



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA EMBARAZADA CON ALTO RIESGO DE PARTO
PREMATURO, BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presenta:

MARIA ISABEL PADILLA PAEZ

N° de cuenta: 098709164

Asesora del trabajo

L.E.O. María Aurora García Piña

Noviembre 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION.....	04
II. OBJETIVOS.....	07
III. JUSTIFICACION.....	08
IV. METODOLOGIA.....	09
V MARCO TEORICO.....	10
5.1 Desarrollo Histórico de la Enfermería en México.....	10
5.2 Definición de Enfermería.....	11
5.3 Conceptualización de un modelo.....	13
5.4 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.....	16
5.5 La salud, independencia y causas de la dificultad.....	20
5.6 Aplicación del modelo de Virginia Henderson.....	22
5.7 Proceso de Enfermería.....	25
5.8 Características del Proceso Atención de Enfermería.....	27
5.9 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	29
5.10 La mujer en edad reproductiva.....	40
VI DESARROLLO DEL PROCESO	
6.1 Valoración de Necesidades.....	42
6.2 Conclusión Diagnóstica de Enfermería.....	50
6.3 Plan de Atención de Enfermería.....	51
	64
VI I Conclusiones.....	
VIII Sugerencias.....	65
IX Referencias Bibliográficas.....	66
X Anexos	
Anexo 1 Instrumento metodológico.....	68
Anexo 2 Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor	81

Femenino.....	
Anexo 3 Parto Prematuro.....	88
Anexo 4 Incompetencia Cervical.....	94
Anexo 5 Cerclaje Uterino.....	98

INTRODUCCION

Dentro de la historia de la enfermería se pueden observar diversos cambios en su concepción, en un inicio fue considerada como una etapa domestica, en la cual, los cuidados eran sencillos, para los cuales se utilizaban elementos de la vida natural y eran realizados en el hogar y por la mujer. En un segundo momento la enfermería paso por una etapa vocacional, la religión tuvo gran influencia y se le denomina así por que en aquel tiempo para ser enfermera se necesitaba tener vocación, más que conocimientos y lo más importante era que brindaban apoyo moral. Posteriormente se transformo en una etapa técnica, en la cual se tenía como la finalidad combatir las enfermedades, enfocándose a nuevos diagnósticos y tratamientos. Finalmente se ha convertido en una profesión que ve al individuo de manera holística que tiene como finalidad proporcionar mayor bienestar, satisfaciendo las necesidades del paciente, manteniendo el más alto grado de bienestar físico, mental y social del individuo.

La mujer es un elemento importante dentro del trabajo de enfermería, debido a que por su naturaleza es participe de diferentes etapas a lo largo de su vida, mismas que representan diferentes riesgos para la salud

La enfermera proporciona cuidados a través del proceso de enfermería, el cual es una herramienta entre la práctica y la teoría mediante la aplicación del método científico que permite a las enfermeras proporcionar en forma racional, lógica y sistemáticamente apoyo para la salud.

Es necesario que durante el embarazo la mujer permanezca bajo vigilancia del equipo de salud, el control durante esta etapa permitirá identificar tempranamente riesgos, así como signos y síntomas que pueden traducirse en complicaciones las cuales se reflejan en las tasas de mortalidad materna infantil y muchas de esas complicaciones pueden ser prevenibles a través de la identificación del riesgo en

forma oportuna, con acciones que competen al personal de salud de los tres niveles de atención.

Según INEGI (2006) el **parto prematuro** es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazo. Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres.

No obstante que varias características maternas se relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son claras; sin embargo, la influencia de las enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, son muy importantes.

El acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro: madres jóvenes, pobres y sin apoyo social.

El presente Proceso de Enfermería se aplica a una mujer de 29 años de edad que cursa un embarazo de 22.2 semanas de gestación (SDG) y amenaza de parto prematuro, con base el modelo de Virginia Henderson con sus 14 necesidades y así poder brindar los cuidados de enfermería necesarios para proteger y preservar la salud del binomio madre- hijo.

Por tanto el presente trabajo se integra de los objetivos a alcanzar, se describe la metodología utilizada, así como el contenido del marco teórico para fundamentar el proceso como tal, posteriormente se desarrolla cada una de las etapas como se señala en la metodología, se lleva a cabo una valoración de necesidades humanas utilizando en el método de Virginia Henderson, del cual se obtienen los diagnósticos de enfermería, posteriormente se elabora y aplica el plan de cuidados de enfermería finalmente se presentan las conclusiones del trabajo y los objetivos alcanzados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Elaborar un Proceso de Enfermería con base en el modelo de Virginia Henderson a una mujer embarazada con la finalidad de identificar las necesidades de dependencia y así brindar atención integral al binomio durante su estancia en el hospital Materno Pediátrico de Xochimilco D.F.

Objetivos Específicos

- ✓ Valorar e identificar las necesidades de la embarazada.
- ✓ Diseñar diagnósticos de enfermería y aplicar un plan de cuidados.
- ✓ Evaluar cuidados de enfermería.

JUSTIFICACION

El presente trabajo se realiza por el interés que surgió durante las prácticas del Hospital Materno Infantil de la delegación Xochimilco en el servicio de recuperación en la taca quirúrgica detectando mujer que cursa el segundo trimestre de embarazo pos operada de cerclaje. Es en este momento donde surge el interés por el conocimiento de esta patología con la intención de brindar atención oportuna para favorecer el proceso del parto con el menor riesgo posible. Aunque se considera que el embarazo es un proceso normal, en muchos momentos surgen eventos que lo ponen en riesgo o incluso impiden que llegue a feliz término, por esta razón es que la intervención oportuna del profesional cobra relevancia en la detección e identificación de factores de riesgo para detectar los límites entre salud y enfermedad durante el embarazo y el parto.

El bienestar del binomio está directamente relacionado al cuidado que tiene la madre en su salud antes de la concepción. Por lo tanto los cuidados prenatales periódicos son de gran importancia para tener buenos resultados perinatales, favorecen la detección temprana de riesgos y alteraciones durante el embarazo y el parto.

METODOLOGIA

El presente proceso se inicia con las actividades que se llevaron a cabo durante las prácticas de Obstetricia II realizadas en el hospital materno-pediátrico de Xochimilco. Eligiendo a una mujer embarazada con 22 semanas de gestación, posteriormente se realiza la valoración mediante la recolección de datos relacionados con el estado de salud actual de la embarazada y de sus antecedentes clínicos, así como su adaptación al nuevo rol: mediante la observación, la comunicación verbal, no verbal y factores ambientales.

La recolección de datos se realiza durante la estancia hospitalaria, en dos etapas, durante la primera etapa se realiza la historia clínica de enfermería y en la segunda etapa se lleva a cabo la exploración física.

A partir de esta valoración se detectan diagnósticos de enfermería de las necesidades basados en el instrumento de Virginia Henderson, con ello se inicia el desarrollo del plan de cuidados de enfermería donde se plantean objetivos basados en los diagnósticos detectados, posteriormente se realiza la evaluación de los mismos.

MARCO TEÓRICO

5.1 Desarrollo Histórico de la enfermería en México

“El cuidado de la salud fue uno de los rasgos más sobresalientes de los pueblos mesoamericanos, su enfoque era primordialmente preventivo, ya que sus prácticas formaban parte de la educación desde niños. Fueron verdaderos maestros en salud pública y asistencial”.¹

En la época prehistórica al enfermo se le atendía de manera especial, con la ayuda de hierbas o infusiones, se le daban los cuidados pertinentes para lograr su recuperación.

De los médicos más importantes era la ticitl, el mayor número eran mujeres viejas quienes se encargaban del cuidado de la mujer embarazada. Participaba desde antes de casarse en instruir a la futura esposa y madre.

La ticitl, no solo era su médico, sino que escogía sus ropas, cuidaba su alimentación y hábitos higiénicos durante el embarazo, si la mujer moría en el parto, ella se encargaba de bañar, vestir el cuerpo y acompañar al esposo a enterrarla.

Con la llegada de los españoles sucumbieron las enfermedades contagiosas y aumenta la necesidad de los indígenas de ser atendidos, que requerían atención inmediata; es así como se modifican los cuidados brindados en casa para ser requeridos a los hospitales.

La conquista más grande en México fue la religión, ésta marcó profundamente la modificación de la enfermería, pues se veía como un castigo trabajar en los hospitales, los cuales eran custodiados por gente religiosa que imponía castigos a

¹ Alatorre, Winter Edda. Desarrollo Histórico en México Tesis profesional ENEO- UNAM, 1984 Pág. 24.

las personas para pagar sus culpas. No solo los indígenas fungían como enfermeros, también los esclavos negros eran llevados a realizar esas funciones.

Desde estos orígenes, es que se desarrolla una cultura de sumisión, vocación e inclinación religiosa y la enfermera es vista solo como ayudante, sin instrucción ni sentido común para tomar decisiones propias, vista socialmente menos y restándole valor a su trabajo por las funciones que desempeña.

Después de la conquista y en la construcción de numerosos hospitales se funda el primer colegio de la Santa Cruz, donde se enseñaba medicina. En el hospital general de México en 1903, se inicia el primer curso de enfermería básica, posteriormente se funda la escuela de enfermería, como difusor de conocimientos.

Con el inicio de la instrucción formal de las enfermeras, las parteras se ven en la necesidad de recibir instrucción para poder seguir ejerciendo, sin embargo la práctica profesional de estas se ve afectada, y su desarrollo decrece a partir de que algunas instituciones como el IMSS las absorbe como fuerza de trabajo, limitando así sus funciones a estrictamente técnico-asistenciales.

Como requisito para ingresar a las instituciones no se exigen estudios previos, poco a poco fueron aumentando su exigencia académica hasta que en 1968 el Consejo Universitario aprueba el nuevo plan para la licenciatura en enfermería y obstetricia, pidiendo como requisito previo el bachillerato.

5.2 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

Doris Grinspun define a la enfermería como. “El Arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud”.²

2.Grinspun, Doris “Identidad Profesional Humanismo y Desarrollo tecnológico pág.204

Ella nos dice que la enfermera brinda un cuidado integrado, es decir, junto con la persona o comunidad, planea cuales son los beneficios, dichos cuidados dependerán de 2 cosas. Las características y necesidades particulares de la persona de las exigencias de la comunidad, partiendo de que el individuo es y forma parte de esta comunidad ¿Porqué se considera a la enfermería como una ciencia?, porque para entregar los cuidados a quien los requiera se necesita tener conocimientos científicos a partir de una base que le respalde y no solo actuar empíricamente.

Parse la define como “Ciencia y Arte concentrados en el hombre como unidad viviente”

Virginia Henderson: la define “La asistencia de un individuo sano o enfermo en actividades que le contribuyen a la salud o recuperación que esa persona realizaría si tuviera fuerza, voluntad o conocimiento para ello.

King la define como: “Proceso de interacción humana entre la enfermería y el paciente”

Para Orem es un: “Servicio Humano destinado vencer las limitaciones humanas del auto cuidado por razones relacionadas de la salud.

Las definiciones anteriormente mencionadas tienen características en común, por ejemplo la asistencia como medio de interacción entre enfermera-paciente, la cual puede tener muchas fases, por que dependerá de las necesidades de cada individuo, que puede ser otorgada a pacientes sanos o enfermos. La interacción es muy importante que la enfermera actúe en función de múltiples factores, pero el paciente tiene gran parte de la responsabilidad de su propio cuidado.

Tienen diferencias, pero no debemos dejar de lado los conceptos básicos que ayuden al profesional de enfermería a ubicarse en un contexto social, ya que juega un papel muy importante en el cuidado a la salud, objeto y meta a conseguir

Con el paso del tiempo la enfermería ha ido adquiriendo nuevas conceptualizaciones, por ejemplo. Florence Nightingale la define como. “Profesión para mujeres cuyo objetivo es descubrir y utilizar las leyes naturales que rigen la salud poniéndolos al servicio de la humanidad.

Conforme se ha transformado la profesión en relación a los conocimientos preparación científica y técnica también se han encontrado otros enfoques y definiciones nuevas que se adapten a las actividades desarrolladas en los diferentes campos en los que se desenvuelve la enfermería.³

Así surge un nuevo concepto “Licenciatura en Enfermería, es un profesional, cuya formación científica, ética, humanística y técnica lo capacitan para el ejercicio de la enfermería en atención a la salud individual, familiar y colectiva con responsabilidad jurídica en el ejercicio institucional o libre de la profesión y en las funciones que le son propias, preparado para realizar investigación, docencia y administración en el campo de la salud, de manera inter y multidisciplinaria.⁴

Finalmente la enfermería es una ciencia y arte con un fin común, que es brindar cuidados al individuo, familia, y comunidad ya sea sano o enfermo.

