

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO,
PARTO Y PUERPERIO**

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

P R E S E N T A:

VERÓNICA NOVEROLA CALDERÓN

No. CUENTA: 404118347

DIRECTORA:

MAESTRA ANA LAURA PACHECO ARCE

PUEBLO NUEVO SOLISTAHUACÁN, CHIAPAS

Octubre 25 del 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pág
Agradecimientos	3
Introducción	6
Justificación	9
Objetivos	10
Metodología	11
CAPÍTULO 1	14
Marco teórico	14
1.1 Elementos históricos del Proceso Enfermero	14
1.2 Proceso enfermero	17
1.3 Objetivos del Proceso Enfermero	18
1.4 Beneficios del Proceso Enfermero	19
1.5 Capacidades, habilidades y actitudes requeridas para la aplicación del Proceso Enfermero	21
1.5.1 Conocimiento y pensamiento crítico	21
1.5.2 Habilidades técnicas e interpersonales	23
1.5.3 Deseo de cuidar y habilidad para hacerlo	24
1.6 Características del Proceso Enfermero	25
1.7 Etapas del Proceso Enfermero	27
1.7.1 Valoración	27
1.7.2 Diagnóstico	34
1.7.3. Planificación	40
1.7.4 Ejecución	44
1.7.5 Evaluación	45
1.8 Modelo de atención de Virginia Henderson	47
1.8.1 Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría de Virginia Henderson	47
1.8.2 Principales conceptos y definiciones	48
1.8.3 Supuestos principales	50
1.8.4 Afirmaciones teóricas	51
1.8.5 Método lógico	53
CAPÍTULO 2	54
Desarrollo del Proceso Enfermero en una Paciente en trabajo de parto, parto y puerperio.....	54
Historia clínica	54
Exploración física (trabajo de parto)	57

INDICE

	Pág
Padecimiento actual	60
Valoración del parto	62
Valoración del puerperio	64
Plan de cuidados de enfermería	66
Trabajo de parto	66
Parto	70
Puerperio	74
CAPÍTULO 3	77
3.1 Análisis e interpretación de resultados	77
3.2 Conclusiones	80
3.3 Recomendaciones	81
Anexos	82
Bibliografía	92

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista biológico, una de las funciones principales del sistema reproductivo femenino es el embarazo y el trabajo de parto; estos deben considerarse como un proceso fisiológico.

El embarazo representa una etapa única en cada mujer y el desarrollo de éste como su desenlace final (el parto) dependen en gran medida de que se lleve a cabo bajo las mejores condiciones de seguridad para la madre y el producto.

El afrontamiento del parto pone a la mujer en una situación de estrés transicional que aunado a la “crisis” fisiológica que sufre el organismo, pueden desencadenar complicaciones serias.

Los cuidados de enfermería no solo en la etapa de trabajo de parto y periodo de expulsión, sino además en el puerperio inmediato, buscan brindar apoyo oportuno a la paciente gestante a fin de asegurar que este proceso no solo sea seguro si no satisfactorio y establezca las pautas para reducir la mortalidad materno – infantil y asegurar la salud reproductiva de la mujer, el crecimiento y desarrollo óptimo de todo niño.

El presente trabajo aborda precisamente, la implementación del proceso enfermero (PE) como herramienta básica en la atención de una mujer gestante en cada una de las etapas de trabajo de parto, parto y puerperio inmediato; desde su llegada a la sala de urgencias hasta las primeras horas de atención puerperal hospitalaria.

Se presenta un breve pero conciso resumen de las partes que componen el proceso de atención de enfermería, sus características principales, su desarrollo y las ventajas del mismo para garantizar que la función de la enfermería sea bien diferenciada de la

médica. También se plantean las capacidades requeridas en cada profesional de enfermería que pretenda aplicarlo de manera eficiente y eficaz. Así mismo, se definen los principales conceptos y supuestos del modelo de enfermería de Virginia Henderson en base al cual se desarrolló el plan de atención de enfermería del caso clínico estudiado.

