medios que utiliza en función de las situaciones por eso es importante conocer y comprender las creencias y los valores heredados del pasado: lo que ha dado origen a la práctica de aplicación de cuidados, lo que ha orientado su evolución a través de las costumbres y creencias y las que valoran el cuerpo enfermo.

El proceso de los cuidados de enfermería es un trámite de análisis de una situación enfocado a identificar la naturaleza de las necesidades o de los problemas de salud vividos por una o varias personas que requieren cuidados de enfermería en un medio dado, este análisis sigue igualmente de base para evaluar la acción curativa, permite también evidenciar las condiciones indispensables para esta acción y poder argumentarlas; es por tanto; la base de la función de gestión de los cuidados. El proceso de los cuidados de enfermería esta centrado en la encrucijada de un sistema de intercambio que proviene de fuentes diferentes que intenta determinar la naturaleza de los cuidados que hay que proporcionar, la razón de estos cuidados; lo que se proponen conseguir, así como los medios necesarios para ponerlos en práctica. El proceso de los cuidados de enfermería es una construcción propia de cada situación. No puede ser de ninguna manera objeto de una aplicación sistémica de conocimientos, ni de una utilización sistémica de instrumentos. El proceso de los cuidados de enfermería se crea a partir de aquello que se descubre al movilizar las informaciones que proceden de la situación, descodificándolas con la ayuda de unos conocimientos para comprender su significado e intentar servirse de ello para cuidar; es un proceso de descubrimiento-elucidación-acción entre interlocutores sociales que tienen competencias diferentes y complementarias; dirigido a encontrar un tipo de realización a partir de las capacidades y los recursos de cada cual en un medio ambiente dado. Todas las situaciones planteadas con los cuidados son un encuentro entre personas que tienen que buscar sus complementariedades respecto a una necesidad de salud, toda situación planteada al cuidar es una situación antropológica que afecta al hombre dentro de su medio ambiente.

I.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

Aunque los cuidados son tan antiguos como el hombre, la incorporación de una metodología a la actividad enfermera es muy reciente. En la actualidad existe un acuerdo general en que la etapa intuitiva de la enfermería, termina cuando Florence Nigthingale, la fundadora de la enfermería moderna y la primera enfermera investigadora y científica, establece la necesidad de la formación enfermera, desde entonces se ha buscado un método que nos permita resolver los problemas de cuidados.

El cambio se inicia cuando en E.U al comienzo de los años 60, IDA ORLANDO, publicó lo que para ella era el proceso: la realización de acciones deliberadas. Establece la diferenciación entre las actividades programadas y las actividades improvisadas, automáticas y rutinarias que realizaban automáticamente las enfermeras, centradas exclusivamente en actuar bajo los ordenes del médico.

Para ORLANDO el centro del proceso son las relaciones interpersonales sin olvidar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los cuidados. Fue una de las primeras autoras que utilizó el término "proceso de atención sanitaria".

En 1966, LOIS KNOWLES incorporo el planteamiento científico a la actuación enfermera. Para ella el éxito profesional de la enfermera depende de su maestría en lo que, en ingles se denominó las 5 "D".

1. Descubrir (Discover).
2. Investigar (Delve).
3. Decidir (Decide).
4. Actuar (Do).
5. Discriminar (Discrimínate).

Este mismo año Henderson identificó las acciones de enfermería como funciones independientes.

En 1967, YURA Y WALSH, escribieron el primer libro que definía de forma integral los 4 componentes del proceso:

1. Valoración.
2. Planificación.
3. Ejecución.
4. Evaluación.

Se destaca en esta obra, la importancia de las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica enfermera. En 1967 se publicó en la revista *Nursing Research* un proyecto de investigación desarrollado por un equipo interdisciplinario de la Universidad de Colorado. Este estudio establecía que la deducción de los problemas del paciente debía realizarse mediante la emisión de juicios y que estos juicios debían estar basados en los datos disponibles, tras ser sometidos a un análisis riguroso. Esencialmente significa realizar un diagnóstico:

1. Valoración.
2. Diagnóstico.
3. Planificación.
4. Ejecución.
5. Evaluación.

En 1973, estas etapas fueron legitimadas por la American Nursing Association (ANA) al publicar los códigos o normas para la práctica de enfermería. Desde entonces cuando un personal de enfermería es demandado por mala conducta profesional, se toma como punto de referencia el haber omitido una o más de las etapas del proceso. En la actualidad, el proceso ha sido incorporado a todos los planes de estudio de enfermería; es por este motivo que la enfermería y el papel que desempeña la enfermera al brindar cuidados ha ido en aumento en cuanto a calidad se refiere.

2. CONCEPTO

La elección entre acciones alternativas requiere la correcta identificación de los problemas del paciente; consideración de alternativas a tomar en cuenta y disponer de criterios para valorar cada uno de los posibles resultados. Estos pasos forman el proceso de enfermería. En esencia el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para administrar 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 la salud. En otras palabras es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible, tiene como características principales, ser dinámico, cíclico, centrado en el paciente, interpersonal y de colaboración. Cuenta como ya se menciono antes con etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación).

3.OBJETIVO.

Identificar los problemas sanitarios reales y de alto riesgo que sirve como base para planificar la asistencia, llevarse acabo y valorar sus resultados en el paciente. Como afirma Henderson:

“ El proceso de enfermería... es un proceso analítico que debe ser utilizado por todos los que prestan asistencia sanitaria cuando su actuación o la ayuda que ofrecen van encaminadas a resolver un problema”²⁵.

1. VALORACIÓN.

DEFINICIÓN:

El primer paso en la aplicación del proceso de enfermería consiste en recoger y valorar los datos. La valoración se define como: la información sistémica y el informe sobre la situación del paciente en las 5 esferas de la experiencia humana; biológica / fisiológica, ambiental / de seguridad, sociocultural / interpersonal, psicológica / de autoestima y espiritual / de autorrealización.

OBJETIVO:

Reunir información (datos) a fin de identificar los problemas de salud reales o potenciales; conocer a la persona que va a cuidar y determinar cual es su situación actual.

²⁵ Beare, G.P. ENFERMERIA MEDICOQUIRÚRGICA.. p.77.

La valoración incluye un conjunto de actividades sistemáticas y organizadas:

1. Recogida de datos.
2. Validación de datos.
3. Organización de datos.
4. Registro de datos.

RECOGIDA DE DATOS.

El primer paso para valorar es recoger la información. La recogida de datos se inicia con el primer contacto con el paciente y es un proceso dinámico y continuo que prosigue durante todo el tiempo que se mantiene la relación de cuidados, ya que cualquier situación puede cambiar en poco tiempo y surgir nuevos datos y nueva información.

Para que sea efectiva debe ser:

- Completa.
- Sistemática.
- Ordenada.

Existen dos tipos de recogida de datos:

- **Recogida de datos básica** =(valoración inicial) se realiza durante la primera entrevista con el paciente y determinar los problemas del paciente, se organiza en torno a las 14 necesidades. Su objetivo es conocer los hábitos y comportamientos de salud; determinar las capacidades y recursos de la persona y su entorno.
- **Recogida de datos focalizada** =consiste en reunir información específica sobre un aspecto concreto de la situación del paciente o bien para determinar el estado de un problema(confirmar o destacar u problema cuando se sospecha la existencia, valorar el estado de un problema y los cambios en el estado de salud.

TIPOS DE DATOS.

Un dato o clave es la información concreta sobre un paciente, es necesaria para conocer con exactitud su situación; se recogen dos categorías de datos que se complementan y se apoyan entre sí:

1. Datos **subjetivos**; son los datos no visibles como sentimientos, opiniones (son expresados por el paciente) **síntomas**.
2. Datos **objetivos**; los datos observables, medibles y cuantificables por el personal de enfermería mediante la observación y la exploración física **signos**.

FUENTES.

Las fuentes de información son las mismas en cualquier campo en la que se desarrolle la actividad enfermera. Todas ellas son necesarias y se complementan entre sí. Se pueden diferenciar entre fuentes primarias y secundarias.

♣ Fuente primaria : el cliente es la fuente de información incluso en aquellas situaciones en las que no puede hablar (constantes vitales, etc).

La familia.

♣ Fuentes secundarias : La historia clínica.
Bibliografía.

METODOS DE VALORACIÓN.

El enunciado de un problema, el diagnóstico, será el resultado de la información obtenida a través de las distintas técnicas de recogida de datos que la enfermera utiliza simultáneamente: la observación, la entrevista y la exploración física, entendidas como formas de comunicación.

1.-LA OBSERVACIÓN.