5.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE UN MODELO

En las últimas décadas se ha notado entre el gremio de enfermería docentes de facultades y universidades, así como el personal que trabaja en servicio en los hospitales de diversas instituciones de salud, un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de los modelos conceptuales de enfermería.

Este fenómeno significa para enfermería, un avance muy importante dado que ya se han tenido experiencia, en la comprensión y aplicación del proceso de enfermería.

3 García pág. 48

4 Revista Enfermeras No.4-1991. III Taller de reglamentos de enfermería. Pág. 7

Así mismo ha sido relevante el esfuerzo de muchas enfermeras por determinar la meta o función específica de enfermería.

Este esfuerzo ha llevado a que se acepte cada vez más ampliamente que existen funciones independientes, que la enfermera puede ejercer por si misma (incluido el diagnóstico y tratamiento), además de las funciones delegadas por el médico, que tradicionalmente ha venido ejecutando.

De igual manera se afirma que la aplicación de un modelo conceptual de enfermería, contribuye en gran manera, para lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Así mismo, determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de la enfermería ⁵

El modelo es una representación esquemática de algún aspecto de la realidad

Clasificación:

1.- Modelos Empíricos:

Son una representación de la realidad, (ej. Corazón de plástico).

2.- Modelos Teóricos:

Son una representación del mundo real, expresada en símbolos lingüísticos o matemáticos.

3.- Modelo de enfermería:

Es un conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

⁵ Ibídem Alfaro "Aplicación de proceso de enfermería" España 1992 pag 6

Generalmente se admite, que el trabajo de enfermería se debe centrar en las respuestas del paciente, ya sea en estado potencial de pérdida de la salud o en estado real de enfermedad.

La percepción de que cada individuo tenga de sus problemas de salud y el afrontamiento que presente a éstos, así como el apoyo que recibe de su familia, bien conocidos y registrados por la enfermera, de acuerdo con un determinado modelo conceptual, servirán de guía para proporcionar un cuidado individuo

Es cierto que se ha generalizado el concepto de que el ser humano, es una unidad con necesidad bio-psico-social y espiritual.

Que forma parte de una familia y de una comunidad y que, el entorno en que desarrolla sus actividades es muy significativo para la conservación de su salud.

Así mismo, se acepta que en toda persona se da una jerarquía de necesidades pero que éstas se perciben y manifiestan de manera distinta en cada individuo y se modifican por las condiciones del medio. La misma persona por su capacidad de discernir, elegir y decidir, puede afrontar las exigencias que la situación le está pidiendo modificando su comportamiento y ambiente.

Está claro que la aceptación de aplicar un modelo conceptual de enfermería por parte de las enfermeras clínicas, las compromete a desarrollar su trabajo en una forma más profesional.

La enfermera clínica, docente y estudiante deben saber que un modelo de enfermería: es una guía para la práctica de enfermería, además de que, clasifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación y la investigación.⁶

⁶ García María de Jesús "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson" Pág. 24

5.4 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana nació en 1897, desarrolló su interés por enfermería durante la primera guerra mundial.

En los años ´60 se dio a conocer con el libro publicado por Bertha Harmer, “Tratado de Enfermería Teórico y Práctico”.

El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teóricas, en el grupo de la enfermería humanista, porque considera a la profesión como un arte y una ciencia.

Virginia Henderson trabaja exclusivamente el concepto de persona como ser individual que a su vez interactúa con otros individuos en la familia y en otros grupos. Así podría parecer que los diagnósticos de la NANDA relativos al funcionamiento de la familia como grupo, no tendrían cabida si se utiliza el modelo de Henderson. Sin embargo, si se considera a cada persona perteneciente al grupo familiar como persona individual, si puede ser trabajado desde el punto de vista de la autora, aun cuando la repercusión –positiva o negativa- de su comportamiento tenga incidencia en otros miembros de la familia.

Para Henderson la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimientos o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible⁷ .

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

PERSONA.

Necesidades Básicas.

7 Fernández Ferrín Carmen; Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S:A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pag. 1-10.

SALUD.

Independencia.

Dependencia.

Causas de la dificultad o problema.

ROL PROFESIONAL

Cuidados Básicos de enfermería.

Relación con el equipo de salud.

ENTORNO.

Factores ambientales.

Factores socioculturales.

Explicación de los supuestos principios del modelo conceptual de Henderson.

SUPUESTOS:

“Cada individuo lucha por mantener la salud o recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud”.

Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible.

Cuando el individuo aprecia en gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.

“Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser biopsicosocial), que requiere satisfacer necesidades fundamentales. Maslow ubica las necesidades fisiológicas

en primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término éstas, para poder acceder a las demás áreas”.

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente”.

a) Valores:

“La enfermera tiene una función propia aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales”. La enfermera que orienta su práctica, según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta y esto le ayudará a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de salud.

“Cuando la enfermera desempeña el papel de médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada”.

La enfermera que no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

La sociedad busca y espera este servicio, de la enfermería y ningún otro trabajador es capaz de ofrecerlo como la enfermera, debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicio.

b) Concepto de Enfermería:

La función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica), y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es y debe ser legalmente, una profesión independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados básicos en catorce componentes, que abarca todas las posibles funciones de enfermería.

c) Necesidades básicas del paciente:

- ❖ Respirar normalmente.
- ❖ Comer y beber adecuadamente.
- ❖ Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
- ❖ Mover y mantener una buena postura.
- ❖ Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
- ❖ Poder seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
- ❖ Mantener la temperatura corporal, dentro de límites normales.
- ❖ Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- ❖ Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
- ❖ Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
- ❖ Vivir según valores y creencias.
- ❖ Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
- ❖ Jugar y participar en actividades recreativas.
- ❖ Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles ⁸.

⁸ Ibidem. Pág. 523

5.5 LA SALUD

Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas. Cuando esto pasa no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como: *Falta de fuerza, Falta de conocimiento y Falta de voluntad.*

INDEPENDENCIA

Capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Los niveles de independencia en la satisfacción de necesidades son específicos y únicos para cada individuo. Deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

DEPENDENCIA

Pueden ser considerados en una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades: *Falta de fuerza, Falta de conocimientos y Falta de voluntad.*

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado ⁹.

ROL PROFESIONAL.

Los cuidados básicos son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, de acuerdo con el nivel de dependencia identificado en la persona. Henderson opina que este es el aspecto del trabajo de la enfermera que controla y en el que es dueña de la situación.

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella “en la planificación y ejecución de un

⁹ Fernández Ferrín Carmen; Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S:A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pag. 1-10.

programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

Henderson afirma que todos los miembros del equipo de salud deben considerar a la persona que atienden como una figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en asistir a esta persona. El paciente debe aceptar y comprender el programa ya que es indispensable para el logro de las metas planteadas por el grupo.

ENTORNO

Aunque Henderson no dedique un capítulo al análisis del entorno, se puede afirmar que los aspectos de este están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influyen.

5.6 APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1.- En las etapas de **Valoración y diagnóstico**, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos.

Esta etapa se determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad de tal satisfacción.

La interrelación de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Los diagnósticos de la **NANDA** constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente.

Los diagnósticos están agrupados en nueve patrones de respuesta humana.

- 1.-Intercambio.
- 2.-Comunicación.
- 3.-Relaciones.
- 4.-Valores.
- 5.-Elección.
- 6.-Movimiento.
- 7.-Percepción.
- 8.-Conocimientos.
- 9.-Sentimientos.

Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación.

Fijar prioridades.

Significa determinar que diagnósticos deben ser tratados en primer término, en función de una serie de principios que de acuerdo con R. Alfaro (1992), están integrados en los siguientes elementos.

- 1.- La percepción de prioridades del propio cliente/paciente.
- 2.- El plan general de tratamiento.
- 3.- El estado general de salud del cliente.
- 4.- La presencia de problemas potenciales.

FIJAR OBJETIVOS.

Siguiendo la estructura del modelo de V. Henderson, los objetivos deberán fijarse como metas a alcanzar por el paciente/usuario en términos de niveles de independencia, en relación con sus condiciones particulares como persona.

Al formular los diagnósticos se ha de tener en mente la estructura del modelo, identificando en la etiología del problema una posible falta de conocimientos, fuerza, o voluntad, como origen o causa de la dificultad.

OBJETIVO GENERAL

Indica solamente la resolución o mejora del problema identificado en la etiqueta diagnóstica. ¹⁰

2.- En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia y ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que implique al individuo –siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación.

DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES.

Continuando con el modelo de Henderson y después de haber formulado los objetivos, lo primero que debe decidirse es si el modo de intervención que vamos a planificar debe ir encaminado a la *suplencia o a la ayuda, total o parcial* es decir, solo realizará la enfermera o bien conjuntamente la enfermera, el cliente y/o la familia.

¹⁰ Fernández Ferrín; Carmen Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pág. 42-43.

Estas actividades irán encaminadas de acuerdo a los objetivos específicos a *reforzar, aumentar, sustituir, añadir o complementar la fuerza, voluntad, conocimientos* que la faltan al paciente/cliente cuando la etiología del problema es conocida y puede ser reducida, controlada o eliminada

3.- Finalmente, en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible ¹¹.

También en esta etapa se procede a evaluar los objetivos fijados. La evaluación sirve para analizar el cumplimiento de los objetivos de los cuidados, como para obtener datos fiables sobre la adecuación de las actividades de enfermería, o personas (paciente, familia, enfermera).

5.7 PROCESO DE ENFERMERÍA

Desde los tiempos de Florencia Nightingale que escribió en 1858 que el objetivo real de la enfermera era “Poner al paciente en el mejor estado para que la naturaleza actué sobre él”, quería que el paciente se sintiera lo más cómodo posible y conseguir las metas de la mejor forma a fin de hacer eficaz el tratamiento del médico.

Desde aquella época ha habido una serie de factores que han cambiado el campo del ejercicio de la enfermería, incluyendo cambios políticos, sociales, tecnológicos, científicos, educativos, etc. y durante esta evolución las necesidades del paciente han seguido siendo el centro de atención de la enfermera.

¹¹ Fernández Ferrín Carmen; Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S:A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pag. 42-43.

“Diversas materias han evolucionado para cubrir las necesidades del paciente (fisioterapia, Asistencia social, Dietética). El papel de la enfermera en la ejecución de estas labores auxiliares ha pasado de ser proveedora a ser coordinadora” ¹²

Gracias a ello ahora puede concentrar lo esencial de sus conocimientos específicos de enfermería para resolver los problemas del paciente, y el método por el que se logra esto es el Proceso de Enfermería.

Antes de utilizar el proceso de enfermería, se usó el método de solución de problemas. A mediados del presente siglo se identificó la necesidad de un proceso clínico que le diera direccionalidad específica al cuidado de enfermería. Éste como un instrumento, herramienta o método para la práctica, fue presentado en el año 1961 por Orlando. Ha sido el modelo predominante en la clínica de enfermería desde hace cuarenta y nueve años y es uno de los temas por considerar en el análisis de teorías y modelos teóricos de enfermería.

Es el método por el cual se logra que el profesional de enfermería concentre lo esencial de sus conocimientos para ayudar a resolver los problemas del paciente y los que se generan a partir de estos. Por medio del proceso de enfermería, entonces se aplican las bases teóricas al ejercicio de la enfermería; pues es un planteamiento para resolver problemas basado en la reflexión y exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales. Las etapas del proceso son útiles para resolver problemas de la práctica de enfermería. ¹³

Ninguna de sus etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución o evaluación) es ajena a las demás, por el contrario se alimentan continuamente. Éstas permiten la humanización e integralidad de los cuidados, pues tienen en

¹² Iyer Patricia,W. Et. Al. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería, Interamericana- Mc Graw-Hill. México, 1989, p.1

¹³ Iyer P. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Madrid: Editorial Interamericana, 1986:1-30.

cuenta los intereses e ideales del usuario y de sus personas significativas. El proceso de enfermería se interesa por la eficiencia de los cuidados, y la satisfacción y el progreso del paciente.

Según Yura y Walsh, el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; y si este estado se alterara, promover, entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso de enfermería debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, al aumentar, lo máximo, sus recursos para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible. ¹⁴

5.8 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería tiene seis características, es 1) sistemático, 2) dinámico, 3) interactivo, 4) flexible, 5) posee una base teórica y 6) tiene una finalidad.

Es *sistemático* porque permite la organización del trabajo, lo cual evita los problemas que conllevan la intuición o el uso y la costumbre, y así brindar cuidados con calidad y orientados al logro de objetivos.

Es *dinámico* porque evoluciona según las respuestas del paciente, lo que amerita un cambio continuo e *interactivo*, pues se da una influencia recíproca paciente-profesional de enfermería que parte de la información que el primero suministra y de la participación que le brinda el segundo al validar con él los diagnósticos de enfermería y los objetivos por alcanzar.