El plan de cuidados desde los diagnósticos que este incluye, hasta la última etapa de evaluación, se establecieron en base al interrogatorio, la valoración y exploración física realizada durante todo el proceso de atención de enfermería al binomio madre – hijo, aplicando de manera sistemática cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería.

Una de las claves para el alcance de los objetivos planteados en la atención de este caso, fue sin duda la identificación personal que se estableció con la mujer desde su llegada a la sala de urgencias, hasta su alta hospitalaria.

La conciencia desarrollada en ella sobre la importancia de una participación activa durante todo el proceso de su atención, otorgando al personal de enfermería un rol sustentador, y no suplantador, en la toma de sus propias decisiones para la satisfacción de sus necesidades básicas humanas, definitivamente confirmó la efectividad del proceso de atención de enfermería cuando éste, es bien manejado e implementado; cuando se incluye al paciente y sus familiares en cada una de las decisiones tomadas para la recuperación, mantenimiento o rehabilitación de su salud y bienestar según lo plantea Virginia Henderson (Marriner,1983). Esto fue más que evidenciado cuando la alteración de la tensión arterial de la paciente mejoró sin la implementación de procedimientos médicos ni farmacológicos, y sí, por la atención de las necesidades

humanas diagnosticadas por enfermería; favoreciendo así, el desarrollo del trabajo de parto como un proceso fisiológico.

JUSTIFICACION

La atención de las mujeres gestantes por parte del profesional de enfermería requiere, como en casi todos los casos que éste atiende, no solo un cúmulo de conocimientos sobre los procesos fisiológicos, fisiopatológicos, psicológicos y sociales que en torno a éste pueden presentarse, sino también, un fundamento que avale la toma de sus decisiones y acciones y que la distinga claramente de las otras profesiones del área de la salud.

Por tal motivo es necesario que el profesional de enfermería tenga los conocimientos básicos y necesarios sobre el PE y su implementación a fin de otorgar cuidados de salud eficiente y eficaz.

Durante las prácticas hospitalarias de Obstetricia I y II de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia realizadas en la unidad hospitalaria IMSS Oportunidades de la ciudad de Bochil, Chiapas, se utilizó el proceso de enfermería como un método sistemático, humanístico, dinámico, flexible e interactivo, que permite precisamente formar en el profesional un pensamiento crítico y una actitud inquisitiva que le lleve a hacerse preguntas y desarrollar soluciones, aplicando conocimientos y experiencias previas, valorando una situación desde varias perspectivas para llegar a conclusiones que permitan el restablecimiento, optimización o rehabilitación de la salud y el bienestar de los pacientes o, en este caso, las mujeres gestantes.

El caso clínico y el plan de atención presentado, se desarrolló siguiendo cada una de las pautas teóricas del PE, comprobando y validando su efectividad con las respuestas presentadas en la paciente atendida.

OBJETIVOS

- Optimizar la utilidad del PE en la práctica de la enfermería obstétrica, a través de un conocimiento más profundo de los elementos teóricos que lo componen.
- Incentivar al profesional de enfermería para que identifique el PE como un método distintivo de la profesión, mediante su aplicación y práctica y cotidiana.
- Demostrar la utilidad del modelo de atención de Virginia Henderson en la satisfacción de las necesidades humanas básicas de las mujeres obstétricas durante su cuidado en el trabajo de parto, parto y puerperio.

METODOLOGÍA

El presente estudio de caso se realizó aplicando el PE como el método clásico que cumple con los criterios de la investigación científica, al permitir orden, secuencia, continuidad y evaluación del cuidado de Enfermería

Se eligió a una mujer que ingresó en trabajo de parto al servicio de urgencias, primigesta y primípara.

Se realizó entrevista rápida con recolección de datos para la historia clínica de enfermería, valoración y exploración física Se establecieron los diagnósticos y plan de cuidados de enfermería de común acuerdo con la paciente y el médico tratante, evaluando y reforzando cada una de sus respuestas fisiológicas y emocionales.