La observación es la percepción intencionada, orientada al estudio de los fenómenos de la realidad, en el campo de las ciencias humanas, a veces, es el único medio para obtener datos y medir los cambios que se producen, es una habilidad que se aprende y se desarrolla con la práctica; en la enfermería es una actividad esencial para descubrir los cambios físicos y emocionales del paciente y diferenciar lo importante de lo superfluo.

Como menciona NIGHTINGALE: “Pero si usted no puede conseguir el método de la observación de una forma u otra, es mejor que deje de ser enfermera, porque no esta usted llamada a ello, pese a lo amable que usted sea y lo ansiosa que puede estar por conseguirlo”.²⁶

Las características de la observación científica y por tanto fiable son:

- Selectiva.
- Objetiva.
- Ilustrada.
- Ordenada.

La observación se realiza a través de los sentidos:

1. Vista: observar características físicas, estado del pelo, etc.
2. Oído: observa tensión arterial, tos, llanto, palabras, quejidos, etc.
3. Tacto: observar temperatura y humedad de la piel, dureza, textura, pulso.
4. Olfato: observa olor corporal, sudoración, pus, etc.

2.-LA ENTREVISTA.

Es una conversación dirigida entre dos personas con objetivos: dar y obtener información. Su finalidad se resume en 4 puntos fundamentales:

²⁶ Jamieson. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA. P. 134.

- Recoger información para identificar los problemas de salud del cliente.
- Iniciar la relación enfermera-paciente, creando un clima de confianza y respeto, una relación terapéutica.
- Disminuir la ansiedad del cliente proporcionando la información necesaria.
- Motivar al cliente a participar activamente en todo el proceso de cuidados.

ETAPAS DE LA ENTREVISTA.

Antes de iniciar una entrevista, la enfermera revisa la información existente en la historia clínica: diagnóstico y tratamiento médico, datos biográficos. algunos profesionales prefieren los registros de entrevistas estructuradas en preguntas cerradas, no estructurada con preguntas abiertas y la semiestructurada.

Introducción- Presentarse al usuario.
 Explique el objetivo de la entrevista.
 Concrete el tiempo.
 Empiece con una pregunta abierta

Conversación- Busque y de información.
 Verifique los datos obtenidos.
 Anote los datos.

Resumen- sintetizar los datos en el orden de importancia que el la ha dado.
 Pregunte si quiere añadir algo y ofrézcase como recurso.

Las características de un buen entrevistador son: empatía, calidez, concreción, respeto. La entrevista es un proceso complejo con dos aspectos inseparables:
Interpersonal: por el que dos personas entran en relación, se comunican, intercambian ideas, opiniones y sentimientos (la comunicación)

Técnico: el profesional utiliza sus conocimientos en la búsqueda de la información necesaria para identificar los problemas.

TÉCNICAS PARA ENTREVISTAR.

El éxito de la entrevista, depende en gran medida, del tipo de preguntas utilizadas.

1. preguntas abiertas permiten respuestas largas, de varias palabras. Favorecen la comunicación y el dialogo entre enfermera y paciente.
2. las preguntas cerradas, por el contrario se responden brevemente, con una o dos palabras y limitan las respuestas, se utiliza para obtener datos o casos de urgencia.
3. las preguntas dirigidas sugieren la preferencia del entrevistador por una respuesta determinada por lo que no deben ser utilizadas en ningún caso. La información obtenida de ellas no tiene ninguna validez.

3.-LA EXPLORACIÓN FÍSICA.

Para que la valoración física sea completa debe ser ordenada, la opción más utilizada es: de cabeza a pies.

Piel.	Senos	Extremidades superiores
Pelo.	Boca	Abdomen
Uñas.	Garganta	Ano y recto.
Cabeza.	Cuello	Genitales
Cara.	Pechos y axilas	Extremidades inferiores.
Oídos.	Tórax / espalda	
Ojos.	Corazón y circulación	
Nariz.	Periférica.	

POR APARATOS Y SISTEMAS.

- Respiratorio: ruidos respiratorios, frecuencia y ritmo, movimientos respiratorios, etc.

- **Cardiocirculatorio:** frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco, tensión arterial, etc.
- **Neurológico:** orientación en tiempo y espacio, integridad de los sentidos.
- **Gastrointestinal:** estado de los dientes y encías, ruidos intestinales, etc.
- **Genitourinario:** características de la orina, cantidad, dolor, etc.
- **Musculoesquelético:** tono y fuerza muscular, etc.
- **Piel:** coloración, mucosas y uñas, temperatura.

METODOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA.

El desarrollo de las capacidades necesarias para realizar una valoración física requiere práctica, conocimientos y tiempo. Las técnicas básicas utilizadas en la valoración física son cuatro:

Inspección: es el examen visual que permite determinar las características físicas observables.

Palpación: consiste en la utilización de las manos, del tacto, para sentir el cuerpo.

Auscultación: escuchar los sonidos que se producen en distintos órganos del cuerpo.

Percusión: consiste en golpear suavemente con los dedos en una superficie corporal, para producir un sonido audible.

LA COMUNICACIÓN.

La observación, la entrevista y la exploración física son distintas formas de comunicación. La comunicación esta presente siempre en la relación enfermera- paciente.

VALIDACIÓN DE LOS DATOS.

Validar es verificar la información para determinar si responde a los hechos. Consiste en analizar los datos con el fin de identificar posibles vacíos de información o incongruencias. Resulta un paso necesario para estar seguros de que los datos obtenidos son reales y completos. Tiene como finalidad:

- La omisión de información relevante.
- Realizar interpretaciones incorrectas.
- Llegar a conclusiones precipitadas.

TECNICA DE VALIDACIÓN.

Puede realizarse de la siguiente forma:

- Revisando los propios datos, cuando no sé este seguro de la validez de los mismos.
- Pidiendo a otra persona que recoja los mismos datos.
- Comprobando que no existen factores transitorios.
- Revisando los datos extremadamente anormales y/o críticos.
- Comprobando la congruencia entre los datos objetivos y subjetivos.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.

Supone agruparlos en categorías de información de forma que tenga sentido, que puedan verse la relación entre ellos. Clasificar la información ayuda a identificar los problemas de salud, las causas probables y las capacidades del paciente.

REGISTRO DE LOS DATOS.

A lo largo de la entrevista se recoge gran cantidad de información que puede ser olvidada parcial o totalmente sino se anota rápidamente, un requisito fundamental es registrar la información recogida con objetividad

2. DIAGNOSTICO.

CONCEPTO.

Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico que se deriva de aplicar el proceso de enfermería a los problemas sanitarios de los pacientes. La definición que en la actualidad hace la NANDA sobre el diagnóstico de enfermería es el siguiente:

“El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las repuestas individuales, familiares o comunitarias a procesos vitales o a problemas sanitarios reales y potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las actuaciones que permiten conseguir los resultados finales que son la responsabilidad del personal de enfermería”.²⁷

OBJETIVO.

El objetivo de redactar los diagnósticos de enfermería consiste en escribir con frases exactas y concisas la interpretación de los datos de valoración de enfermería.

ETAPAS. (razonamiento diagnóstico).

- Etapa 1: tras haber completado la recogida de datos, estudie la información y reúna las claves relacionadas, por ejemplo signos y síntomas.
- Etapa 2: si identifica un signo, síntoma o hecho histórico significativo, centre su valoración en la búsqueda de signos o antecedentes contribuyentes adicionales.
- Etapa 3: use una lista de control que le ayude a comprobar los problemas más comunes que se encuentran con frecuencia.
- Etapa 4: adquiera el hábito de pensar en más de un posible problema que pudieran representar las claves del paciente.
- Etapa 5: una vez que haya hecho el listado de los problemas que sospecha, compare los datos del paciente con las características definitorias (signos y síntomas o factores de riesgo) de los problemas enumerados.

²⁷ Almansa. M. Pilar. METODOLOGÍA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA. P.98.

- Etapa 6: una vez identificados los problemas intente determinar la causa o factores contribuyentes al mismo.
- Etapa 7: cuando sea posible, formule tanto el problema como su etiología, usando las palabras “relacionado con” para unir el problema con su etiología.
- Etapa 8: si los datos demuestran factores de riesgo para un problema, pero no hay signos ni síntomas del mismo etiquételo como problema potencial.
- Etapa 9: si se sospecha la existencia de un problema, pero carece de datos que lo confirmen, identifíquelo como problema posible y continúe con la recogida de datos para determinar si el problema existe o no.

ETIQUETA DIAGNOSTICA.