14 Op. Cit. Pág. 42

La *flexibilidad* del proceso queda demostrada si se analizan dos contextos; el primero en que se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades; y el segundo sus fases puede utilizarse sucesiva o conjuntamente.

El proceso de enfermería exige *fundamentación teórica*, quinto punto, que parte de numerosos conocimientos (ciencias básicas, sociales y humanas) y se puede aplicar con la orientación de cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

Por último, su finalidad es desarrollar los códigos del ejercicio de la enfermería y realizar estudios sobre el quehacer, comparar resultados, y monitorear cuidados y pautas terapéuticas.

El proceso de enfermería resulta benéfico para el paciente y su familia, porque los estimula a participar activamente en éste, al involucrarlos en sus diferentes fases. Proporciona los datos de la evaluación, participa en la elaboración de los diagnósticos aceptándolos o no, comprueba el cumplimiento de los objetivos y da las respuestas que van a evaluarse. Así mismo, el plan de cuidados escrito en el registro fomenta la continuidad de los cuidados, lo que crea un ambiente seguro y terapéutico.

El profesional de enfermería puede ofrecer a las entidades que lo contratan valoración integral de respuestas humanas a la salud y a la enfermedad, diagnóstico de problemas de enfermería que pueden ser solucionados con acciones de su campo, planes de intervención para los problemas detectados y auditoría del cuidado que ofrecen.

Uno de los aspectos que se señalan como obstáculo para su aplicación es el escaso número de profesionales de enfermería; sin embargo, es necesario buscar estrategias para mejorar la infraestructura de los servicios no solamente

dotándolos de personal de enfermería en las cantidades y calidades que exige el cuidado de la salud, sino con el complemento de registros adecuados al proceso y el diseño de protocolos de atención de enfermería. También se hace necesario un cambio de actitud de los profesionales de enfermería frente a su ejercicio profesional. 15

5.9 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACION

La valoración de enfermería es un método sistemático que recolecta determinados datos acerca del paciente y que sigue un esquema.

La valoración se puede realizar con apoyo de:

- ❖ La observación.
- ❖ La entrevista de enfermería.
- ❖ La historia clínica de enfermería.
- ❖ El diagnóstico de enfermería.
- ❖ El resumen clínico.

Valoración inicial:

Los datos del paciente los obtiene el personal de enfermería cuando este ingresa por primera vez a un hospital facilitando la planificación de cuidados de enfermería.

b) Valoración progresiva:

La valoración se debe a un proceso continuo y en consecuencia no debe terminar con los datos recogidos al ingreso del paciente.

¹⁵ B.C. LONG/ W.S. Phipp. "Enfermería Medicoquirúrgica". 2ª. Edición. Editorial Mc. Graw-Hill. Interamericana. 1993. Pág. 12.

Tan importante es un enfoque planificado y organizado para la valoración progresiva como para la valoración inicial ¹⁶

LA OBSERVACIÓN

La observación es esencial para planear los cuidados de enfermería, pero no es adecuado por sí misma. Este es un proceso continuo acompañado de inferencias minuciosas y acciones apropiadas. Aunque la observación no es única obligación, la enfermera debe tomarla como responsabilidad primaria, debido a sus conocimientos, habilidades y proximidad con el paciente.

La observación del paciente es más completa si se hace en forma ordenada, un estudio ordenado de pies a cabeza puede ser útil, pero tiende a incluir solo aspectos físicos.

a) Datos objetivos:

b) Datos subjetivos:

La recogida de datos siempre supone un esfuerzo de comprobación, selección clasificación, puesto que toda la información recabada, incluye la subjetividad, debe ser contrastable y admitida también por el resto del equipo de salud que participa en la atención del paciente ¹⁷

ENTREVISTA

La entrevista es una técnica observacional, es un método que permite acercar a las personas a través de una conversación intencionada y dirigida hacia un fin.

La entrevista de enfermería se desarrolla en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado, su propósito es animar al paciente a que exprese sus

¹⁶ B.C. LONG/ W.J. Phipp. Op.cit. pág. 14-15.

¹⁷ Enciclopedia de la Enfermería. Volumen I. Pág. 4.

ideas, sentidos y los hechos que permitan identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo.

Las preguntas deben ser preparadas de forma que fluyan con facilidad y no deben de ser tan formales que parezca una actitud impersonal.

Así la entrevista es un método de comunicación que constituye una auténtica técnica de observación, en la cual se plantean preguntas directas sobre los puntos de interés, pero también se brinda al paciente la oportunidad de expresarse libre y espontáneamente, animándolo a expresar sus sentimientos y preocupaciones.

Existen fuentes indirectas por las cuales se puede continuar la entrevista:

- a) Aportaciones familiares e integrantes del entorno del paciente (datos indispensables en ciertos servicios como pediatría, psiquiatría y urgencias).
- b) Historia clínica actual o alguna anterior.
- c) Informes derivados de las demás miembros de salud.
- d) Material bibliográfico.

La recogida de datos debe ser continua mientras persiste la relación con el paciente. 18

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnostico: Estudio cuidadoso de algo con el fin de determinar su naturaleza.

Un diagnostico de enfermería es un enunciado que describe la respuesta humana (estado de salud o alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o un grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede disponer las intervenciones de enfermería definitivas para mantener el estado de salud o para reducir eliminar o prevenir alteraciones. 19

¹⁸ Ibidem Enc. de la Enf. Volumen I. Pág. 5-6.

¹⁹ Op. Cit. Carpenito, pág. 12

Importancia del diagnóstico de enfermería en diferentes áreas.

El diagnóstico de Enfermería debido a su incidencia en la práctica clínica parece que ha motivado a las enfermeras a investigar por lo que desde 1980 las investigaciones sobre diagnóstico han aumentado considerablemente.

El uso del Diagnóstico de Enfermería permite a la enfermera ir más allá del modelo médico, e identificar aquellos problemas que pueden o no estar relacionados con el Diagnóstico médico, las enfermeras pueden asumir más completamente su rol diferenciado como administradores de cuidados de salud.

Las dificultades para formular el diagnóstico se reducirá en gran parte si la enfermera utiliza las listas de diagnóstico de enfermería de la NANDA para la mayoría de sus enunciados diagnósticos.

El uso de diagnósticos de enfermería puede estimular a las enfermeras a explorar patrones de interacción que antes se pasaban por alto o eran desconocidos y a dirigirse a todas las necesidades humanas de los individuos con la esperanza de que la enfermera y sobre todo el paciente obtengan la recompensa ²⁰

Finalidad del diagnóstico de enfermería

Determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan.

La precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto de equipo sanitario.

²⁰ Ibidem, 24-25.

De este modo puede determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y potenciales, aparentes y no aparentes.

Para ello hay que considerar atentamente: hechos, comportamientos, signos y síntomas, determinar el grado de autonomía del paciente, indagar las causas que provocan las dificultades que presenta el enfermo, establecer prioridades y prevenir posibles consecuencias.

Problema interdependiente

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo humano y que las enfermeras pueden identificar y tratar en colaboración con el médico.

Clasificación de los diagnósticos de enfermería.

a) Diagnóstico real:

Es el enunciado que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia, es decir, están presentes los signos y síntomas.

b) Diagnóstico potencial:

Es el que no están presentes los signos y síntomas en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que pueda aparecer en un momento posterior.

c) Diagnóstico posible:

Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo. ²¹

Componentes de los Diagnósticos.

Cada categoría diagnóstica consta de los siguientes elementos: Etiqueta diagnóstica o nombre, Definición, Características definitorias y Factores relacionados.

1.- Etiqueta diagnóstica o nombre.

Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema. Por ejemplo: alteración en el mantenimiento de la salud o impotencia.

2.- Definición.

Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas. p. ejm. Alteración en el mantenimiento de la salud se define como Incapacidad para identificar, manejar y/o buscar ayuda para mantener la salud .²²

3.- Características definitorias.

Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas

²¹ García Ma. de Jesús. "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson". Editorial Progreso, S.A. 1997. Pág. 31-33.

²² Fernández Ferrín Carmen; Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pag. 42-43.

características definitorias son propias de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia.

Estas están clasificadas en mayores y menores, de acuerdo con la NANDA, las primeras son indicadores críticos que determinan la existencia de la categoría diagnóstica, encontrándose presentes entre un 80 y un 100% de los casos investigados. Las segundas están presentes entre el 50 y 79 % de los casos estudiados y podrían considerarse como elementos adicionales que ayudan a la ratificación de la presencia del diagnóstico.

4.- Factores relacionados.

Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales pueden ser descritos como: Antecedente de, Asociado con, Relacionado con, Contribuyente a, Provocado.

Elaboración del Diagnóstico de Enfermería.

1.- Análisis de datos:

En el análisis de datos es importante tener presente las características o cifras consideradas como normales, en lo que se refiere al funcionamiento del organismo, como a las respuestas del paciente y su familia a las condiciones impuestas por la enfermedad.

Esto le ayudará a identificar si está presente algún signo o síntoma que represente un problema de salud (signos de dependencia).

2.- Identificación de problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería:

- a) Estudie la información que tiene y una los datos que tengan relación entre sí.
- b) Si identifica signos relevantes, trate de reunir la mayor información sobre ellos, hasta que no tenga duda sobre la existencia de un problema.
- c) Nombre el problema, utilizando la etiqueta que más se asemeje a los datos que presenta el paciente.

3.- Identificación de problemas interdependientes:

La utilidad de identificar los problemas interdependientes está en que se pueden prevenir complicaciones, porque este tipo de problemas que a la enfermera le corresponde identificar son potenciales.

4.- Identificación de capacidades:

- a) Pregunte al paciente y familia sobre las funciones de su organismo que considere sanas, los hábitos y costumbres saludables.
- b) Pregunte sobre las relaciones o personas que le ayudan a salir adelante cuando tiene problemas de algún tipo.
- c) Los recursos de la comunidad que utiliza o pueden utilizar.
- d) Si muestra disposición para aprender lo relacionado a su problema de salud y está dispuesto a cooperar en lo necesario.

Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA

Los diagnósticos de enfermería formulados, aprobados y revisados por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), se organizan como en la clasificación conocida como taxonomía revisada.

Dicha clasificación a diferencia de otras en uso, no se basa en modelos de diagnósticos médicos o funcionales sino que agrupa los diagnósticos en diferentes modelos o patrones de respuesta humana ²³

PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso de enfermería, se definen objetivos, se identifican las actividades y se desarrolla un plan de cuidados de enfermería. ²⁴

La fase de planeación de cuidados es una etapa fundamental en el proceso de enfermería en la cual se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecuencia.

En esta fase se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar y corregir los problemas identificados previamente.

Es una etapa orientada a la acción ya, que se trata de establecer un plan de actuación y de terminar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponden adoptar en el curso de todo proceso de enfermería.

Establecimiento de prioridades y objetivos.

La fase de planeación requiere el establecimiento de prioridades entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales y los comunes de otros más raras. Cuando ya se establecen

²³ Ibidem Enc. Enf. Tomo I. Pág. 11-76.

²⁴ Alfaro, Rosalinda, "Aplicación del Proceso de Enfermería". Segunda edición, Doyma,. S.A. Barcelona, España. 1992. Pág. 6.

prioridades se establecen objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para resolver los problemas del paciente y suplir aquellos factores que el no puede llevar a cabo por si mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su problemas de dependencia.

Estableciendo el orden de prioridades, se determina con la máxima precisión posible, el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.

Se contemplan las acciones que tendrán que realizar el personal de enfermería para conseguir el bienestar del paciente y su mejoría, así como las acciones que realiza el enfermo y sus familiares; asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas, en intento de lograr la mayor independencia del enfermo. ²⁵

EJECUCIÓN

Cuarta etapa del proceso de enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados. ²⁶

Esta fase corresponde a la puesta en práctica del plan de atenciones elaborado previamente y cuya meta es conducir al paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

En tales actuaciones, dependiendo de cada situación puede intervenir, según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el paciente, el equipo de enfermería y la familia del enfermo.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleve a cabo el máximo de los cuidados planificados, aunque tal

²⁵ Ibidem Alfaro pág. 24

²⁶ Ibidem Alfaro pág. 38

idea no siempre es accesible. De todos modos, aún cuando en un primer tiempo los cuidados planificados hayan de quedar exclusivamente en manos del personal de enfermería.

La comunicación entre el personal de enfermería y el paciente, verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional. Debe explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecutar las rutinas del hospital, las explicaciones y tratamientos a que debe someterse.

En todo momento debe intentarse una comunicación pedagógica con intención de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades). ²⁷

EVALUACIÓN

Quinta etapa del proceso de enfermería, durante la cual se determina hasta qué punto se han logrado los objetivos; se analiza cada una de las etapas previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el progreso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según esté indicado.