El plan de cuidados se elaboró en base a la jerarquización de las 14 necesidades básicas del modelo de atención de Virginia Henderson detectadas durante la valoración de cada una de las etapas de trabajo de parto, parto y puerperio inmediato; tomando en cuenta las definiciones de los conceptos principales de su modelo, donde describe a la persona como un individuo integrado a una familia y sociedad, influenciado por las condiciones externas que le rodean, y con el que la enfermera, busca de manera conjunta, que este, (el individuo), alcance un nivel de calidad en cada una de sus capacidades físicas, psíquicas, emocionales y espirituales, a fin de lograr la independencia en el manejo de su salud.

En este marco, se buscó en todo momento, que la mujer participará, expresando sus emociones y las condiciones favorables y/o desfavorables desde su propia perspectiva, en el manejo de su atención hospitalaria.

Se maneja la información como un factor preponderante en el establecimiento del plan de cuidados a fin de fomentar la participación activa de la mujer en cada una de sus etapas.

La contribución del personal médico en la implementación del plan de cuidados pudo verse favorecido en la medida que, cada una de las intervenciones de enfermería estuvieron científicamente fundamentadas y guardaron relación con el plan de atención médico.

La evaluación de los resultados fueron realizados mediante la valoración subjetiva (interrogatorio) y objetiva (exploración física) constante durante el avance de cada una de las etapas de trabajo de parto, parto y puerperio, a fin de modificar aquellas acciones que fueran necesarias a fin de alcanzar los objetivos trazados en el plan de cuidados de enfermería.

Capítulo 1

MARCO TEÓRICO

1.1 *Elementos históricos del proceso enfermero*

Entender la aplicación y la importancia del PE dentro de la profesión, amerita el conocimiento de sus orígenes y de quienes se vieron involucrados en ello.

El término de PE aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente, Yura y Walsh (1967) crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi (1974) y Roy (1975) añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases.

La lucha de las (os) enfermeras (os) por definir el campo de la profesión con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que, el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y el cuidado integral como meta de este proceso.

Existe en la actualidad diferentes definiciones del PE. Alfaro (2005) lo define como “Un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados”, ya que cada persona responde de forma distinta ante una alteración real o potencial.

Es un conjunto de acciones intencionadas que realiza la (el) enfermera (o) en un orden específico con el fin de que una persona necesitada de cuidados de salud reciba la mejor atención de enfermería posible. Otros (Murray, 1996) lo definen como “el pensar como enfermería” analizando este concepto con las definiciones anteriores de enfermería, se observa que es importante conocer los fines de la profesión para entender que el PE es una metodología que permite aplicar los conocimientos teóricos adquiridos teniendo en cuenta las capacidades propias de cada individuo entre las cuales están el manejo de las relaciones interpersonales y la capacidad de análisis entre otros, con el fin de orientarlos hacia actividades que satisfagan las necesidades del usuario y su familia.

Marriner (1983) añade que es el “conjunto de una serie de pasos que intenta lograr un resultado en particular con base en la planeación y ejecución sistemática de los cuidados de enfermería” (p.1).

Yura y Walsh (Iyer y Tapich, 1993), establecen que el PE es una serie designada de acciones que pretenden cumplir con el propósito de enfermería. Este propósito es conservar el estado óptimo de salud del cliente y en caso de cambiar este estado, proporcionar la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería que requiera su estado para recuperar la salud, en caso de no poder recuperar la salud el PE debe contribuir a la calidad de vida del cliente, aumentando los recursos para alcanzar la mayor calidad de vida posible durante el máximo tiempo posible.

Aunque el PE está siendo utilizado por las (os) enfermeras (os) desde hace dos décadas, ha sido en los últimos cinco a diez años que se ha experimentado un enorme desarrollo. Linda Carpenito (1994), señala que la maestría y eficiencia de la actuación de enfermería dependen de la utilización exacta del PE, así mismo complementa que

una (un) enfermera (o) experta (o) en esta técnica de solución de problemas puede actuar con habilidad y éxito con sus clientes en cualquier escenario donde se desarrolle su práctica.