Son tres los componentes esenciales del diagnóstico de enfermería, que han recibido el nombre de **formato PES**. Estos tres componentes son el problema sanitario (P), los factores etiológicos o relacionados (E) y las características o grupos de signos y síntomas que lo definen (S). El formato PES se utiliza para formar una frase diagnóstica que plasme un diagnóstico de enfermería real. Las palabras “relacionado con” conectan el problema y la etiología, mientras que se utiliza la frase “que se manifiesta por” para conectar la etiología con los signos y síntomas.

El razonamiento para llegar a identificar los problemas, sigue los siguientes pasos.

1. Analizar los datos.
2. Generar hipótesis provisionales.
3. Establecer el diagnóstico diferencial.
4. Identificar el problema.
5. Identificar la etiología.

COMPONENTES DE LAS CATEGORÍAS DIAGNOSTICAS (NANDA).

Los diagnósticos enfermeros aceptados por la NANDA para su validación y puesta en práctica, se componen de:

1. **ETIQUETA.** Proporciona el nombre a un diagnóstico, es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas, puede incluir calificativos como alterado, deficiente, aumentado; junto a ella se incluye el año en que se aprobó y en algunos casos otra fecha que indica el año de revisión.
2. **DEFINICIÓN.** Proporciona una descripción clara y precisa del problema, aclara su significado, y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
3. **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.** Conjunto de signos y síntomas que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico enfermero.
4. **FACTORES RELACIONADOS.** Son las condiciones y/o circunstancias, que acusan o contribuyen al desarrollo/ mantenimiento de un diagnóstico enfermero. Se utilizan como la etiología de un diagnóstico real.
5. **FACTORES DE RIESGO.** Son los factores ambientales, fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad, ante una situación no saludable.

Los problemas que la enfermera puede identificar pueden ser reales, de riesgo y de salud (Diagnostico real, diagnostico de riesgo, diagnostico de salud.)

Diagnósticos de enfermería actualmente aprobados por la NANDA:

- Afrontamiento defensivo.
- Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.
- Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante.
- Afrontamiento individual ineficaz.
- Aislamiento social.
- Alteración de la capacidad de adaptación.
- Alteración de la excreción urinaria.
- Alteración de la imagen corporal.
- Alteración de la integridad cutánea.
- Alteración de la integridad tisular.
- Alteración de la interacción social.
- Alteración de la perfusión tisular.
- Alteración de los patrones de sexualidad.
- Alteración de los procesos familiares.
- Alteración del crecimiento y desarrollo.
- Alteración del desempeño de la función.
- Alteraciones sensoriales/ de la percepción. Alto riesgo de la alteración de la integridad cutánea.
- Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal.
- Alto riesgo de asfixia.
- Alto riesgo de aspiración.
- Alto riesgo de auto mutilación.
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.
- Alto riesgo de infección.
- Alto riesgo de intolerancia a la actividad.
- Alto riesgo de intoxicación.
- Alto riesgo de lesión.
- Alto riesgo de paternidad alterada.
- Alto riesgo de síndrome de desuso.
- Alto riesgo de tensión en el papel de cuidador.
- Alto riesgo de traumatismo.
- Alto riesgo de violencia.
- Ansiedad.
- Autoestima baja circunstancial.
- Autoestima baja crónica.
- Conductas que promueven la salud.
- Conflicto de función paterna.
- Control ineficaz del régimen.

- Déficit de actividades recreativas
- Déficit de auto cuidado: alimentación.
- Déficit de auto cuidado: baño / higiene.
- Déficit de auto cuidado: excreción.
- Déficit de auto cuidado: vestido / arreglo.
- Déficit de conocimientos.
- Déficit de volumen de líquidos(1).
- Déficit de volumen de líquidos(2).
- Descuido unilateral.
- Desesperanza.
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Diarrea.
- Dificultad de decisión.
- Disfunción sexual.
- Disreflexia.
- Dolor.
- Dolor crónico.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Estreñimiento.
- Estreñimiento colónico.
- Estreñimiento subjetivo.
- Exceso de volumen de líquidos.
- Fatiga.
- Gasto cardiaco disminuido.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Incapacidad para mantener la ventilación espontánea.
- Incontinencia de esfuerzo.
- Incontinencia fecal.
- Incontinencia funcional.
- Incontinencia refleja.
- Incontinencia total.
- Incontinencia de urgencia.
- Incumplimiento
- Intercambio gaseoso alterado.
- Intolerancia a la actividad.
- Lactancia materna eficaz.
- Lactancia materna ineficaz.
- Lactancia materna interrumpida.

- Limpieza ineficaz de la vía aérea.
- Mantenimiento de la salud alterado.
- Mantenimiento del hogar alterado.
- Miedo.
- Mucosa oral alterada.
- Negación ineficaz.
- Nutrición alterada: alto riesgo de ingesta superior a los requerimientos corporales.
- Nutrición alterada: inferior a los requerimientos corporales.
- Nutrición alterada: superior a los requerimientos corporales.
- Paternidad alterada.
- Patrón de alimentación infantil ineficaz.
- Procesos del pensamiento alterada.
- Protección alterada.
- Respuesta disfuncional a la supresión de la ventilación mecánica.
Respuesta postraumática.
- Retención urinaria.
- Sensación de impotencia.
- Síndrome de estrés por cambio de entorno.
- Síndrome de trauma por violación: reacción silenciosa.
- Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu).
- Tensión en el papel de cuidador.
- Termorregulación ineficaz.
- Trastorno de autoestima.
- Trastorno de la deglución.
- Trastornos de la identidad personal.
- Trastornos de la movilidad física.
- Trastorno del patrón de sueño.

5. PLANEACION.

CONCEPTO.

Planificar consiste en elaborar las estrategias más adecuadas dirigidas a resolver, prevenir o controlar los problemas identificados en la etapa diagnóstica. Es un proceso dinámico, sometido a una evaluación continua para determinar su idoneidad y efectividad.

OBJETIVO.

Asegurar la calidad y continuidad de los cuidados.

Unificar los criterios de todo el equipo de salud sobre que hacer y como actuar.

Proporcionar la información de los objetivos y de las actividades programadas a todo el equipo de salud.

ETAPAS.

Una vez identificados y diagnosticados, los problemas, estará en condiciones de sentarse a hablar con el paciente y elaborar un plan de acción tendente a reducir o a eliminar dichos problemas y promover la salud. Este plan de actuación debe incluir los siguientes aspectos:

- a) establecimiento de prioridades. Es decir, que problemas son los más importantes y, por consiguiente, han de abordarse en primer lugar.
- b) Fijación de objetivos. Exactamente que se pretende conseguir y cuándo.
- c) Prescripción de actividades de enfermería. Ha de decir que acciones de enfermería / actividades del paciente ayudarán a alcanzar los objetivos que ambos, hayan preestablecido.
- d) Anotación del plan de cuidados de enfermería. Las demás enfermeras necesitan conocer el plan de cuidados que se ha elaborado y los objetivos que espera alcanzar.

TIPO DE INTERVENCIONES.

En función del nivel de independencia, las actividades que realiza la enfermera pueden ser propias y delegadas. Ambos tipos de actuación requieren el juicio clínico de la enfermera.

- Propias o independientes. Son las actividades prescritas por la enfermera independientemente para resolver los problemas independientes (diagnostico de enfermería).
- Delegadas o interdependientes. Son las actividades que realiza la enfermera para resolver los problemas interdependientes; administración de medicamentos, terapias intravenosas, tratamientos, sondajes. Para identificar los problemas interdependientes, se requieren conocimientos del proceso de enfermedad, tratamientos, cirugías, pruebas diagnósticas. Las actividades para los problemas interdependientes están recogidas por los procedimientos estándares del hospital, los protocolos o por las ordenes médicas.

6. EJECUCIÓN.

CONCEPTO

La cuarta fase del proceso de enfermería, es el paso en el que se presenta realmente la asistencia. Más que constituir un estadio separado, requiere que el personal de enfermería realice las actividades que se programaron durante la etapa de planificación.

OBJETIVO.

Será el momento de poner en practica todos los conocimientos y habilidades adquiridos, para conseguir unos cuidados de calidad. Esto supone las siguientes actividades:

*Seguir recopilando información acerca del paciente para determinar si han aparecido nuevos problemas y como responde el enfermo a sus acciones.

*Llevar acabo las actividades y acciones de enfermería prefijadas durante la fase de planificación.

*Registrar y comunicar el estado de salud y la respuesta del paciente a las actividades de enfermería.

7. EVALUACIÓN.

CONCEPTO.