Las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas o inesperadas, obligando a una evaluación constante que permite modificar el plan de cuidados en beneficio del enfermo.

En el momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso que requieran nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan preestablecido. ²⁸

²⁷ Ibidem Iyer pág., 38

²⁸ Ibidem Alfaro Pág.6

Así se completa un proceso cíclico y continuo poniendo en marcha un mecanismo de retroalimentación que constituye un factor esencial de toda la actividad de enfermería.

5.10 ETAPA DE DESARROLLO DE LA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA

El sexo biológico determina nuestro género, éstas características determinan que la gente nos identifique como varón o como mujer. La cultura crea la diversidad social, son muy diferentes los varones a las mujeres en las diferentes etapas de la vida.

La etapa de desarrollo de la mujer en edad reproductiva es muy amplia, esta inicia con la menarca y culmina con la menopausia, por lo que las características son muy variadas, ya que hablamos de etapas muy diferentes, como es la pubertad, donde la mujer inicia una madurez sexual, psicológica, cognitiva y todavía no se encuentra preparada para ser madre, así como, en la edad adulta donde tal vez se encuentre en la última oportunidad de ser madre y son otros los aspectos que se desenvuelven a su alrededor.

La adolescencia comienza en la pubertad, un periodo de crecimiento rápido y de maduración sexual. La pubertad empieza con una secreción de hormonas que desencadenan un periodo de dos años de rápido desarrollo, que en las niñas comienza alrededor de los 11 años.

El primer periodo menstrual, enarca es un hecho memorable y casi todas las mujeres lo recuerdan. 29

Características biofisiológicas, psicológicas y sociales.

Cada sociedad aporta innumerables signos y señales que indican a las personas la forma en que se define un papel y se identifica la conducta adecuada para desempeñarlo.

El concepto femenino del papel de madre, se basa en las normas de la cultura, clase social y grupo étnico a que pertenece, así como el tipo de socialización que ha recibido de su familia inmediata.

La mujer en la edad reproductiva, psicológicamente comienza a madurar con el inicio de la edad adulta joven y socialmente se encuentra estable, en el espacio económico para ser madre con el aumento del nivel económico, la mujer ha retrasado la procreación.

Ningún fenómeno biológico ha tenido mayor importancia para la sociedad, que la reproducción y sus consecuencias. Es importante en la dinámica familiar y de la población, las cuales, a su vez tienen un efecto extraordinario en el bienestar individual y nacional.³⁰

30 SALDER LS. Cartone C-Adolescencia, Sexualidad, embarazo y crianza de los hijos pp 924

6. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

DESARROLLO DEL PROCESO

VALORACIÓN DE NECESIDADES

(ver anexo 1)

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos

La persona refiere tener hábito de tabaquismo con frecuencia de 3 cigarrillos al día antes del embarazo, sus padres también tienen esta actividad dentro del hogar. Dice no haber presentado dificultad respiratoria, ni utilización de algún dispositivo o tratamiento respiratorio.

Datos Objetivos

A la valoración se observan signos vitales dentro de parámetros normales, su estado de conciencia es alerta ubicada en tiempo, espacio y lugar, al realizar exploración física se encuentra con ligera palidez de tegumentos, mucosas hidratadas; con retorno venoso de 2 segundos.

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

Datos Subjetivos

La embarazada realiza 3 comidas al día en horarios establecidos a las 9:00, 16:00 y 19:00 horas, prefiriendo leche y carne, pocas verduras y cereales en relación a la ingesta de líquidos manifiesta que es limitada, bebidas alcohólicas son consumidas 3 veces por año hasta antes del embarazo y refiere no contar con una dieta variada para esta etapa.

Datos Objetivos

Durante su hospitalización realiza 3 comidas sin problemas de masticación y deglución mostrando preferencia por el pan y la leche, consume aproximadamente un litro de agua al día.

A la exploración física se observa piel turgente, mucosas hidratadas, cabello limpio y bien implantado, uñas resistentes, funcionamiento musculo esquelético ligeramente afectado en relación con la posición de decúbito lateral y al cerclaje.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

Datos Subjetivos

La embarazada refiere tener evacuaciones de características duras y secas provocándole dolores fuertes cada tercer día, niega datos de disuria, orina de 2 a 3 veces por día de color amarillo y sin sedimentos, así mismo refiere que estar en periodos de estrés le produce dolores de estomago. Menciona que sus periodos de menstruación son de 40 X4 con sangrado abundante y dismenorrea. Recibió tratamiento para la infertilidad durante ocho años y tuvo un aborto hace dos meses

Datos Objetivos

A la palpación se encuentra útero gestante con fondo uterino de 22 cmts, dolor a la palpación, no se escucha peristaltismo Se encuentra en reposo absoluto.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Datos Subjetivos

La embarazada manifiesta realizar labores sencillas en el hogar, dice que en su tiempo libre le gusta leer y ver televisión, no realiza deporte por el riesgo que implica el embarazo, sin embargo de vez en cuando camina.

Datos Objetivos

Durante su estancia en el hospital, por orden médica se encuentra en reposo absoluto, lo que le impide realizar actividades físicas

En relación al sistema musculo esquelético se encuentra con tono y fuerza disminuidos por la condición de pos cirugía y a la posición, se encuentra afectado el estado emocional se nota triste y preocupada. La flexibilidad se encuentra disminuida, no realiza ningún tipo de movimiento.

5.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos

La paciente refiere que actualmente duerme de 6 a 8 horas al día, manifiesta estar preocupada por los riesgos que implica su embarazo y esto no le permite conciliar el sueño, dice tener miedo e inseguridad al levantarse de la cama, pues se cansa con facilidad, por las tardes ocasionalmente duerme una siesta de media hora, informa que cuando salga del hospital recibirá apoyo por parte de su madre y su esposo para los cuidados necesarios en el hogar.

Datos Objetivos

Durante su estancia en el hospital la embarazada se observa cansada, los factores ambientales no favorecen el descanso y sueño, el ambiente cuenta con diversos estímulos visuales y auditivos, así como visitas constantes del personal de salud y esto interrumpe el sueño.

6.-NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos

La embarazada informa no necesitar ayuda para seleccionar y ponerse la ropa, aunque esto está directamente relacionado con su estado de ánimo, pues en

algunas ocasiones manifiesta perder el interés por arreglarse cuando se encuentra triste.

Datos Objetivos

Durante su estancia en el hospital necesita ayuda para vestirse y desvestirse debido al reposo absoluto en el que se encuentra.

7.- NECESIDAD DE TERMOREGULACION

Datos Subjetivos

La embarazada no tiene problema para adaptarse a los climas, aunque prefiere el clima templado, dice no tener problema para adaptarse a la temperatura se abriga y destapa según su voluntad.

Datos Objetivos

Durante la estancia en el hospital se encuentra normotérmica. Piel turgente de coloración normal, con temperatura normal (36 grados C), piel pálida hidratada con transpiración mínima

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Datos Subjetivos

La embarazada informa que se realiza baño diario por las mañanas, con cambio de ropa, aseo dental 3 veces por día, lavado de manos cada vez que ella lo considera necesario.

Datos Objetivos

Durante la estancia en el hospital se realiza baño de esponja, presenta buen aspecto en la piel, en la región abdominal se observan estrías y línea morena propias del embarazo.

9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGRO

Datos Subjetivos

Su familia de pertenencia está compuesta por su pareja de 33 años, el padre de ella de 63 años, la madre de 53 años y una hermana de 25 años. Actualmente vive en casa de sus padres.

Ha llevado control prenatal periódicamente, de forma particular 4 consultas, tiene temor a la responsabilidad de ser madre aunque recibirá ayuda por parte de sus padres para el cuidado del bebe y de ella durante el puerperio.

Datos Objetivos

Se encuentra preocupada y ansiosa ante el procedimiento quirúrgico que se realice y al fracaso que pueda tener el cerclaje relacionado con el aborto espontaneo presentado dos meses antes del actual embarazo.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos

El estado civil de la embarazada es casada con 8 años de relación, vive en la casa de sus padres desde hace 5 años. Su principal preocupación está relacionada con la evolución de su embarazo, juega el rol de esposa.

Recibe apoyo de su esposo, sus padres y su hermana, con quienes mantiene buena relación y en ningún momento se encuentra sola.

Datos Objetivos

Durante la estancia en el hospital se muestra preocupada y triste pero cooperador al responder las preguntas realizadas, se expresa claramente, orientada en tiempo y espacio, sin dificultad visual y auditiva, su comunicación verbal y no verbal son adecuadas.

Se muestra interesada y atenta con el personal de salud.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos

De religión católica, lo cual en algunos momentos le ocasiona conflictos con su pareja, los principales valores en su familia son respeto, amor amistad, confianza y comunicación. Los cuales adopta como personales, considera ser congruente su manera de vivir con la forma de pensar, lleva muy buenas relaciones con su pareja.

Datos Objetivos permite el contacto físico, le agrada platicar de religión, durante la estancia en el hospital, se observa orando ante imágenes religiosas que tiene en su buró. Se muestra coherente su comportamiento con lo expresado durante la valoración.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos

Actualmente no trabaja, solo se dedica a su hogar, las necesidades económicas de su familia, son cubiertas por sus padres y su esposo, se siente extraña al estar embarazada, ya que han cambiado sus hábitos alimenticios de descanso y de recreación, sin embargo está emocionada y feliz en esta etapa de su vida.

Datos Objetivos

Emocionalmente se encuentra ansiosa, temerosa e inquieta ante la evolución de su embarazo y el nuevo rol de madre, sin embargo muestra disponibilidad para seguir las indicaciones médicas que debe tener en su casa

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos

Dentro de su comunidad hay gimnasio y deportivo, pero ella no hace uso de los mismos, en su tiempo libre le gusta leer, ver televisión, tejer, salir a caminar y convivir con su familia.

Datos Objetivos

Su sistema neuromuscular se encuentra actualmente limitado por la cirugía y el reposo absoluto que debe tener. Se muestra participativa con la gente que la rodea.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos

Cursó hasta cuarto semestre de bachillerato, actualmente le llama la atención investigar acerca del embarazo, (en internet) y leer libros sobre el tema. Dice nunca haber tenido problemas de aprendizaje, se muestra interesada por saber de los problemas relacionados a su salud.

Datos Objetivos

Sistema nervioso sin alteraciones, los órganos de los sentidos íntegros, muestra memoria remota y reciente sin problema.

Dentro del estado emocional se encuentra preocupada por la evolución de su embarazo y los cuidados necesarios que esto implica.

6.2. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DATOS DE DEPENDENCIA	GRADO DE DEPENDENCIA	ETIQUETA DIAGNÓSTICA
Nutrición e hidratación	Bajo peso No lleva una dieta adecuada a su embarazo	Parcial dependencia	Alteración de la nutrición por defecto
Eliminación	Consume pocos alimentos ricos en fibra, y líquidos	Parcial dependencia	- Estreñimiento - Alteración de la eliminación urinaria
Moverse y mantener una buena postura	Reposo absoluto Inmovilidad	Total dependencia	Trastorno de la movilidad física general
Descanso y sueño	No concilia el sueño, Se siente cansada Miedo en cuanto a que su embarazo no llegue a término.	Parcial dependencia	Alteración del patrón de descanso y sueño
Higiene y protección del piel	No puede realizar su higiene personal	Parcial dependencia	Déficit de autocuidado
Evitar peligros	Miedo, Preocupación Temor Ansiedad	Parcial dependencia	Temor
Evitar peligros	Cirugía de cerclaje Higiene deficiente	Parcial	- Riesgo de infección - Riesgo de hemorragia - Riesgo de desencadenar parto prematuro - Riesgo de ruptura prematura de membranas
Comunicación	Preocupada Triste	Parcial	Duelo anticipado
Vivir según sus creencias	Incapacidad de asistir a su grupo religioso	Total	Impotencia para asistir a su grupo religioso

6.3. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad: Nutrición e Hidratación

Dx. de enfermería: Alteración de la nutrición por defecto relacionada con alimentación inadecuada manifestada bajo de peso corporal.

Objetivo: Orientar a la mujer embarazada a cerca de la alimentación y el consumo de líquidos durante el embarazo.