Los expertos están de acuerdo en que, tanto en la práctica clínica como en la enseñanza, la aplicación del PE proporciona las bases de pensamiento crítico requeridas para actuar de forma segura y efectiva. Los planes terapéuticos predeterminados, tan importantes en la actualidad, no sustituyen la necesidad de conocerlo. Más bien, alcanzar los estándares y pensar de modo independiente y proactivo para asegurar unos cuidados competentes de los principios y reglas de este proceso.

Comprender el PE requiere pensar en su uso en el contexto del cambiante mundo actual. Por ejemplo, en el momento presente, las enfermeras (os) tienen cada vez más la necesidad de demostrar que sus cuidados tienen resultados beneficiosos y con una buena relación coste – efectividad. También hemos pasado de un tipo de proceso enfermero lineal –en el que seguíamos pasos muy específicos para crear planes “partiendo de cero”- a un tipo de proceso enfermero dinámico en el que adaptamos planes de cuidados estandarizados que ya se han confeccionado anteriormente para situaciones específicas.

El PE ha sido aceptado como la esencia de la profesión. Se trata de un método intencionado de solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales generales y de enfermería de los pacientes. Los pasos de dicho proceso han sido delineados en diversas formas por muchos líderes de esta disciplina; pero los conceptos de valoración inicial del paciente, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de resultados son comunes a todas las definiciones.

La división del proceso en cinco componentes o pasos específicos sirve para poner de relieve las acciones decisivas que deben realizarse cuando la enfermera se responsabiliza de la resolución de los diagnósticos de enfermería del paciente. Sin embargo, la enfermera debe recordar que tales divisiones son artificiales; que el proceso, considerado como un todo, es cíclico, y que sus pasos están interrelacionados y son interdependientes y recurrentes (L.S. Bruner, 1990).

1.2 Proceso enfermero

El PE complementa a otras disciplinas al centrarse no solo en las cuestiones médicas, sino también en las respuestas humanas –como responde la persona a los problemas médicos, al tratamiento y al cambio de actividades de la vida diaria–. Por ejemplo, si una persona se rompe una pierna, el médico tratará los huesos rotos, y el fisioterapeuta atenderá cuestiones para fomentar el equilibrio y la fuerza muscular. La enfermera, pone su atención en la totalidad de la persona; por ejemplo, si tiene dolor, si hay riesgo de sufrir lesiones, cómo mantiene la fuerza muscular y la integridad cutánea y que problemas representa el estar incapacitado. Este enfoque holístico le ayuda a cerciorarse de que las intervenciones están adaptadas al individuo, no a la enfermedad.

A diferencia del proceso de atención médica, donde el enfoque se encuentra limitado por una valoración de funcionamiento de órganos y sistemas, que tiene como objetivo mantener su normal funcionamiento; el PE guarda un enfoque holístico, amplio que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes.

Considera principalmente, como se ven afectadas las personas por los problemas de funcionamiento de los órganos y sistemas (respuestas humanas). Se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente.

Requiere la consulta con los médicos para el tratamiento de la enfermedad o traumatismo, mientras que en el proceso de atención médica, se requiere la consulta con las enfermeras para planificar las actividades de la vida diaria

El proceso de atención de enfermería se interesa por las personas, sus seres allegados y los grupos, mientras en tanto que el proceso de atención médica se interesa por los individuos y solo a veces por los grupos y familias (Alfaro, 2005).

1.3 Objetivos del Proceso Enfermero

Aunque han sido varios los objetivos citados por los diferentes autores estudiosos del tema, hemos de reconocer que todos ellos coinciden en que principalmente los objetivos del PE son los siguientes:

1. Brindar cuidados enfermeros de forma dinámica y sistematizada.
2. Promover cuidados humanísticos centrados en objetivos y de forma eficaz.
3. Examinar de forma continua el quehacer de las enfermeras y plantear formas de mejora para ello.
4. Mantener al cliente y su entorno como eje principal de cada una de sus funciones.
5. Favorecer en el profesional de enfermería una actitud centrada en la reflexión de sus acciones y no en las tareas.