La evaluación es el último paso del proceso que consiste en determinar si el paciente a logrado los objetivos establecidos en el plan de cuidados. Al mismo tiempo se trata de emitir un juicio sobre la idoneidad de las intervenciones planificadas por la enfermera.

OBJETIVO.

Determinar los progresos del paciente hacia los objetivos finales y la resolución de los problemas.

Determinar la eficacia de las actividades realizadas o programadas en el plan de cuidados.

8.AMENAZA DE PARTO PRETERMINO.

El parto prematuro continua siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, por lo que constituye un reto y punto de atención continua para el obstetra. La gestación normal tiene una duración de 280 días y uno de los objetivos que debe alcanzar todo servicio obstétrico, es velar para que esta condición se cumpla en una población de gestantes sin factores de riesgo. No siempre es fácil determinar la causa exacta que desencadena el parto prematuro, por tanto es preciso descubrir, los problemas antes que se presente la expulsión del feto prematuro. Solo de esta manera se podrá disminuir la morbilidad perinatal ocasionada por la prematuridad.

El parto prematuro representa un riesgo para el recién nacido por las complicaciones que puede presentar ya sea por su inmadurez o por el efecto de las drogas utilizadas en el tratamiento. Las complicaciones maternas están relacionadas con las acciones de los medicamentos ocasionan en los diferentes órganos de la economía como el corazón, los pulmones y los riñones.

Aproximadamente la cuarta parte de las muertes neonatales se presentan en los recién nacidos prematuros.

CONCEPTO.

El término de parto prematuro ha suscitado controversias por la parcialidad en que se ha tratado de clasificar a un producto prematuro: de acuerdo a su peso, a su edad gestacional, a su madurez respiratoria y neurológica, etc. Según convenio internacional de la OMS en 1948 se registraba como prematuro al producto recién nacido con peso menor de 2.500 g, pero este elemento de juicio se modificó en 1969, recomendándose que se definiera como parto pretérmino el que sucede antes de las 37 semanas de gestación; esto mismo vino a continuar las controversias por varios años más. Ya desde 1967 Yerushalmy había propuesto clasificar a los recién nacidos según el peso al nacimiento y a la edad gestacional, pero hasta la mitad de la década de los 70's fue que se adoptó la definición de prematuro al

producto de edad gestacional mayor de 20 semanas y menor de 37, con peso al nacer mayor de 500g. Y menor de 2.500g.

ETIOLOGÍA.

Hasta el momento actual se desconoce con exactitud las causas desencadenantes del parto de término espontáneo, y por consecuencia también del parto prematuro, pero no se han comprobado que sean verdaderos factores de riesgo y circunstancias que acompañan al parto prematuro, aunque su identificación puede llevar a tomar medidas preventivas y terapéuticas.

Hay efectos etiológicos bien establecidos que son complicaciones obstétricas las cuales deben ser prevenidas o identificadas tempranamente, para tener mayor vigilancia materna y dar un tratamiento oportuno. Este grupo de causas son:

- Embarazo múltiple.
- Infecciones de vías urinarias.
- Ruptura prematura de membranas.
- Diabetes mellitus.
- Polihidramnios.
- Enfermedades hipertensivas del embarazo.
- Cardiopatías maternas.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta previa.
- Isoinmunización materno-fetal a Rh y grupo sanguíneo.
- Anomalías uterinas.
- Infecciones maternas severas.

Existe otro grupo de factores etiológicos que se han denominado como factores de riesgo no atribuibles a complicación obstétrica y pueden ser clasificados en:

I. Factores ambientales:

- Condición socioeconómica deficiente, que esta estrechamente relacionada con la desnutrición.

- Falta de asistencia prenatal especializada.
- Trabajo profesional fatigante o de esfuerzos importantes.
- Viajes largos, cambio de domicilio o clima extremos.
- Embarazo no deseado.
- Madre soltera.

II. Factores maternos.

- Edad de la madre: es más frecuente en pacientes menores de 20 años y mayores de 30 años.
- Talla materna: es más frecuente en pacientes con menos de 1.50 m.
- Paridad: relativamente más frecuente primigestas.
- Desnutrición: aunque es discutible se relaciona frecuentemente con déficit de aporte proteico de menos de 50g diarios. Lo mismo se menciona con anemia con hemoglobina menor de 11g.
- Intervalo entre gestaciones: cuando los intervalos son menores de 2 años.
- Peso antes del embarazo: cuando es menor de 45kg.
- Hábito alcohólico y tabaquismo.
- Partos prematuros repetidos.
- Enfermedades maternas: aquí se incluyen todos los padecimientos que complican a la gestación.

DIAGNOSTICO.

Para realizar el diagnóstico existen marcadores clínicos y bioquímicos. Los principales indicadores clínicos se encuentran en el útero. Se recomienda que toda gestante con una edad gestacional menor de 37 semanas con síntomas y signos de trabajo de parto, debe ser evaluada y hospitalizada para brindarle una atención inmediata y beneficiar al neonato. Los principales indicadores clínicos son los siguientes:

Edad gestacional: el dato de la fecha de la última menstruación, FUM normal es muy importante para calcular la amenorrea. Si fluctúa entre 20 y 36 semanas se debe confirmar el dato por los hallazgos del examen físico y los exámenes complementarios. Si el dato de la amenorrea no es confiable, se

debe calcular el tamaño del feto lo mismo que su madurez. Los indicadores del LA tales como: células grasas, fosfolípidos, ADO y creatinina; el diámetro biparietal y la distancia cráneo-caudal por ultrasonografía, lo mismo que la altura uterina permiten calcular la edad gestacional. La altura uterina conjuntamente con los datos ecográficos sirven de ayuda para calcular la edad gestacional cuando la amenorrea no es confiable.

Actividad uterina: la primera manifestación que se observa es el aumento de la intensidad y la frecuencia de la actividad uterina (AU), espontánea. Las contracciones de Braxton-Hicks se hacen dolorosas y la misma embarazada o la persona que la examina, las puede palpar fácilmente. La tocografía externa será de gran ayuda para analizar el número de contracciones en una hora, al igual que su duración y altura, señal indirecta de la intensidad. La AU se debe encontrar siempre por encima del patrón contráctil normal para la edad gestacional. Antes de la semana 32 se pueden presentar hasta 3 en una hora y de la 33ª a la 36ª menos de 4. la detección de la actividad uterina por parte de la madre, no es buen indicador en el parto prematuro.

Cuello uterino: los cambios cervicales que indican el comienzo y el progreso de un parto son: el borramiento, la posición, la dilatación y la expulsión de una secreción serosanguinolenta, además del descenso de la presentación y el estado de las membranas. Un cuello en posición central, borrado y con una dilatación mayor de 3cm, indica que el parto está progresando. El examen rutinario del cuello durante el control prenatal no reduce la incidencia del parto prematuro. La ecografía cervical permite predecir la evolución. Cuando el cuello tiene una longitud mayor de 3cm, el pronóstico es más favorable para detener el proceso. Sin embargo se requieren estudios controlados en gestantes normales para determinar el verdadero valor predictivo de la ecografía cervical.

Índice de riesgo: los diferentes índices no han facilitado el diagnóstico precoz. La sensibilidad de 50% no es un predictor específico porque los datos que figuran en los distintos modelos, lo pueden tener las gestantes normales. Los indicadores bioquímicos utilizados actualmente son: las citoquinas cervico-vaginales, las proteasas séricas y cervicovaginal, los de estrés materno como la hormona liberadora de corticotropinas, el estriol y estradiol plasmático.

TRATAMIENTO.

Una vez que se ha detectado que hay trabajo de parto prematuro se pueden seguir dos caminos o conductas:

1. con la amenaza de parto prematuro, en la que existe contractilidad uterina, pero no hay modificaciones cervicales.
2. cuando hay trabajo de parto prematuro establecido en cualquiera de sus diferentes etapas.

Durante la amenaza de parto prematuro se presentan contracciones uterinas más o menos frecuentes, pero sin regularidad, menos de 2 en 10 minutos, y con una intensidad variable pero baja, menor de 25 mmHg y que la madre percibe con un mínimo de molestia que no llega a ser dolorosa o esta es mínima, además de que algunas contracciones no las percibe pero si pueden ser detectadas por el obstetra mediante palpación o por tocometría externa. Debido a las características de esta contractilidad uterina no se presentan modificaciones cervicales en borramiento ni dilatación o pueden ser en grado mínimo, que no va más allá de un 70 a 80% de borramiento y 2 cm de dilatación, esto cuando la contractilidad uterina ha sido suficientemente prolongada. Estas medidas arbitrarias son las que a través de muchos años se han dado para preservar la gestación, pues más allá de estas dimensiones el intentar inhibir el trabajo de parto generalmente es infructuoso. El tratamiento persigue los siguientes objetivos:

- +Disminuir la actividad uterina a una condición fisiológica de acuerdo a la edad gestacional.
- +Acelerar la maduración de los pulmones del feto.
- +Tranquilizar a la embarazada.