INTERVENCIÓNES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>Se orienta a la embarazada mediante el uso de rotafolios y folletos de los tipos de alimentos que debe consumir.</p> <p>Debe realizar desayuno, comida, cena y dos colaciones durante el día.</p> <p>Aumentar el consumo de tortillas arroz .camote ,papa, miel ,leche ,queso, carnes, frijoles lentejas habas, garbanzo, soya, hígado de res o cerdo ,espinacas ,acelgas, quelites, frutas.</p> <p>Se proporcionan líquidos a libre demanda.</p>	<p>Los grupos de alimentos son: hidratos de carbono, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales.</p> <p>La alimentación balanceada ayuda a mejorar el desarrollo fetal y a recuperar peso en la madre.</p> <p>Al consumir alimentos combinados de los tres grupos ,como resultado se obtiene mejor nutrición para el binomio</p> <p>La ingesta adecuada de líquidos ayuda a eliminar sustancias toxicas del organismo.</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Se logro concientizar a la señora en relación a mejorar su dieta para recuperar peso y mejorar la nutrición.</p>	

Necesidad: Eliminación

Dx: De enfermería: Estreñimiento relacionado con baja ingesta de fibra manifestado por heces duras y secas

Objetivo: La señora evacuará diariamente, sin molestias.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>Explicar la importancia que tiene la ingesta diaria de una dieta optima. Incluir alimentos ricos en fibra.</p> <p>Se orienta a la embarazada en relación a la importancia que tiene consumir de dos a tres litros de agua por día.</p>	<p>El consumo equilibrado de alimentos favorece la digestión</p> <p>El consumo adecuado de fibra favorece las evacuaciones.</p> <p>El agua es el principal componente del organismo .La ingesta adecuada de ella ayuda a eliminar sustancias de desecho del organismo</p>
<p>EVALUACION.</p> <p>La embarazada se muestra convencida con la información recibida</p> <p>La embarazada evacuo por la tarde, satisfactoriamente</p>	

Necesidad: Eliminación

Dx: Alteración de la eliminación urinaria relacionado con baja ingesta de líquidos manifestada por orina amarilla, concentrada.

Objetivo: Sra. Debe reconocer los signos y síntomas de alarma de infección urinaria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
Orientar a la embarazada en relación a signos y síntomas de alarma en infecciones urinarias como son hipertermia, escalofríos, malestar debilidad, dolor, calor, eritema y fiebre.	La información personalizada brinda seguridad, disminuye la ansiedad.
Observar características de la orina, color, olor, aspecto, concentración cantidad.	El cambio de color y la concentración de orina nos indica infección
Checar temperatura, pulso, respiración y presión arterial cada cuatro horas.	La detección oportuna de signos de infección evita complicaciones
Evaluación se indica a la señora nos retroalimiente de las indicaciones recibidas, la cual la realiza de forma positiva.	

Necesidad: De moverse y mantener buena postura

Dx: Trastorno de la movilidad física relacionado con la imposición del reposo en cama manifestado por inconformidad.

Objetivo: La señora comprenderá la importancia de permanecer en reposo absoluto favoreciendo el confort de la embarazada.

INTERVENIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>Vigilar que la embarazada permanezca en posición de decúbito lateral izquierda y que no se levante de la cama.</p> <p>Brindar información relacionados con signos y síntomas de trabajo de parto prematuro.</p> <p>Dedicar tiempo a la embarazada para escuchar preguntas e inquietudes</p>	<p>La posición de decúbito lateral mantiene el flujo sanguíneo óptimo al útero y la placenta, alivia la presión ejercida sobre los órganos y vasos abdominales e incrementa la comodidad.</p> <p>La presencia de acufenos, fosfenos y hemorragia son signos y síntomas de alarma que ponen en peligro la vida del binomio.</p> <p>El ser escuchada por personal de salud alivia ansiedad y temores y aumenta la comprensión</p>
<p>EVALUACION</p> <p>La embarazada muestra convencida de la importancia que tiene permanecer en posición de decúbito lateral izquierdo y en reposo absoluto.</p>	

La señora se muestra satisfecha con la información recibida.

NECESIDAD: Descanso y sueño

Dx. DE ENFERMERIA: Alteración del patrón de sueño, relacionado con la posición en la que debe descansar, manifestado por somnolencia y cansancio.

OBJETIVO:

Favorecer el descanso de la señora Verónica y a su vez concilie el sueño

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Colocar a la paciente en posición de decúbito lateral izquierdo, proporcionándole almohadas para un mejor descanso.	La posición de decúbito lateral favorece la circulación útero-placentaria y mejora la presión ejercida sobre los órganos y vasos abdominales e incrementa notablemente la comodidad.
Se le brinda apoyo emocional y se le sugiere que busque apoyo espiritual, que se acerque a su religión y pida por su salud. Se le recomienda que realice lectura de algún tema que sea de su interés	La fe hacia un ser supremo le brinda paz, tranquilidad y seguridad. La lectura favorece la relajación y estimulación del sueño.
EVALUACION La señora Verónica expresa que comprende la indicación y su importancia. Después de rezar y leer refiere sentirse más tranquila.,	

relajada y con ganas de seguir adelante.

NECESIDAD: Evitar peligros

Dx. DE ENFERMERIA: temor relacionado con la incertidumbre de la evolución de su embarazo, manifestado por insomnio, inseguridad, e intranquilidad.

OBJETIVO:

Lograr el bienestar físico y emocional para disminuir el grado de temor

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Se dedica un tiempo especifico para tener un dialogo con ella. Que la embarazada permanezca en posición de decúbito lateral izquierdo Se brinda información relacionada con el cerclaje sus beneficios. Se orienta a la embarazada de los problemas que se deben notificar de inmediato por ejemplo signos de trabajo de parto, rotura de membranas.	Sentir que una persona es escuchada por otra, en momentos difíciles, brinda tranquilidad. Esta posición brinda comodidad y mejor aporte sanguíneo al feto. La información obtenida por personal capacitado y en forma individual brinda seguridad. Saber distinguir signos y síntomas de alarma ayuda a recibir tratamiento adecuado y evita complicaciones.
La señora Verónica se muestra tranquila emocionalmente se le observa poco incomoda, verbaliza la comprensión de su estado y su tratamiento no	

presenta complicaciones uterinas, presenta FCF, RESPUESTA DE VAREFF positiva.

NECESIDAD Higiene y Protección de la piel

Dx. DE ENFERMERIA: Déficit de auto cuidado baño/higiene relacionado con el reposo absoluto manifestado por incomodidad, pena y molestia.

OBJETIVO: Proporcionar confort y descanso a la señora Verónica a través del baño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Se realiza baño de esponja a la señora Verónica.	El agua y el jabón arrastran las bacterias, evitando infecciones.
Se le acerca su cepillo y pasta dental para realizar limpieza bucal.	El aseo de la cavidad bucal provee gingivitis, aparición de caries, mejora la salivación y proporciona bienestar.
Se realiza cepillado de pelo y aplicación de aceite.	La aplicación de un lubricante en el cabello ayuda a desenredar mejor el cabello, verse y sentirse mejor.
Se realiza masaje en las zonas de compresión y en hombros.	La pelvis en un hueso y en decúbito izquierdo hace presión y pueden provocar escaras.

Orientar a los familiares para ayudar a resolver su necesidad.	
La señora Verónica se encuentra aseada y se muestra cómoda.	

NECESIDAD: Evitar peligros

Dx. DE ENFERMERIA: Riesgo de infección relacionado con procedimiento quirúrgico.

OBJETIVO: La embarazada sabrá identificar signos de infección.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Se explica a la señora Verónica la importancia que tiene el auto cuidado, lavado de manos, la higiene personal.</p> <p>Se le explican signos y síntomas de infección.</p> <p>Se vigila la cantidad y tipo de fluidos vaginales.</p> <p>Se vigilan estrictamente signos vitales. Vigilar Frecuencia Cardiaca Fetal.</p>	<p>Una buena higiene ayuda a evitar infecciones y sentirse bien.</p> <p>Los fluidos vaginales de mal olor nos indican infección.</p> <p>La valoración de los signos vitales sirve para emplearlos como valores basales y evitar complicaciones.</p>
EVALUACION	

La señora Verónica, verbaliza comprensión de signos y síntomas

NECESIDAD: Evitar peligros

Dx. DE ENFERMERIA: Riesgo de Hemorragia relacionado con manipulación de cérvix.

OBJETIVO:

La embarazada sabrá identificar signos y síntomas de hemorragia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Registrar el número apósitos, tipo, cantidad y consistencia de la pérdida de sangre. Se vigilan los síntomas vitales cada dos horas. Se le informa a la señora Verónica sobre la importancia que tiene guardar reposo. Vigilar FCF	El mantener un equilibrio hidroeléctrico en el organismo evita un shock hipovolémico. Los signos vitales permiten valorar el estado de salud o enfermedad. El reposo ayuda a recuperar energías y que cicatrice adecuadamente la cirugía.

Contracciones uterinas	
VALORACION; No presenta contracciones uterinas y la frecuencia cardiaca fetal se encuentra normal	

NECESIDAD: Evitar peligros

Dx. DE ENFERMERIA: riesgo de desencadenar parto prematuro, relacionado con la incompetencia cervical, actividad de esfuerzo física

OBJETIVO:

La embarazada sabrá identificar signos y síntomas de parto prematuro

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Se le brinda información acerca de la importancia que tiene mantenerse en reposo absoluto y evitar esfuerzos durante el embarazo.	La información adecuada brinda seguridad.
Se le brinda información de los signos y síntomas de alarma de embarazo pretérmino.	La información adecuada brinda seguridad.
Vigilar cuidadosamente signos vitales maternos y FCF y datos que den	La vigilancia periódica de (SV) permite

<p>indicios de TPP.</p> <p>Si es necesario se administraran medicamentos prescritos.</p>	<p>la valoración del estado de salud de la embarazada y la FCF permite conocer el estado de salud del feto.</p> <p>Los medicamentos toco líticos inhiben las contracciones uterinas.</p>
<p>EVALUACION La embarazada se mantiene sin contracciones uterinas.</p>	

NECESIDAD: Evitar peligros

Dx. DE ENFERMERIA: Riesgo de ruptura prematura de membranas relacionado con cerclaje.

OBJETIVO:

La embarazada sabrá identificar signos y síntomas de ruptura prematura de membranas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Mantener a la embarazada en cama en posición de decúbito lateral izquierdo.</p> <p>Se vigilan periódicamente los signos vitales.</p> <p>Monitorizar la FCF del bebé cada 4</p>	<p>La posición en decúbito lateral favorece la circulación útero-placentaria y alivia la presión ejercida sobre los órganos y vasos abdominales.</p> <p>La alteración de los signos vitales manifiesta desequilibrio en el organismo.</p> <p>El latido fetal es el medio para vigilar el estado de salud del feto.</p>

horas.	
<p>AVALUACION; La embarazada comenta que ante cualquier signo de alarma avisara al personal de salud.</p>	

NECESIDAD Comunicación

Dx. DE ENFERMERIA: Duelo anticipado relacionado con la posibilidad de perder al producto manifestado por llanto, angustia y tristeza.

OBJETIVO:

La embarazada tomará conciencia de sus sentimientos y los expresará a través de la terapia ocupacional.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Dar confianza para que pueda expresar sus temores, sentimientos y sienta que se le entiende.</p> <p>Identificar acciones favorables para ella y su bebe que se interese en continuar con los cuidados adecuados.</p>	<p>Permitir mostrar sentimientos inhibidos proporciona bienestar emocional.</p> <p>Seguir al pie de la letra los cuidados necesarios ayuda a una mejor evolución del embarazo.</p>

Identificar temas de su interés y sugerir actividades.	Mantener la mente ocupada no da lugar a la depresión.
Fomentar la lectura.	La lectura mantiene ocupada la mente.
EVALUACION Expresa aspectos positivos. Demuestra interés en las indicaciones que se le brindan. Se interesa en el dialogo Se mantiene ocupada leyendo por periodos largos de tiempo.	

NECESIDAD: Vivir según sus creencias

Dx. DE ENFERMERIA: impotencia relacionada con la imposibilidad de continuar con las actividades relacionadas con su grupo religioso manifestado por tristeza.

OBJETIVO: la embarazada realizará alternativas para suprimir sentimientos de tristeza.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Se llevan a cabo algunas lecturas bíblicas con la embarazada.	La fe en un ser supremo brindan confianza y fe al ser humano.
La visita un representante religioso del hospital.	El adquirir información de personas expertas en el tema da confianza y seguridad.
Escuchar a la embarazada durante su estancia en el hospital y explicarle que ésta será pasajera y después podrá continuar con su grupo.	El adquirir información de personas expertas en el tema da confianza y seguridad.

EVALUACION	
La embarazada se muestra tranquila.	

VII CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería tenemos el deber fundamental de: promover la salud .prevenir enfermedades, restaurar la salud, aliviar el sufrimiento enfatizando en el trato digno y humanitario, tenemos un gran compromiso de estar en la vanguardia según las necesidades y demandas de la población.

El proceso de enfermería es la mejor forma de adquirir experiencia en la valoración y elaboración de diagnósticos de enfermería, ya que es aplicable en todos los niveles de atención de la salud. Llevando a cabo la elaboración de un plan de cuidados de enfermería integral.