1.4 Beneficios del Proceso Enfermero:

La aplicación del PE tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y la enfermera; profesionalmente, este proceso define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante éste se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad (Marriner, 2007).

Otros beneficios reales y tangibles que se derivan del uso del PE son:

1. Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, reduciendo la incidencia de ingresos hospitalarios (y acortando su duración).

2. Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.

3. Tiene requerimientos de documentación precisos diseñados para:

a) Mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones innecesarios.

b) Dejar un “rastro de papel” que pueda seguirse posteriormente para evaluar los cuidados del usuario y para realizar estudios que permitan el avance de la enfermería y mejoren la eficacia y eficiencia de los cuidados de salud.

4. Evita que se pierda de vista el factor humano.

5. Promueve la flexibilidad y pensamiento independiente.

6. Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).

7. Ayuda a que:

a) Los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos.

b) El profesional de enfermería tenga la satisfacción de obtener resultados.

El PE además de cumplir con las normas de la práctica de enfermería le proporciona al profesional otras ventajas como son:

Grado en una escuela acreditada: es necesario aprenderlo y aplicarlo en la forma correcta en el ejercicio profesional. Este punto se refiere a la responsabilidad que tiene cada enfermero de aplicar el proceso para obtener mayor acreditación y cuando ejerza su profesión.

Confiabilidad: con relación al cuidado del paciente, le permite saber cuáles son los problemas específicos, las metas, el cómo y cuándo pueden ser ejecutadas de la mejor manera posible.

Satisfacción en el trabajo: los planes de cuidado adecuados incrementan en gran medida las oportunidades de una resolución exitosa de los problemas de salud generando en el profesional un sentimiento de orgullo y satisfacción personal y laboral.

Crecimiento profesional: compartir el conocimiento y la experiencia con otros colegas permite un intercambio con aquellos que se encuentran en la fase de adquisición de experiencia mediante la retroalimentación de resultados y evaluación de los mismos.

Ayuda para la asignación de pacientes: los planes de atención ayudan a la asignación de pacientes por parte de docentes, estudiantes y profesionales teniendo como base el grado de complejidad, aumentando así el nivel de experiencia.

Empleo en un hospital: si el hospital está ejecutando el proceso es él quien evaluará el conocimiento acerca de éste y determinará o no la contratación.

También proporciona ventajas para el paciente:

Continuidad en la atención: el enfermo no tiene que seguir repitiendo sus inquietudes a cada uno de los profesionales que lo asisten pues el plan de cuidado proporciona esta información. En los hospitales los profesionales de enfermería comparten el cuidado de

un paciente las 24 horas. Cada profesional proporciona un cuidado, pero es necesario tener un plan que permita coordinar el esfuerzo de todas, con más organización y continuidad en los cuidados.

Calidad de atención: la entrevista de ingreso realizada por el enfermero permite la elaboración de un plan de atención que servirá como guía para otros enfermeros y estudiantes. La evaluación y revisión continuas aseguran un nivel de atención de acuerdo con la situación de salud del individuo.

1.5 Capacidades, habilidades y actitudes requeridas para la aplicación del proceso de atención de enfermería

1.5.1 Conocimiento y pensamientos críticos

1. Conocimiento enfermero: amplio y variado.

La base de conocimientos que guía las acciones enfermeras es amplia y variada, incluyendo los siguientes:

- a) Promoción de la salud, crecimiento y desarrollo.
- b) Salud mental/psiquiatría, salud pública y comunitaria.
- c) Cultura/ética/legislación.
- d) Anatomía y fisiología, epidemiología.
- e) Proceso enfermero/diagnósticos enfermeros.
- f) Manejos de los cuidados enfermeros.
- g) Proceso de la enfermedad y tratamiento.
- h) Investigación/liderazgo, dinámica de grupos y organizaciones.
- i) Enseñanza y asesoramiento, comunicación/negociación.
- j) Fisiopatología/farmacología, microbiología/química.

k) Ciencias físicas y sociales.