El manejo de la amenaza de parto prematuro debe seguir determinados lineamientos:

- a) reposo en cama: generalmente con el reposo absoluto disminuye la contractilidad uterina hasta en un 50% de los casos.
- b) Administración de suero glucosado por venoclisis: con esta medida se puede obtener efecto de placebo o bien, se ha descrito un efecto

farmacológico de la hormona antidiurética y oxitocina por el efecto rehidratante de la solución.

- c) Abstinencia de relaciones sexuales: es obvia esta medida ya que el líquido espermático por su contenido de prostaglandinas tiene efecto estimulante de la contractilidad uterina.
- d) Tratamiento farmacológico con beta-adrenérgicos: generalmente no basta con las medidas generales mencionadas, además de eliminar el factor etiológico conocido, para contrastar la contractilidad uterina y se tiene que recurrir a drogas simpaticomiméticas-B o relajantes de la fibra muscular lisa y sin efectos colaterales, pues todas ellas ocasionan en un menor o mayor grado taquicardia, mareo, cefalea, hipotensión arterial, hiperglicemia materna, hipocalcemia y en el feto también puede haber taquicardia, hipotensión arterial, hipoglicemia y aún la muerte.

Las drogas beta-adrenérgicas usadas hasta hoy son:

- Isoxuprina.
- Orciprenalina
- Salbutamol.
- Bufenina.
- Terbutalina.
- Rotodrina.
- Fenoterol.
- Hexoprenalina.

PROFILAXIS.

En múltiples investigaciones se ha encontrado que los productos prematuros aportan un 60 a 70% de mortalidad perinatal y tanto mayor es el porcentaje cuanto mayor es la prematuridad. Estos resultados son los que dan el reto al obstetra para que con acuciosidad y labor investigadora, se logre abatir la morbimortalidad perinatal por prematuridad, y no solo esto sino las secuelas neurológicas que quedan en los recién nacidos y futuros hombres. Por esto se

ha pensado en las medidas preventivas que eliminan o modifican a los factores causales de la prematuridad:

- i. Mejoramiento socioeconómico y cultural.
- ii. Mayor difusión de la planificación familiar.
- iii. Vigilancia médica prenatal especializada.
- iv. Dieta balanceada con rico aporte proteico, con suplemento de hierro y vitaminas.
- v. Abstención del tabaquismo, alcoholismo y exceso de café.
- vi. Detección y tratamiento de infecciones urinarias.
- vii. Reposo mayor durante la gestación múltiple.
- viii. Tratamiento conservador al máximo con placenta previa.
- ix. Hospitalización y manejo especializado en los casos de toxemia, cardiopatías, nefropatías y diabetes para mejorar las condiciones maternas y posponer al máximo la interrupción del embarazo.
- x. Uso oportuno de inhibidores de contractilidad uterina en la amenaza de parto prematuro
- xi. Valoración adecuada de madurez y peso de los productos al indicar interrupción electiva del embarazo.

CAPITULO II

METODOLOGIA

II. METODOLOGÍA.

El presente estudio de caso se obtuvo en el Hospital General de Milpa Alta, el día 11-03-02 en el servicio de gineco obstetricia.

1. VALORACIÓN.

La finalidad de la valoración fue la de obtener datos que permitieran identificar problemas de salud con la mujer embarazada para lo cual se utilizaron:

a) Los métodos utilizados para recabar la información fueron:

- ❖ Entrevista.
- ❖ Observación
- ❖ Exploración física.

b) Las fuentes de información de las cuales se obtuvieron datos:

- ❖ Directa: en dicho caso fue la propia mujer gestante.
- ❖ Indirecta: la información se obtuvo a través del expediente clínico y de los registros de enfermería.

c) Los instrumentos para la valoración fueron:

- ❖ Historia clínica y
- ❖ Hojas de enfermería.

2. DIAGNOSTICOS

Después de valorar a la mujer grávida y de la recolección y organización de la información obtenida mediante el razonamiento lógico (inductivo-deductivo) se identificaron los problemas que presentaba la paciente y se integraron los diagnósticos de enfermería utilizando el formato P.E.S.

3. PLANEACION.

Las intervenciones se planearon de acuerdo a:

1. Independientes: acciones de enfermería.
2. Dependientes: derivación del tratamiento que requiere la embarazada de acuerdo a su enfermedad.

Las cuales posteriormente son plasmadas en el “plan de atención” .

HISTORIA CLINICA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: R.R.M.Y.

Edad: 22 años.

Sexo: femenino.

Nacionalidad: mexicana.

Fecha de nacimiento: 22-01-80.

Estado civil: casada.

Domicilio: calle tlacoapa # 5 Bo. Sn Sebastián, Col. Sn. Gregorio Atlapulco Xochimilco.

Escolaridad: secundaria.

Ocupación: Hogar.

PERFIL DEL PACIENTE.

Ambiente físico.

*HABITACION: esta construida en general de concreto, cuenta con tres habitaciones, las cuales tienen ventanas que ofrecen suficiente ventilación e iluminación, la casa es propia, conviven con un perro.

*SERVICIOS SANITARIOS: cuentan con suficiente agua intradomiciliaria, control de basura (carro recolector), eliminación de desechos orgánicos por drenaje.

*VIAS DE COMUNICACION: las calles por las cuales transitan se encuentran pavimentadas, se trasladan a través de colectivos, camiones, taxis.

*RECURSOS PARA LA SALUD: menciona que cuentan con IMSS, centro de salud.

*ASEO: baño diario, así como el cambio de ropa, se lava las manos después de ir al baño y al cocinar, se realiza el aseo bucal 3 veces al día.

*ALIMENTACION: por lo que se pudo observar, no lleva una dieta balanceada (baja en calidad y cantidad).

*ELIMINACION: la eliminación intestinal normal es de 2 veces al día, consistentes y amarilla . La eliminación vesical es de 6 veces al día, de color amarillo y poca cantidad.

*DESCANSO: se recuesta dos veces al día; sueño tranquilo que inicia a partir de las 10:00 pm, menciona que no realiza ningún deporte, ni estudia actualmente, se dedica por completo al hogar.

COMPOSICIÓN FAMILIAR.

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA.
Esposo.	25 años	Chofer.	1 salario mínimo.
Esposa.(ella)	22 años	Hogar.	---
1° hijo.	7 años	Estudiante.	---
2° hijo.	5 años	-----	---

*DINAMICA FAMILIAR: La convivencia de los hijos con el padre es poco ya que por su trabajo no le es posible estar con ellos mucho tiempo; por lo que la mamá es la que mayor tiempo pasa con los niños.

*DINAMICA SOCIAL: La relación con vecinos y familiares es buena ya que es continuo el contacto con ellos.

*COMPORTAMIENTO: Mujer que se dedica cien por ciento al hogar y a la educación de sus hijos.

*RUTINA COTIDIANA: Se dedica por la mañana a las labores del hogar; lleva al niño de 7 años a la escuela.

Problema o padecimiento actual.

Inicia el 11-marzo-2002, al manifestar contracciones uterinas dolorosas en el vientre con frecuencia de 2 en 10 min y duración de 20 seg aproximadamente con movilidad fetal sin salida de líquido transvaginal, por lo cual recurre a esta institución por familiar y continua con actividad regular, la embarazada se encuentra quejumbrosa e intranquila.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Menarca: 14 años.
Ciclos: Irregular.
Duración: 15 días.
Dismenorrea: No.
Incapacitante No.
Planificación familiar: Hormonales.
Papanicolau: Negativo.
FUR: 27-julio-2002.
Gestas: G III.
Partos: I.
Abortos: -.
Cesáreas: I.
SDG: 29 SDG.
FPP: 04-mayo-2002.
Periodo intergenésico: 1° 2 años y 2° 5 años.
Vigilancia prenatal: Si.
(2 parejas sexuales).

Nº de GESTAS	FECHA	PARTO	FORCEPS	CESAEA	LUI	PESO NACER.
1	22-05-95	SI	---	---	---	2,750 GR
2	17-08-97	--	---	SI.	---	2,825 GR

EVOLUCION DEL EMBARAZO.