En el caso de la señora Verónica la aplicación del proceso me ayudó a determinar las necesidades biológicas psicológicas, sociales y culturales que afectaban el estado aparentemente sano de la embarazada y las intervenciones aplicadas fueron oportunas y me ha dado la oportunidad de sentirme realizada como profesional, ya que durante este proceso se le ha brindado la información, y orientación necesaria para que conozca su padecimiento, el tipo de tratamiento que requiere, las decisiones que debe tomar así como sus posibles

complicaciones. Es importante orientar al familiar sobre el plan de alta al egreso hospitalario ya que de esta manera se contribuye al compromiso del cuidado de la embarazada.

Cabe señalar que desde la formación básica dentro de la UNAM Se ha enfatizado en la utilización del proceso de atención de enfermería a todos los niveles de atención, sin embargo no existen instrumentos estandarizados o formas de trabajo únicas al respecto situación que complica el abordaje.

VIII SUGERENCIAS

Fomentar la capacitación del personal de enfermería sobre el manejo del proceso atención enfermería.

Debe hacerse énfasis en las y los estudiantes de enfermería sobre la calidad humana de esta profesión, pues son las futuras enfermeras, por lo que es necesario aplicar los cuidados con calidad y calidez.

Sería muy importante la difusión del proceso de atención de enfermería a todos los niveles de atención a la salud ya que en ellos laboran una gran cantidad de profesionales de la enfermería y, que en el mayor de los casos se concentra en actividades técnicas olvidando la importancia que tiene la aplicación de un método sistematizado e ir reemplazando el empirismo.

Considero que el seguimiento domiciliario sería una opción valiosa ya que por medio de este se podría valorar y corroborar los logros obtenidos que se realizaron en el tiempo de hospitalización y que en la mayoría de los casos se pierde.

Unificar criterios en las instituciones de salud para la elaboración de hojas de enfermería que incluyan el manejo de diagnósticos de enfermería y así se aplica a todos los niveles de atención a la salud.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alfaro Rosa Linda, (1992), "Aplicación del Proceso de Enfermería" segunda edición Doyma, Barcelona, España.

Aukamp Virginia (1989) Planes de Cuidado de Enfermería Materno Infantil, Ediciones Doyma Barcelona España.

Beare, Patricia y Judith L. Myers (1993) Enfermería Principios y Práctica Médica Panamericana, Madrid

Benson Pernoll (2001) Obstetricia y Ginecología 10ª Edición, Editorial: Mcgraw-hill Louisiana.

Carpenito Juall, (2003) Diagnósticos de Enfermería 9na Edición Editorial Mc Graw Gil

Diccionario de Medicina (2000) Oceano Mosby, Edición en Español, Oceano Grupo Editorial S.A., España.

Fernandez Ferrin Carmen, Garcia Novel Marti(1993)Proceso Atencion de Enfermeria. Estudios de casos, ediciones científicas y técnicas. Salvat Primera Edición

Gauntlett Beare, Patricia, Rn, PhD.(1995) Et al Enfermería Medico Quirúrgica, Vol. I. Ed. Harcourt Brace. Segunda Edición en español. Madrid.

Grispun Doris (1992) Identidad Profesional Humana y desarrollo Tecnológico, Editorial Universitaria, México.

Iyer Patricia, W. Et. Al.(1989) Proceso De Enfermeria Y Diagnostico De Enfermeria, Interamericana- Mc Graw-Hill. Mexico,

Luis Rodrigo Teresa (2007-2008) Diagnosticos Enfermeria, NANDA, Nursing Diagnoses, Definitions.

Marie Francoise **Colliere** (1993) Promover la vida, Ed. Mc Graw Hill, interamericana española.

Miers,David G. (1994) Psicología Medica Tercera Edición Madrid

Revista de Enfermería (2007-2008) # 4-191 Taller de reglamentos de Enfermería, Elsevier España.

UNAM-ENEO-SUA Alatorre Winter Edda,(1984) Desarrollo Historico de la Enfermería en México. Tesis profesional, México D.F.

UNAM-ENEOSUA (2007) Antología Obstetricia I 3ra Edición Reimpresión México D.F.

UNAM-ENEOSUA (2008). Obstetricia II 3ra Edición Antología

Williams (2002) Obstetricia Médica 21 Edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires

ANEXO 1

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: V.V.J. Sexo: F Edad: 29 años Peso: 48 kg Talla: 1.56 cm

Ocupación: hogar Escolaridad: bachillerato incompleto

Procedencia: D.F Fecha de admisión: 21/04/09 Hora: 16 hrs

Fuente: directa

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BASICAS

1. OXIGENACION

Datos Subjetivos:

¿Está bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo?

Si

¿Fumaba usted antes de su embarazo? SI

Si la respuesta es sí ¿Cuántos cigarrillos al día? 1 a 5al día

¿Hay en su casa uno o varios fumadores? SI 2

¿A tenido dificultades respiratorias o molestias? Nunca

¿Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital? NO

¿Cuál? _____

Datos Objetivos

Registro de Signos Vitales:

Frec. Resp. 24x' Frec: Cardiaca 70x' T.A.130/ 80mg/dl

Estado de conciencia: Cooperadora, conciente, orientada en tiempo y espacio

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: Ligera palidez de tegumentos, mucosas semihidratadas

Circulación de retorno venoso: de 2 segundos

2. NUTRICION E HIDRATACION

Datos Subjetivos:

Nº de comidas diarias 3

¿Come a horas regulares? SI

Si la respuesta es Si precise: desayuno a las 9 hrs, comida a las 14 hrs, merienda a las 19 hrs

¿Sigue usted una dieta especial? No

¿De qué tipo?

¿Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia? No

¿Tiene problemas de masticación y/o deglución? No

¿Ingiere bebidas alcohólicas? A veces Vino

¿Con que frecuencia? 3 veces por año

¿Sabe qué tipo de dieta debe de llevar para favorecer la lactancia? No

¿Qué cantidad de líquidos? no

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche	X				
Carne		X			
Pescado		X			
Huevo		X			
Fruta		X			
Verduras		X			
Legumbres			X		
Cereales				X	
Pan	X				
Tortilla	X				
Chatarra				X	

Datos Objetivo:

¿Turgencia de la piel? Normal

Membranas mucosas: Hidratadas

Uñas: limpias y largas

Cabello: limpio _

Funcionamiento muscular y esquelético: en reposo por orden médica

Aspecto de los dientes: aseados

Aspecto de encías: sin lesiones y en buen estado

Heridas: Cervix cerrada

3. ELIMINACION

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: Estreñimiento

Diarrea frecuente: no

¿Toma usted algún laxante?

¿Cuál?

Orina: Normal sin dolor

Menstruación frecuencia 40x4 Duración 4 días

Historia de hemorragias:

¿El estrés le ocasiona diarrea? No

¿Se siente molesta a causa de una sudoración abundante?

SI

¿Por secreciones vaginales?

SI

¿Conoce usted las características del sangrado en el puerperio?

NO

¿Conoce usted el tiempo que le durará el sangrado?

NO

Datos Objetivos:

Abdomen: características: globoso a expensas de útero gestante

Involución Uterina: 22.2 SDG Altura del fondo uterino:

Ruidos Intestinales: presentes

Palpación globo vesical: si

Genitales: normales de acuerdo a edad cronológica

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

¿Qué deporte o actividad física práctica?

Correr Aeróbicos Bicicleta

Actividad en su tiempo libre: leer

¿Da algún paseo fuera de su casa? NO

¿Práctica ejercicio prenatales? NO

¿Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto?

NO

¿Conoce las posiciones que debe de adquirir para amamantar a su hijo? NO

Datos Objetivos

Estado del sistema esquelético / fuerza: _debilidad muscular

Posturas: decúbito lateral izquierdo Ayuda para deambular: si

Dolor con el movimiento: no

Estado emocional: tristeza, preocupación, angustia

5. DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? SI X NO

Horario de descanso: de 12 Pm a 6 a.m Horas de descanso: 6

¿Padece insomnio? Si

¿A que considera que se debe? a las dudas que tengo respecto a la evolución de mi embarazo

¿Siente cansancio al levantarse? si siempre

¿En qué forma se manifiesta? Con sueño y flojera

¿Utiliza técnicas de relajación? no

¿Al egresar del hospital quién le ayudará en su casa después del parto? mi mamá y mi esposo

¿Por cuánto tiempo? Siempre

¿EVALUACION

En qué actividades le ayudará? En las labores del hogar y con los cuidados del bebé

¿Quién se levantará por las noches a cuidar al bebé? algunas veces mi esposo y otras yo

Datos Objetivos

Estado: Ansiedad: si Estrés: si

Lenguaje: Claro Respuesta a estímulos: si

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos

¿Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir?

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? Si

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? Si

El día que egrese del hospital hará uso de: Pañoleta: no

Calcetas: no Abrigo: no

¿Qué creencias tiene usted respecto a la lactancia con la manera de vestir?

Que es la mejor alimentación para el bebé

Datos Objetivos

¿Viste de acuerdo a su edad? SI X NO

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada: si

Inadecuada

7. TERMORREGULACION

Datos Subjetivos:

¿La casa que habita es?: Templada

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre A veces Nunca X

¿Es usted sensible a los cambios de temperatura? SI NO X

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI X NO

¿Cómo se la toma? Bucal _____ Axilar _____

¿Temperatura ambiente que le es agradable? templado

Datos Objetivo:

Temperatura corporal: 36.8

Características de la piel: pálida

Transpiración: no presenta

8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Datos Subjetivos

Frecuencia de aseo:

Baño diario: X

Cada 3er día

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION
Julio	Esposo	30 años	preparatoria	Empleado
Martha	Madre	58 años	preparatoria	Hogar
Rogelio	Padre	63 años	profesor	Jubilado
Yessica	Hermana	25 años	preparatoria	Estudiante

¿Es usted alérgica a algún medicamento?

SI NO X A otras sustancias

Especifique

¿Tomo algún medicamento que no haya prescrito el médico durante su embarazo?

SI NO X ¿Cuál?

¿Llevo control prenatal? SI X NO

¿Cuántas consultas? Cuatro

¿Sabe cuándo debe acudir a consulta después del parto? SI NO X

¿Sabe por qué es importante que la revisen? SI NO X

¿Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo? SI NO X

¿Y en su pareja? No

¿Qué actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?

Tranquila Se estresa SI Le da sueño

Come mucho SI Ríe sin control Indiferencia

¿Busca una solución inmediata? SI

Datos Objetivo:

¿Deformidades congénitas? NO

¿Condiciones del ambiente en el hogar? Bueno

¿Condiciones de su ambiente laboral?

10 . NECESIDADES DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos:

Estado civil: Casada Años de relación 8

Vive con: su esposo

Preocupaciones actuales: Incertidumbre acerca de la evolución de mi embarazo

Rol en la estructura familiar: Esposa

¿Desde cuándo vive en su actual domicilio? Hace cinco meses

¿Existen buenas relaciones en su localidad? Si

¿Tiene amigas o familiares en quién confíe? Si

¿Cuánto tiempo pasa sola? Muy poco

Datos Objetivos:

Habla claro: SI X NO

¿Ve usted bien? SI X NO

¿Lleva usted lentes de contacto? SI NO X

¿Escucha bien? SI X NO

¿Utiliza aparato auditivo? SI NO X

11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS**Datos Subjetivos:**

Tipo de religión: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No

Principales valores en su familia. Morales

Principales valores en su persona: Respeto, amor, comprensión y cariño.

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? Si

Datos Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso)

¿Permite el contacto físico? Si

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? Si

La imagen de la Virgen de Guadalupe y de Jesucristo

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos:

¿Trabaja actualmente? SI NO X

Tipo de trabajo:

Riesgos:

¿Cuánto tiempo dedica a su trabajo?

¿Está satisfecho con su trabajo?

¿La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?

SI NO ¿Por qué?

¿Está satisfecha con el rol familiar que juega? Si

Datos Objetivos:

Estado emocional: Tranquila, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico: Temerosa e inquieta

Otros: Algunas veces nerviosa y preocupada

13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVA

Datos Subjetivos:

Actividades que realiza en su tiempo libre Leer

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo? Sí

¿Existen recursos recreativos en su comunidad? Si

¿De qué tipo? Culturales y recreativas

¿Forma parte de alguna sociedad: Deportiva No Cultural No
Profesional No

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos: Leer y ver televisión

Datos Objetivos:

Integridad neuromuscular: Si

¿Rechaza las actividades recreativas? No

Su estado de ánimo es: Apático No Aburrido No Participativo Si

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: Medio superior

Problemas de aprendizaje: No

Limitaciones cognitivas: Ninguna

Tipo:

Preferencias para leer y/o escribir: Si

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? Si

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo? Si

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? Si

Otros:

Datos Objetivo:

Estado del sistema nervioso central: Normal

Órganos de los sentidos: Normales

Estado emocional: Preocupada Triste y Angustiada

Memoria reciente: Alerta y sin compromiso

Otras manifestaciones: Ninguna

ANEXO 2

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

La función de los aparatos reproductores masculino y femenino es reproducir nuevos miembros de la especie, asegurando la continuidad. Los varones y las mujeres producen gametos mediante una selección al azar de los cromosomas de sus padres y sus sistemas reproductores facilitan la unión de los gametos, el correcto desarrollo de la descendencia en la mujer, el parto y la nutrición precoz. Las hormonas reproductoras son las responsables del mantenimiento de los órganos específicos de la reproducción y del desarrollo que adquieren los caracteres secundarios.