Complicaciones en embarazo

Previos	NO.
Embarazos ectópicos.	NO.
Embarazo molar.	NO.
Preclampsia.	NO.
Eclampsia.	NO.
Parto prematuro.	SI. (actualmente).
Malformaciones del producto.	NO.
Muerte neonatal.	NO.
Óbito.	NO.
Infección de vías urinarias.	NO.
Infección genital.	NO

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Tabaquismo	NO.
Alcoholismo.	NO.

ANTCEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Diabetes.	NO.
Epilepsia	NO.
HTA.	NO.
Cardiopatías.	NO.
Nefropatías.	NO.
Enf. Infectocontagiosas.	NO.
Toxoplasmosis.	NO.
Rubéola.	NO.
Citomegalovirus.	NO.
Sífilis.	NO.
SIDA.	NO.
Alergias.	NO.

Antecedentes quirúrgicos:	SI.
Tipo: Apéndice y Cesárea.	
Antecedentes transfuncionales:	NO.
Antecedentes traumáticos:	NO.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

Sífilis	NO.
SIDA.	NO.
Malformaciones congénitas	NO.
Consanguinidad.	NO.
Retraso mental.	NO.
Diabetes.	SI.
HTA.	SI.
Cardiopatías.	NO.
Nefropatías.	SI.

Compresión y / o comentario de su problema o padecimiento.

*Preocupada, ya que el médico le informo que debido a las contracciones que presenta puede desencadenarse el trabajo de parto y dar como resultado el nacimiento de un recién nacido prematuro.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

SOMATOMETRIA.

PESO	ESTATURA	PULSO	T/A	TEMP.	F.R
58Kg.	1.63 cm.	98 x'	110/70	36.9 °C	22x'

INSPECCIÓN.

Aspecto Físico. Paciente femenino con adecuada edad cronológica, consciente, complexión delgada; tiene buena implantación de cabello; cabeza y cuello normales, cara con presencia de cloasma, ojos simétricos, boca normal con dentadura completa y sin presencia de caries así como lengua sin problemas y regular hidratación de mucosa oral. Miembros superiores sin problemas contando con venoclisis en el MSD; tórax con movimientos rítmicos. Se observan pezones bien formados y pigmentados. Cabe mencionar que la embarazada cuenta con facies de dolor por contracciones uterinas

PALPACIÓN.

Se palpa abdomen aumentado por útero gestante, fondo uterino de 23 cm por arriba del borde superior del pubis; con producto único vivo, en situación longitudinal, presentación cefálica, con dorso a la derecha y FCF de 142 latidos por min; al tacto vaginal no se perciben cambios en el cerviz, aumento del tono muscular abdominal por presentar contracción uterina de 20 seg. Miembros inferiores sin presencia de edema.

PERCUSIÓN.

No se encuentran datos de relevancia.

AUSCULTACIÓN.

El tórax se encuentra con campos pulmonares bien ventilados, sin ruidos anormales; así mismo ruidos cardíacos dentro de límites normales.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Cardiorrespiratorio.

Ligera disnea, principalmente al realizar esfuerzos.

Digestivo.

Conserva el apetito normal; se encuentra ligera distensión abdominal ya que actualmente cursa por un periodo de estreñimiento.

Genitourinario.

Dicho sistema se encuentra sin anormalidades.

Nervioso.

Dicha paciente se encuentra intranquila, quejumbrosa.

Musculoesqueletico.

Este sistema se encuentra fuera de problemas.

Piel y Anexos.

Debido a que la mujer embarazada se encuentra en reposo absoluto se localizan zonas de presión en las cuales la piel sigue integra.

Órganos de los sentidos.

Este sistema se encuentra fuera de complicaciones.

TRATAMIENTO EMPLEADO.

- Dieta blanda.
- Cuidados generales de enfermería.
- Toma de signos vitales.
- Sol. Glucosada 5% 500 ml mas 1 amp de terbutalina a 8 gts por min.
- Reposo absoluto (lado izquierdo).

PLAN DE ATENCION

DE

ENFERMERIA

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Identificación de la paciente.

Nombre: R.R.L.Y. Edad: 22 años. Fecha de ingreso: 11-marzo-2002. Servicio: Gineco-obstetricia.
Cama:20.

- ✓ **Problema identificado:** Presenta contracciones uterinas dolorosas (expresión facial y verbal).
- ✓ **Diagnóstico de enfermería:** Alteración del bienestar relacionado con dolor secundario a contracciones uterinas manifestado por facies de dolor y expresión verbal.

OBJETIVO.	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIONES	CRITERIOS EVALUACION	EVALUACIÓN
Ayudar a la embarazada a mejorar su bienestar a través de la disminución del dolor.	Reposo absoluto (posición decúbito lateral izquierdo). Vigilar frecuencia, duración e intensidad de las contracciones. Vigilar cambios en cerviz. Toma de signos vitales.	Generalmente con reposo absoluto disminuye la contractilidad uterina, hasta en un 50% de los casos el reposo en decúbito lateral izquierdo aumenta el flujo sanguíneo placentario y disminuye la contractilidad uterina. A medida que el embarazo avanza, el útero en crecimiento desplaza y comprime las venas ilíacas, la vena cava inferior e incluso la aorta. Cuando la mujer se encuentra en posición supina la compresión venosa se acentúa, lo que produce retorno venoso y reducción del	La señora no se "queje" y refiera que el dolor disminuyó. Que su facie no sea de dolor. Que al hacer palpación abdominal se identifique que las contracciones han disminuido.	Las contracciones uterinas desaparecieron dos horas después de iniciado el tratamiento, y bajo vigilancia prenatal el embarazo sigue su curso. La paciente permaneció asintomático.

<p>Vigilar frecuencia cardiaca fetal (FCF).</p> <p>Administrar 1 ampulla de terbutalina.</p> <p>Solución glucosada.</p> <p>Utilizar estrategias no medicamentosas para el manejo del dolor (relajación-respiración).</p>	<p>Gasto cardiaco. En algunas mujeres ocasiona descenso significativo en la presión arterial, esto se alivia cambiando de posición a decubito lateral izquierdo ya que por anatomía la vena iliaca y la vena cava inferior que drenan las piernas y los órganos pélvicos se encuentran en posición derecha anterior del cuerpo.</p> <p>Registrar el número de contracciones en una hora, al igual que su duración y altura (señal indirecta de la intensidad); la actividad uterina se debe encontrar siempre por arriba del patrón contráctil normal para la edad gestacional. Antes de la semana 32 se pueden presentar hasta 3 en una hora y así calificar si el trabajo de parto sigue progresando. El aumento de receptores de oxitocina en el miometrio se ha observado en partos pretermino alcanzando niveles propios del útero a termino. Los receptores de oxitocina aparecen también en el amnios y en la decidua y en estos tejidos facilitan la síntesis de prostaglandinas que aumenta no solo la contractilidad uterina sino también la maduración cervical facilitando el parto pretermino.</p> <p>La toma y valores de los signos vitales en la mujer gestante son de suma</p>	<p>Que el producto no curse por sufrimiento fetal.</p> <p>No existan cambios en el cerviz.</p>	<p>Con signos vitales estables así mismo por la frecuencia cardiaca fetal, se registro dentro de los parámetros normales.</p>
--	---	--	---

		<p>Importancia para evitar complicaciones y vigilar los efectos secundarios del tratamiento farmacológico.</p> <p>Vigilar la frecuencia cardiaca fetal ya que la compresión aórtica se acentúa durante las contracciones uterinas y puede producir sufrimiento fetal.</p> <p>La terbutalina tiene acción sobre los receptores beta-2 del músculo liso uterino por lo que causa su relajación. La solución glucosada hidrata, proporciona aporte calórico y disminuye indirectamente la irritabilidad neuromuscular producida por el movimiento.</p> <p>Recuéstese de espalda o de lado, con las piernas dobladas. Colocar las manos sobre el área abdominal debajo de las costillas, haga una respiración completa y profunda por la nariz, sienta que las fosas nasales se ensanchan. Mantenga las costillas tan quietas como sea posible y permita que la pared del abdomen se expanda hacia arriba. Después con la boca un poco abierta expulse el aire por la misma con lentitud pero con fuerza, jale hacia adentro los músculos abdominales todo el tiempo, hasta que sienta que vació de manera total sus</p>	
--	--	--	--

- ✓ **Problema identificado:** Problema en la eliminación corporal (gastrointestinal).
- ✓ **Diagnóstico de enfermería:** Estreñimiento relacionado con inactividad manifestado por ausencia de defecación de 48 hrs.
- ✓ **Problema potencial:** Distensión abdominal y aumento de la percepción del dolor.

OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIONES	CRITERIOS EVALUACION	EVALUACION
<p>Ayudar a mantener o restaurar un patrón regular de eliminación.</p>	<p>Vigilar la ingesta de una dieta blanda rica en fibra.</p> <p>Proporcionar abundantes líquidos.</p>	<p>Su causa se debe a obstrucción mecánica del colon, trastornos en la inervación intestinal, dieta deficiente en líquidos debilidad de la musculatura abdomino-diafragmática.</p> <p>El útero al crecer desplaza a los intestinos y al estómago. La motilidad del sistema digestivo se reduce en el curso del embarazo; estos cambios prolongan el tiempo de vaciado gástrico e incrementan el tiempo de tránsito intestinal. Se observa un relajamiento generalizado de la musculatura lisa del sistema por influencia de la progesterona. Además la presión ascendente en el diafragma, la reducción del tono y el útero en crecimiento pueden retrasar el tiempo de vaciado del estomago.</p>	<p>Que la mujer recupere su patrón de eliminación corporal normal.</p> <p>Que exista la defecación sin esfuerzo excesivo y parcialmente la tranquilidad.</p>	<p>Aceptó con agrado la dieta defeco sin esfuerzo.</p> <p>Evacuo una vez al día con heces de consistencia blanda.</p>

- ✓ **Problema Identificado:** Psicológico.
- ✓ **Diagnóstico de enfermería:** Miedo relacionado con el nacimiento de un recién nacido pretermino manifestado por expresión verbal.

OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIONES	CRITERIOS EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Dispar los temores de la embarazada y recobre la confianza en el tratamiento.</p>	<p>Evitar el aislamiento.</p> <p>Brindarle confianza para que nos exprese sus temores y preocupaciones.</p> <p>Entablar una conversación amena de algún tema conocido por ella y así participe en la plática.</p> <p>Involucrarla en el tratamiento adquiriendo un rol de participante.</p> <p>Disminuir el estrés.</p>	<p>Con esto la paciente racionalizará o justificará positivamente las conductas terapéuticas, se disminuye su ansiedad e inseguridad y tendrá más confianza en el pronóstico fetal, libera su tensión emocional, manteniendo un enlace con su familia.</p> <p>El estrés y la liberación de catecolaminas disminuyen la función placentaria (por disminución del flujo uteroplacentario) y aumenta la irritabilidad uterina (especialmente la noradrenalina) la disminución placentaria conduce a una disminución en la secreción de progesterona y esta disminución facilita la disrupción de los lisosomas de las células deciduales facilitando la liberación de fosfolipasa A y la síntesis de prostaglandinas. La misma irritabilidad uterina y el aumento de</p>	<p>Que entable conversación con el personal de enfermería.</p> <p>Socialice con las demás pacientes y con su familia.</p>	<p>Aparentemente se mostró tranquila cooperadora al tratamiento, mostró buenas relaciones familiares durante la visita y fue sociable con pacientes.</p>

- ✓ **Problema Identificado:** Falta de conocimientos acerca de la patología.
- ✓ **Diagnóstico de enfermería:** Posible déficit de conocimientos acerca de la amenaza de parto prematuro.

OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIONES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN.
<p>Informar a la mujer embarazada sobre su padecimiento para ampliar su campo de conocimientos y porque ella debe obedecer los lineamientos médicos.</p>	<p>Informar sobre el padecimiento. Concientizar a la mujer sobre su auto cuidado y lo importante que es respetar las indicaciones tanto de medicas como de enfermería. Valorar la voluntad de aprender o de auto ayudarse. Hacer énfasis en lo importante que es seguir las indicaciones medicas fuera del hospital.</p>	<p>La educación sanitaria es una intervención habitual en muchos problemas. Puede ser una actuación específica o adjunta del personal de enfermería. Ayudar a la paciente para hacer los cambios o ajustes necesarios en sus vida o ayudarle a hacer las selecciones correctas sobre sus cuidados de salud. La asesoria incluye los conocimientos necesarios para tomar decisiones necesarias sobre sus propios cuidados de salud. También incluye ofrecer apoyo emocional y psicológico al individuo y su familia, mediante el uso de técnicas de educación y de comunicación terapéutica, las enfermeras pueden ofrecer un valioso apoyo psicológico y poder reducir el nivel de estrés de la paciente.</p>	<p>Que tenga mayor conocimiento de su padecimiento. Que conozca el "porque" de las medidas terapéuticas. Que a través de la platica sepa reconocer posibles factores predisponentes a su padecimiento y modificarlos para obtener una mejor salud.</p>	<p>La embarazada se mostró cooperadora con el tratamiento, con el personal médico y de enfermería. Tanto la paciente como la familia están conscientes de los lineamientos del tratamiento y no ponen objeción en seguirlos.</p>

		<p>La educación para la salud es un término que se utiliza para designar a las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada. La educación para la salud ha estado hasta ahora estrechamente ligada a la prevención de la enfermedad, como medio susceptible para modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades.</p> <p>Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promueven la salud.</p>	
--	--	--	--

CAPITULO III

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

En las últimas décadas la profesión de enfermería, a evolucionado notablemente; entre muchos de los triunfos que ha obtenido y tal vez el más importante es su dignificación, tanto para la carrera, como para las / los que la ejercen, ya que generación con generación, la actualización de los conocimientos y la preparación de los egresados de la carrera son la base principal para que dicha profesión vaya alcanzando nuevas metas y mayores reconocimientos.

El egresado de la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia cuenta con diversos conocimientos que competen al área de la salud, entre los cuales podemos mencionar obstetricia I Y II y que para dicho estudio nos fueron indispensables ya que a través de estos pudimos enfocarnos a la atención de la mujer gestante y del producto. Todo esto nos sirvió para darnos cuenta que los cuidados a brindar deben ser impartidos con calidad y calidez. Sin embargo esto nos es todo, al afrontar los problemas físicos de la embarazada, también deben considerarse los problemas emocionales, psicológicos, sociales, etc. Ya que los cuales intervienen directa o indirectamente en el restablecimiento de la salud de la paciente; trabajando conjuntamente enfermera-paciente para resolver el problema de salud detectado y así involucrarlo en el autocuidado.

De acuerdo a la literatura consultada, se concluye que el parto prematuro, es una entidad patológica de gran importancia en nuestra sociedad, debido a las altas tasas de morbilidad perinatal; ya que el nacimiento de un niño prematuro requiere de atención especializada e inmediata, de alto costo material y humano y la deficiencia o ausencia de esta se refleja en las secuelas neurológicas que impiden su integración en la sociedad; o en su defecto la muerte por complicaciones (síndrome de insuficiencia respiratoria, sepsis neonatal, lesión cerebral, entre otras).

Basándonos en lo expuesto se observa y correlaciona que la paciente en estudio posee factores que la predisponen en cierto momento a la ocurrencia del parto prematuro, como son: nivel socioeconómico y cultural bajo, hábitos dietéticos deficientes, corta edad; es por todo esto que el plan de cuidados de dicho trabajo estuvo enfocado a concienciar a la mujer sobre el autocuidado y lo importante que es la modificación de conductas a favor de su salud.

Por otra parte las intervenciones de enfermería que se enfocaron a los problemas reales que ponían en riesgo la culminación de un embarazo a término tuvieron un resultado satisfactorio ya que a través de estas se logro reestablecer el curso normal de dicho embarazo dando como resultado un recién nacido a término y sin complicaciones

Cabe reafirmar que el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un instrumento estratégico que permite al profesional de enfermería instituir una metodología científica en su proceder, ya que al identificar, explicar, planear las intervenciones a favor de la salud de la embarazada en este caso, eleva nuestra capacidad de juicio y supera y actualiza el conocimiento científico.

BIBLIOGRAFÍA.