Aparato Reproductor Femenino

El sistema reproductor femenino está diseñado para producir óvulos a intervalos regulares y proporcionar los órganos necesarios para la fecundación, implantación, crecimiento y maduración del embrión, expulsar el feto y producir

leche para nutrir al recién nacido. Los órganos sexuales primarios femeninos son los ovarios.

Ovarios

Los ovarios son dos estructuras ovales irregulares que se sitúan en la cavidad abdominal cerca de lo infundíbulo de la trompa de Falopio. Están formados por un estroma de tejido conjuntivo que contiene numerosos folículos. El estroma está rodeado por una capa de epitelio cúbico a partir del cual se formaron los folículos ováricos durante los primeros meses de la gestación.

Las hormonas ováricas inducen la maduración del aparato reproductor en la pubertad, el mantenimiento de los órganos reproductores del adulto, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción. Estas hormonas son controladas por la hormona foliculostimulante (HFE) y por la hormona luteinizante (HL), que a su vez es controlada por el hipotálamo.

Órganos sexuales secundarios

Las vías reproductoras femeninas constan de los siguientes órganos útero y trompas de Falopio, vagina, genitales externos y glándulas.

El útero proporciona apoyo y riego sanguíneo al feto en crecimiento. Es un órgano hueco, con forma de pera, que en estado no grávido (7x5 cm. de longitud) se sitúa en la región pélvica. Está formado por un fondo en forma de cúpula, un cuerpo y un cuello estrecho denominado cérvix. El útero se sitúa entre dos anchos ligamentos o láminas fijadas a la pared abdominal lateral y al suelo de la pelvis, mediante una porción engrosada (ligamentos cardinales). Los ligamentos anchos se encuentran en el plano frontal y cubren y sostienen el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. Los ligamentos cardinales contienen músculo liso, nervios uterinos y vasos sanguíneos. Otros ligamentos de sostén son los dos ligamentos redondos, que van desde los ángulos supero externo del útero hasta los labios mayores, un ligamento posterior y un ligamento anterior que conectan el útero con las paredes posterior y anterior de la cavidad abdominal, así como los ligamentos

uterosacros, que se extienden desde el sacro hasta el cérvix y rodean al recto. Ayudados por los músculos del suelo de la pelvis estos ligamentos sostienen el útero y evitan que se prolapse hacia la vagina.

La pared uterina está formada por tres capas de músculo liso (miometrio) con fibras dispuestas en dirección longitudinal, circular y espiral. El miometrio que es mucho más grueso en el fondo que en el cuello (cérvix) del útero, puede hipertrofiarse considerablemente durante el embarazo. El cérvix posee normalmente una luz muy pequeña: la abertura hacia el útero se llama orificio cervical interno, la abertura hacia la vagina se denomina orificio cervical externo. El recubrimiento interno del útero (endometrio) está formado por dos capas: una capa superficial de epitelio cilíndrico y glándulas sostenida por otra capa basal de tejido conjuntivo y las regiones más profundas de las glándulas.

Las dos trompas de Falopio o trompas uterinas son continuaciones del útero. Cada una tiene unos 10 cm. de longitud y se extiende desde el útero hasta una estructura en forma de embudo (infundíbulo) cercana al ovario, pero que no lo rodea poseen una pared muscular y están recubiertas de epitelio cilíndrico ciliado. Los cilios arrastran el contenido de las trompas hacia el útero.

La vagina sirve para recibir el pene durante el acto sexual y como el canal del parto.

Está formada por una capa fibrosa externa, una capa interna de músculo liso que contiene bandas de tejido conjuntivo y una capa mucosa interna de epitelio escamoso estratificado dispuesto en pliegues o arrugas.

Los genitales externos rodean la abertura externa de la vagina. Se les denomina vulva e incluyen el monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clítoris, los vestíbulos y las glándulas vestibulares. El monte de Venus es la zona situada sobre la sínfisis del pubis que se cubre de vello durante la pubertad. Los

labios mayores son dos gruesos pliegues de piel, tejido conjuntivo y músculo liso que rodean a los labios menores, de menor tamaño, al clítoris y al orificio vaginal. El clítoris es una pequeña estructura cilíndrica eréctil (aproximadamente 3cm por delante de la vagina) que se origina de los mismos tejidos que forman el peno en el feto varón. Consta de una glándula un cuerpo y dos raíces y está parcialmente cubierto por el extremo anterior de los labios menores. El clítoris y los tejidos circundantes se ingurgitan al llenarse de sangre como repuesta a los estímulos táctiles y sexuales. El clítoris es el centro de las sensaciones eróticas que producen el orgasmo en la mujer el espacio entre ambos labios menores contiene el orificio vaginal y el meato uretral y se denomina vestíbulo. El perineo es la zona que rodea el orificio vaginal entre el ano y el monte de Venus.

Las glándulas vestibulares (glándulas de Bartholino) se sitúan junto al orificio vaginal. Lubrican el vestíbulo al secretar moco durante la excitación sexual.

Ciclo menstrual y hormonas gonadales

Durante el periodo reproductivo, los ovarios y las vías reproductoras sufren cambios cíclicos que duran unos 28 días y que están bajo el control de las hormonas hipotalámicas e hipofisarias.

Ciclo ovárico

Al comenzar cada ciclo menstrual, unos seis folículos primordiales comienzan a crecer bajo la influencia de la hormona foliculostimulante (HFE). La mayoría de ellos regresan y mueren unos días después, dejando que el mayor de ellos madure y se convierta en un folículo de Graff lleno de líquido que secrete estrógenos. Hacia la mitad del ciclo (día 14), el folículo se rompe y libera su óvulo hacia la cavidad peritoneal. La secreción de HFE y la ovulación son controladas por la concentración de la hormona liberadora de hormona luteinizante hipotalámica (HLHLH) y por retroalimentación negativa por los estrógenos.

Algunas de las células foliculares permanecen en el ovario tras la ovulación. Se reproducen y forman el cuerpo lúteo, una estructura amarilla que secreta estrógenos y progesterona durante los 14 días restantes del ciclo. Si el óvulo no es fertilizado, el cuerpo lúteo degenera y la secreción de estrógenos y progesterona disminuye, haciendo que el ciclo finalice.

Los ciclos ováricos comienzan en la pubertad al aumentar la secreción de HLHLH debido a la influencia del “reloj biológico”. Se hacen irregulares y cesan en la menopausia, debido a que ya no hay más folículos primordiales que puedan responder al estímulo por la HFE. Después de la menopausia, dado que ya no hay más folículos en desarrollo, se produce una deficiencia de estrógenos y progesterona, deficiencia que provoca una cierta involución del aparato reproductor y disminución de las secreciones mucosas protectoras de glándulas como las que rodean las paredes de vagina y útero.

En la menopausia, aumenta la secreción de HFE, debido a que disminuye la inhibición de las gonadotropinas hipofisarias que suelen ejercer los esteroides ováricos.

Ciclo uterino

Fase menstrual

La menstruación es una hemorragia (duración habitual 4-5 días) que se debe al desprendimiento de la capa superficial del endometrio. El endometrio degenera por la disminución de los estrógenos y la progesterona secretados por el cuerpo lúteo. El primer día de la hemorragia menstrual se identifica con facilidad y se considera día 1 del ciclo menstrual.

Fase proliferativa

Los estrógenos secretados por el folículo de graff que está desarrollándose en el ovario, estimulan el nuevo crecimiento de la capa superficial del endometrio al favorecer la proliferación de las células cilíndricas que recubren las glándulas de la

capa basal y de las células del tejido conjuntivo que rodea las glándulas. Los estrógenos hacen al miometrio más sensible a la estimulación, con lo que le resulta más fácil contraerse cuando se le estimula. Esta parte del ciclo menstrual se conoce como fase proliferativa o fase estrogénica y su variación es la más variable de las tres fases. El moco cervical se hace más denso durante la ovulación, que marca el final de ésta fase.

Fase secretora

La duración de la fase secretora es menos variable. Suele durar 14 días, sea cual sea la duración de la fase proliferativa. Tras la ovulación, las células foliculares que quedan en el ovario se reproducen y forman el cuerpo lúteo, que secreta estrógenos y progesterona. El cuerpo lúteo, es controlado por la HL producido por la adenohipófisis. La progesterona estimula las glándulas endometriales, que se hacen secretoras, y como sucede con los estrógenos, incrementa el contenido de agua y el grosor del endometrio.

A diferencia de los estrógenos, la progesterona disminuye la sensibilidad del miometrio a los estímulos nerviosos y hormonales, con lo que el útero se contrae menos en su presencia.

Cuando el cuerpo lúteo degenera, el endometrio se deteriora y la menstruación marca el final de un ciclo menstrual y el comienzo del siguiente. Los efectos retroalimentadores de los estrógenos y la progesterona que pueden variar con la concentración no se conocen bien. Los estrógenos pueden ejercer una retroalimentación positiva sobre la secreción de HLHLH antes de la ovulación. No hay duda de que la progesterona ejerce una retroalimentación negativa sobre la secreción de HL y HFE.

Caracteres sexuales secundarios

Los caracteres sexuales secundarios comienzan a desarrollarse en la pubertad bajo la influencia de las hormonas gonadales. En la mujer, el signo más obvio es

el crecimiento y desarrollo las mamas. Otros caracteres sexuales secundarios son el menor crecimiento óseo, la piel fina, las caderas más anchas y el crecimiento de vello pubiano y axilar. (En la mujer, el vello pubiano crece en una superficie en forma de escudo y no se extiende por encima del monte de Venus). Algunos de estos caracteres son achacables a los menores niveles de andrógenos en la mujer y otros a los efectos de los estrógenos y la progesterona.

Las mamas secretan calostro y leche para alimentar al niño y se sitúan sobre los músculos por encima de las costillas segunda a sexta. Cada mama está formada por 15-20 lóbulos sostenidos por tejido conjuntivo y adiposo.

El tejido adiposo es el principal responsable de las diferencias individuales del tamaño de las mamas.

El desarrollo de las glándulas mamarias es estimulado por los estrógenos y la progesterona secretados por el cuerpo lúteo tras la pubertad hasta la menopausia y por la placenta durante el embarazo. La producción de leche es estimulada por la prolactina, secretada por el lóbulo anterior de la hipófisis. Normalmente solo se produce leche después del nacimiento de un niño en respuesta al chupeteo. La lactación en otro periodo es anormal (galactorrea) y suele deberse a una excesiva secreción de prolactina. La secreción de prolactina es controlada por una hormona hipotalámica inhibidora. La excreción de leche desde los alveolos mamarios hasta el pezón se debe a la oxitocina. Ésta se secreta en el lóbulo posterior de la hipófisis cuando el niño succiona, durante el parto y durante el orgasmo. También hace que los músculos uterinos se contraigan, a no ser que su contracción sea inhibida por la progesterona.

Bibliografía del anexo.

Gauntlett Patricia, Médico Quirúrgica Vol. II, 2da Edición Editorial Harcourt Brace 1997.

ANEXO 3

PARTO PREMATURO

Parto que se produce antes de que el feto alcance entre 2.000 y 5.500 g o antes de la 37 o 38 semanas de gestación

TRABAJO DE PARTO PREMATURO

Cerca del 7% (6.9 a 10%) de los lactantes que nacen en Estados Unidos es prematuro (< 37 semanas de edad gestacional). Estos lactantes pueden o no ser pequeños para la edad gestacional.

Existen algunas pequeñas diferencias determinadas por el nivel socioeconómico de la embarazada, es así que en nuestro país en los niveles socioeconómicos elevados la incidencia es de 7%, en tanto que en niveles socioeconómicos bajos la incidencia es de un 10% a 11%.

El parto prematuro es uno de los problemas más urgentes en la medicina. El índice de mortalidad del neonato con peso bajo al nacer es casi de 40 veces mayor que el de los lactantes con tamaño adecuado que nacen al término de la gestación. Así mismo la relación de la parálisis cerebral con el parto prematuro

puede ser hasta 10 veces mayor de las deficiencias mentales, 5 veces más frecuente que en el neonato de término. Las deficiencias visuales y auditivas, los trastornos emocionales y las dificultades para el ajuste social de los prematuros exceden por mucho los de los lactantes maduros.

La comunicación del desarrollo fetal, cuando no hay contraindicaciones, es imperativa. Por ejemplo, la madurez pulmonar de un feto de 24 a 25 semanas de gestación es tan incompleta que el lactante tiene una alta probabilidad de morir por síndrome de insuficiencia respiratoria o complicaciones de la pre madurez. Sin embargo un feto normal que llega a las 33 semanas en el útero es más probable que sobreviva.

DEFINICION CLINICA DE TRABAJO DE PARTO PREMATURO

Esta definición incluye cuatro criterios:

- Una gestación mayor de 20 pero menor de 37 semanas
- Contracciones uterinas continuas regulares y dolorosas que se presentan por lo menos dos veces cada 10 minutos durante cuando menos 30 minutos
- Borramiento o dilatación cervical demostrada (de 80% y dilatación > 1 cm corren un riesgo particular de parto prematuro y rotura de membranas)
- Membranas intactas (las membranas rotas tienen una relación importante con parto antes de una semana)

Otros síntomas comprenden hemorragia vaginal, incremento de la secreción vaginal y sensación de presión vaginal. Las valoraciones necesarias abarcan comprobar que la salud materna tolerará el tratamiento, que las membranas no estén rotas, que el feto es en verdad prematuro, que no hay compromiso fetal y que la presentación fetal no es anormal (como sucede a menudo con los lactantes prematuros).

Los estudios de laboratorio incluyen biometría hemática con cuenta diferencial, proteína C reactiva, electrolitos y glucosa séricos; análisis de

orina y urocultivo con prueba de sensibilidad, y ultrasonografía para valorar tamaño fetal, posición, rasgos anatómicos y localización de la placenta. La amniocentesis puede ser necesaria en casos limítrofes para determinar la madurez fetal (lecitina-esfingomielina, fosfatidilglicerol y prueba rápida de factor tenso activo) o para identificar la presencia de infección fetal (análisis bacteriano o microscópico). Es muy importante buscar una infección por que del 7 al 26% de los trabajos de parto prematuro tienen una infección intrauterina.

ETIOLOGIA

En un 25 a 50% de los casos se desconoce su causa. Pero se relaciona su causa con diversos factores

- ❖ Nivel socioeconómico deficiente
- ❖ Edad materna menor a los 16 años o mayor de 35 años de edad
- ❖ Consumo de drogas o más de 10 cigarrillos al día
- ❖ Embarazo múltiple
- ❖ Atención prenatal mala irregular o mala
- ❖ Mala nutrición
- ❖ Mal formación fetal o placentaria
- ❖ Ruptura prematura de membranas
- ❖ Abortos

El parto prematuro guarda relación, en general, con múltiples factores de riesgo, y solo rara vez se encuentra una causa única. Los factores de riesgo pueden clasificarse en las siguientes categorías (Aerts e Iams, 1999)

- Factores de riesgo no recidivantes: placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, poli hidramnios, hemorragia del segundo trimestre, malformación o muerte fetal.

- Factores de riesgo recidivantes o tratables en la madre en la madre :infecciones del aparato genital, incompetencia cervical, malformaciones uterinas , miomas uterinos ,estado socioeconómico bajo, asistencia prenatal limitada ,estado de nutrición deficiente ,bajo peso pregestacional ,consumo de droga o tabaco ,necesidades laborales o de trabajo ,actividad sexual, anemia
- Recidivantes pero no tratables :antecedentes de nacimientos pre termino , raza ,ex posición al DE S

CUADRO CLINICO

- ✓ Contracciones uterinas que se producen cada 10 min o menos con o sin dolor
- ✓ Dolores cólicos ligeros parecidos a los de la menstruación en la parte mas baja del abdomen
- ✓ Sensación constante de presión en la pelvis, que parece como si el feto estuviera empujando hacia abajo
- ✓ Rotura de membranas
- ✓ Dolor sordo, de bajo grado, constante o intermitente, en la parte inferior de la espalda
- ✓ Cambio de la secreción vaginal(aumento de la cantidad, se hace mas clara y acuosa o adquiere un matiz rosacio)
- ✓ Cólicos abdominales con o sin diarrea

Las manifestaciones clínicas del nacimiento prematuro se pueden sintetizar en tres diferentes etapas

1. Amenaza de parto prematuro: corresponde a la presentación de más de 6 contracciones uterinas dolorosas en el lapso de una hora, a una edad gestacional después de la vigésima semana y antes de la trigésima octava.

Según características previas al desencadenamiento de la contractilidad uterina y su frecuencia, duración e intensidad puede haber cambios en el reblandecimiento, borramiento y dilatación del cuello uterino con expulsión transvaginal de secreción mucosa o sangre.

2. Trabajo de parto aplasable: corresponde a una calificación de Bishop de 5 a 6 puntos, en donde el nacimiento puede ser diferido solo por un periodo de 24 a 48 horas. Tiempo utilizable para tratamiento farmacológico.
3. Nacimiento pre término inevitable: Ante una escena clínica de complicación del embarazo o enfermedad intercurrente, en que resulta inminente o necesario el nacimiento pre término, se requiere una resolución obstétrica adecuada.

DIAGNOSTICO:

- ✓ Historia clínica completa
- ✓ Edad gestacional
- ✓ Actividad uterina
- ✓ Condiciones del cuello uterino

PREVENCIÓN

- Comer alimentos saludables
- No tomar
- No fumar
- No auto medicarse
- Reposo necesario
- Realizar ejercicio regularmente
- Acudir a consultas periódicas

TRATAMIENTO

- Disminuir la actividad uterina a una condición fisiológica de acuerdo con la edad gestacional.
- Acelerar la maduración de los pulmones del feto.
- Reposo en decúbito lateral izquierdo
- Fenobarbital de 100 a 200 mg.V.O

Las mujeres con riesgo de parto prematuro deben reconocer los síntomas asociados con el mismo y, cuando aparecen, avisar de inmediato al médico. Para poder interrumpir un parto pretérmino, es imprescindible su diagnóstico precoz, antes de que progrese hasta el punto en que toda intervención sea ineficaz

El parto no se interrumpe cuando existe uno o mas de los criterios siguientes:

Preclampsia grave o eclampsia, coriamnionitis, hemorragia, cardiopatía materna, diabetes mellitus, o tirotoxicosis mal controladas, desprendimiento de placenta grave, malformaciones fetales incompatibles con la vida, muerte fetal intrauterino, sufrimiento fetal agudo o madurez fetal.

El objetivo del tratamiento consiste en prevenir la progresión del parto hasta el punto de que ya no responda al tratamiento médico. Las medidas iniciales buscan tener un buen riego sanguíneo uterino, identificar la presencia de contracciones y calmar al feto. Se pide a la madre que se acueste de lado para incrementar la perfusión y se instaura infusión IV para mejorar la hidratación materna.

TECÓLISIS. Es el uso de medicamentos para intentar detener la progresión del parto. En la actualidad, se usan como agentes tóxicos los agonistas B- adrenérgicos (también llamados B3- miméticos) el sulfato de magnesio (MgSO₄) los inhibidores de la prostaglandina sintetiza y los bloqueadores de los canales de calcio.

Bibliografía del anexo.

Schorr SJ, Morales WJ. Obstetric management of incompetent cervix and bulging fetal membranes. J Reprod Med 1996;41

ANEXO 4

INCOMPETENCIA CERVICAL.

Introducción

Descripción: Dilatación asintomática del orificio cervical interno durante el embarazo. Generalmente conduce a la dilatación de todo el canal cervical durante el segundo trimestre, con el consiguiente riesgo de rotura de las membranas y expulsión del feto.

Incidencia: Existen reportes en los que varía ampliamente la incidencia, que van desde 1 de cada 57 a 1 de cada 1730 embarazos.

Edad Prominente: Edad Fértil.

Genética: No se relaciona con algún patrón genético predisponente.

Etiopatogenia.

Causas: Defecto congénito del tejido cervical, lesión por dilatación cervical durante partos previos o en legrados u otras manipulaciones cervicales, lesión durante cirugía (conización), alteraciones uterinas, principalmente el útero bífido.

Factores de riesgo: Exposición intrauterina al dietilbestrol, alteraciones uterinas.

Manifestaciones clínicas

Signos y síntomas: Antecedente de pérdida del embarazo en el segundo trimestre, acompañada por rotura espontánea de membranas sin trabajo de parto, o parto pre término rápido y sin dolor.

Diagnóstico

Diagnóstico diferencial: Alteraciones uterinas, Corioamnioitis, Alteración cromosómica en el producto.

Trastornos asociados: Rotura prematura de membranas, parto pretérmino y pérdidas recidivantes del embarazo en el segundo trimestre.

Estudio y valoración

Laboratorio: Ninguna prueba está indicada excepto las de rutina para el cuidado perinatal.

Técnicas de imagen: Ecografía antes del cerclaje cervical para comprobar que el desarrollo fetal sea correcto. Aunque la longitud cervical puede medirse con ecografía, su uso rutinario no proporciona una técnica de cribado eficaz.

Pruebas específicas: Ninguna está indicada. Se recomiendan tactos vaginales frecuentes a partir del momento en el que se produjeron los cambios cervicales en el embarazo anterior o a partir del segundo trimestre, lo que suceda antes.)

Procedimientos diagnósticos: Historia clínica y exploración física.

Hallazgos anatomopatológicos: Dilatación indolora del cérvix.

Manejo y Tratamiento

No Farmacológico

Medidas generales: Valoración, visitas prenatales frecuentes con control de los cambios cervicales.

Medidas específicas: El cerclaje cervical consiste en la colocación de una sutura concéntrica no reabsorbible a la altura del orificio cervical interno, se realiza de preferencia entre las semanas 10 y 14 de gestación. Cuando la sutura se coloca por vía vaginal, generalmente se retira a las 38 semanas de gestación. Si aparece trabajo de parto antes de las 38 semanas, la sutura debe retirarse de inmediato. Ocasionalmente el cerclaje se realiza transabdominalmente. El objetivo de estas suturas es que existan de forma indefinida y eviten el parto vaginal. La hemorragia, las contracciones uterinas, la infección evidente o la rotura de membranas son contraindicaciones del cerclaje. Aproximadamente el 15% de las pacientes precisan cesárea como consecuencia de la cicatrización posterior al cerclaje.

Dieta: No se indican modificaciones específicas en la dieta.

Actividad: Con frecuencia se sugiere restricción de la actividad, pero no existen pruebas de que ello afecte el resultado del embarazo. Después de 24 semanas de

gestación, el único tratamiento disponible es reposo en cama, ya que la colocación de un cerclaje podría desencadenar el parto.

Seguimiento

Control de la paciente: Deben realizarse visitas prenatales frecuentes con monitorización de los cambios cervicales en pacientes con sospecha de mayor riesgo. Se recomienda, una vez colocado el cerclaje, programar el retiro a las 38 semanas de gestación.

Prevención: Prevención para evitar una dilatación del cérvix cuando es necesaria la manipulación quirúrgica.

Posibles complicaciones: Pérdidas fetales continuas, corioamnioitis, avulsión cervical o rotura uterina si se produce el trabajo de parto y no se retira el cerclaje.

Resultados esperados: Con un diagnóstico correcto y cerclaje cervical, la supervivencia fetal aumenta del 20%

ANEXO 5

CERCLAJE UTERINO

El cerclaje uterino es una intervención de cirugía menor que se utiliza para corregir la incompetencia de las fibras musculares del cérvix, consiste en aplicar una cinta fuertemente anudada alrededor o en el espesor del istmo uterino.

Una vez establecido el diagnóstico de incompetencia del istmico cervical, el único tratamiento posible es quirúrgico, existen varias técnicas para tratar el problema: unas se realizan cuando no hay embarazo como la de Lash Palmer, Aquinosalles, GreeN, Armytaje y otros que se realizan durante la gestación, y que han demostrado mayor eficacia como el de Shirodkar, Mc Donald y Espinosa Flores.

Shirodkar ideó la primera técnica quirúrgica, la cual se realiza durante el primer trimestre del embarazo (12 a 14 semanas); consiste en colocar un cerclaje con tendón de fascia lata tomada de su propia paciente en el espesor de las fibras ístmicas cervicales.

Otros autores modifican la técnica usando algodón o mensilene en la sutura mencionada.

Espinosa Flores de México simplificó el procedimiento al aplicar un cerclaje con Mensilene y fijarlo únicamente en el espesor de los ligamentos cardinales y no en el interior del istmo, como en la técnica de Shirodkar. La técnica de Espinosa Flores además de ser fácil de aplicar tiene la ventaja de que puede aplicarse en embarazos de segundo trimestre.

Actualmente constituye la técnica de elección cuando el embarazo es mayor de 14 semanas.