- ❖ Alfaro, Rosalinda. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. 2° edic. Edit. Doyma. México. 1992. P. 251.
- ❖ Almansa, M. Pilar. METODOLOGÍA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA. Edit. Interamericana. México, 1999. P. 240
- ❖ Beare, G. Patricia. ENFERMERÍA MEDICOQUIRÚRGICA. Edit. Mosby. Madrid. 1994. P. 1090.
- ❖ Beischer, Norman. Et. al. OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA. Edit. Mc. Graw-Hill. Interamericana. México. 2000. P. 620.
- ❖ Botero, Uribe. J. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. 6° edic. UNAM. México. 1994. P.1029
- ❖ Carpenito. L. J. PLANES DE CUIDADO Y DOCUMENTACIÓN EN ENFERMERÍA. Edit. Mc. Graw-Hill, Interamericana. MÉXICO. 1994. p.360
- ❖ Colliere, M. Francoise. PROMOVER LA VIDA. Edit. Interamericana, Mc Graw-Hill. España. 1993. P.395.
- ❖ Danforth, N. Daniel. TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 4° edic. Edit. Nueva editorial interamericana, S.A de C.V. México. 1986. P. 602.
- ❖ DOCUMENTOS DE HISTORIA DE LA ENFERMERIA EN MÉXICO. UNAM.
- ❖ EL MANUAL MERCK. 16° edic. edit. Harcout. Madrid. 1994. P. 3122
- ❖ González, Merlo. J. OBSTETRICIA. 4 edic. Edit. Masonsa. Barcelona. 1995. P.825
- ❖ Goodrich, Frederick. MATERNIDAD SIN DOLOR. Edit. Daimon mexicana S.A. Barcelona. 1991. P.661

- ❖ Hernández, C. Juana. HISTORIA DE LA ENFERMERIA. Interamericana. España. 1994. P. 360
- ❖ Jamieson, Elizabeth. HISTORIA DE LA ENFERMERIA. Edit. Interamericana. México. 1995. P. 439
- ❖ Kershaw. B. MODELOS DE ENFERMERÍA. Edit. Doyma. Barcelona. 1998. P.420
- ❖ Kossier, Bárbara. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. Edit. Interamericana, Mc Graw-Hill. México. 11994. P.462
- ❖ Kossier, Bárbara. ENFERMERIA FUNDAMENTAL. 4° edic. Edit. Interamericana, Mc Graw-Hill. México. 1994. P.485
- ❖ Marriner, A. MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA. Ediciones real. Barcelona. 1989. P. 305.
- ❖ Mondragón, C. Héctor. OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA. 4° edic. Edit. Trillas. México. 1991. P. 822.
- ❖ Núñez, M. Eduardo. et. al. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. 3° edic. Edit. Méndez editores. México. 1993. P.564
- ❖ Reeder, Sharón. et.al. ENFERMERIA MATERNO INFANTIL. 17° edic. Edit. Mc Graw-Hill, Interamericana. México. 1995. P. 1421.
- ❖ Tortora, A. Gerard. PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISILOGÍA. 6° edic. Edit. Harla. México. 1993. P. 1206.
- ❖ Wright, Erna. PARTO PSICOPROFILACTICO. Edit. Fox. México. 1987. P. 224

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXOS

TEORIAS DEL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO.

Al conocer con precisión que factores motivan el inicio de trabajo de parto, se han realizado algunas teorías que tratan de explicarlo:

Teoría del límite de la distensión uterina.

Según esta teoría el útero tiene una capacidad de distensión limitada, y cuando el volumen de su contenido lo sobrepasa se inicia el trabajo de parto, como ocurre en productos de término, pretermino con hidrocefalia, embarazos múltiples y otros. O bien que al incrementarse el estiramiento del útero, aumentan la síntesis, la concentración miometrial y la liberación de prostaglandinas y desencadenan entonces el trabajo de parto.

Teoría de la estimulación de oxitocina.

Se puede administrar oxitocina en cantidades minúsculas a la mujer a término para iniciar el trabajo de parto, porque el miométrio se vuelve cada vez más sensible a la oxitocina antes del trabajo de parto y durante el mismo, quizá como consecuencia de los efectos estimulantes de los estrógenos circulantes. Esta hormona tiene efecto sobre la permeabilidad del miometrio al sodio, e incrementan las concentraciones intracelulares de calcio que se requieren para la contracción muscular.

Teoría de la supresión de la progesterona.

La disminución del metabolismo en la progesterona puede ser causada por una proteína fijadora de esta, que se encuentra cerca del término en el corión y el amnios. Esta disminución puede facilitar la síntesis de prostaglandinas en el corioamnios, lo que da por resultado aumento de la contractilidad uterina; aunque se dice que es muy importante la proporción de estrógenos en incremento y de progesterona en disminución para elevar la magnitud de la contractilidad uterina.

Teoría de la estimulación por estrógenos.

Los estrógenos producen irritabilidad miometrial, quizá al aumentar concentraciones de actina y miocina (proteínas contráctiles) y de trifosfato de adenosina (ATP) que es la fuente de energía para las contracciones. Además los estrógenos pueden fomentar la síntesis de prostaglandinas en la decidua y las membranas fetales: esto fomenta la contracción del músculo miometrial, una vez que la célula muscular es irritable y se contrae, la presencia de estrógenos fomenta también la propagación de los impulsos sobre el músculo uterino.

Teoría de fosfolípidos, ácido araquidónico y prostaglandinas de la membrana fetal.

Según la teoría de la interacción de fosfolípidos, ácido araquidónico y prostaglandinas en la membrana fetal, los estrógenos fomentan el almacenamiento de ácido araquidónico esterificado en las membranas fetales. La supresión de la progesterona activa a la fosfolipasa A2 que es un liberador enzimático. La fosfolipasa A2 hidroliza fosfolípidos para liberar ácido araquidónico en forma no esterificada. Este último actúa sobre las prostaglandinas E2, F2a, o ambas, en las membranas deciduales.

Las prostaglandinas estimulan al músculo liso para que se contraiga , en especial el biometrial. Se encuentran prostaglandinas en cantidades incrementadas en la sangre y el líquido amniótico justamente antes del trabajo de parto y durante el mismo.

ACTIVIDAD UTERINA.

Fisiología del miometrio.

El útero posee un mecanismo semejante al sistema purkinje del corazón. De esta forma la propagación de la onda de la contracción uterina es de naturaleza sincicial: la contracción de una célula muscular acelera la contracción de las adyacentes; la onda resultante se difunde a una distancia variable por el miometrio. La capacidad de la célula muscular “de ponerse en marcha” cuando la adyacente se contrae y la distancia que la onda recorre dependen de muchos factores: estrógenos, progesterona, prostaglandinas, fenómenos electroquímicos, etc. que varían de acuerdo a la fisiología del estado uterino. Las principales propiedades del músculo liso en general: contracción, relajación, coordinación y cambios de la longitud sin cambios de la tensión.

CONTRACCIÓN: las fibras musculares del segmento superior se contraen, engrosan y acortan. El útero empuja el producto y el saco amniótico hacia el segmento inferior. Durante el trabajo de parto la contracción uterina se manifiesta por la dureza en la palpación abdominal, aparición de dolor abdominal y lumbosacra. Lo opuesto sucede en la etapa de relajación, el dolor desaparece primero y más tarde la onda contráctil.

COORDINACIÓN: previo al parto las contracciones uterinas son intermitentes (Braxton Hicks) en el parto las contracciones tienen una extraordinaria coordinación en regularidad, fuerza y duración, propagándose por todo el miometrio.

CAMBIOS DE LONGITUD: sin cambios de tensión; no se restringen al útero solamente. El estomago se adapta sin modificar la presión intragástrica y la vejiga puede ser vaciada parcialmente sin cambios en la presión intravesical.

Características de la contractilidad uterina.

Actividad uterina (AU).

Tono basal. (TB).

Frecuencia. (F).

Intensidad. (I).

Menos de 30 semanas.

AU= menos de 20.

TB= 3-8 mmHg.

F= irregular.

I= 2-4 mmHg.

Contracciones breves en pequeñas áreas del útero, más no son percibidas por la paciente, ni por el médico a la palpación.

Después de 30 semanas.

AU= menos de 20.

TB= 3-8 mmHg.

F= irregular.

I= 10-15 mmHg.

Las contracciones se difunden en áreas mayores del útero. Son percibidas por la paciente y a la palpación, pero son indoloras y de baja intensidad; aumentan progresivamente y favorecen la presentación del producto.

Preparto.

AU= 30-60.

TB= 8 mmHg.

F= irregular.

I= hasta 30 mmHg.

Desaparecen las contracciones incoordinadas, se hacen rítmicas y comprenden áreas más extensas del útero. Comienza la maduración del cerviz.

Inicio del trabajo de parto.

AU=85-100.

TB= 8 mmHg.

F= 3 en 10 min.

I= 30 mmHg.

Se termina el borramiento del cerviz.

METODO DE BISHOP.

EXPLORACIÓN.	PUNTOS.		
	1	2	3
Dilatación cervical. (cm.)	1 a 2	3 a 4.	5 a 6.
Borramiento. Cervical %	40 a 50	60-70	80
Altura de la parte de presentación.	-1, -2	0	+1, +2
Consistencia del cuello uterino.	Media	Blanda	---
Posición del cuello uterino.	Media	Anterior	---