2. Pensamiento crítico:

a) Supone un pensamiento deliberado, dirigido al logro de un objetivo.

b) Se orienta al paciente, a la familia y a las necesidades de la comunidad.

c) Se basa en principios del PE y el método científico.

d) Constantemente está reevaluándose, autocorrigiéndose y esforzándose por mejorar.

e) Requiere conocimientos, habilidades y experiencia.

f) Requiere estrategias para desarrollar al máximo el potencial humano (usando los recursos individuales) y compensar al máximo los problemas creados por la naturaleza humana.

g) Se guía por los estándares profesionales y los códigos éticos.

1.5.2 Habilidades técnicas e interpersonales

1. Habilidades técnicas:

Dominar las habilidades técnicas, como administrar inyecciones, manejar las vías intravenosas y otras muchas prácticas que implican equipo y coordinación, es una parte importante del desarrollo de la habilidad de pensar críticamente en el área clínica. Una vez que se haya familiarizado con los principios y habilidades manuales que requiere el uso de nuevos equipos, podrá dedicar plenamente su capacidad mental a pensar en los que está haciendo con la persona y no con el equipo. Dedicar el tiempo necesario para practicar con el equipo y dominar los procedimientos enfermeros antes de cuidar a enfermos en situaciones críticas mejorará significativamente su capacidad de razonamiento clínico.

2. Habilidades interpersonales:

Desarrollar habilidades interpersonales es tan importante como ampliar habilidades de pensamiento crítico. Si no se es capaz de establecer una relación interpersonal positiva, es poco probable que se puedan conocer los problemas reales, que se comprendan los problemas reales, que se llegue hasta otras personas para ayudarlas o que se forme parte activa de un equipo.

Las relaciones se construyen tanto con nuestra conducta como con nuestras palabras: las acciones cuentan más que las palabras. Para establecer relaciones interpersonales positivas deben enviarse mensajes del tipo *soy de fiar, le respeto, puede confiar en mí, quiero hacer bien mi trabajo.*

1.5.3 Deseo de cuidar y habilidad para hacerlo

1. Deseo de cuidar:

Tener deseo de cuidar significa elegir hacer todo lo necesario para ayudar a los demás. Esto incluye:

- a) Mantener centrada la atención en lo que es mejor para el consumidor (persona, familia, comunidad).
- b) Respetar los valores y creencias de los demás.
- c) Permanecer implicado, incluso cuando los problemas se hacen crónicos o se agravan.
- d) Mantener un estilo de vida saludable que permita ofrecer ayuda a los demás.

2. Capacidad para cuidar:

Ser capaz de cuidar significa comprendernos a nosotros mismos y comprender a los demás.

Comprendernos a nosotros mismos: es algo que requiere toda la vida. Ganar en introspección implica aprender sobre nuestra tendencia, reacciones y hábitos, y éstos tienden a cambiar a medida que crecemos y maduramos. Reconocer nuestros valores y marco de referencia puede influenciar nuestro pensamiento y nuestra capacidad para comprender a los demás.

Comprender a los demás: implica aprender a escuchar empáticamente, o escuchar con intención de penetrar en la forma de pensar y ver el mundo de otra persona. Escuchar empáticamente significa dejar de lado nuestra forma de ver el mundo y conectar con las percepciones y sentimientos de otros.

1.6 Características del proceso de atención de enfermería

El PE se caracteriza por unas propiedades exclusivas que le permiten responder a los cambios que sufre el estado de salud del cliente. Su uso es universal ya que puede aplicarse a clientes de cualquier edad y en cualquier momento del continuo salud – enfermedad. Además es útil en varios ámbitos (por ejemplo, colegios, hospitales, clínicas o asistencia domiciliaria) y en todas las ramas de especialización. Sin embargo dentro de las características principales e inherentes del PE se encuentran las siguientes:

1. Sistemático. Como el método de solución de problemas, consta de cinco pasos, en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.

2. Dinámico: A medida que se adquiere experiencia, podrá moverse atrás y hacia adelante entre los distintos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

3. Humanístico: Se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad).

4. Centrado en los objetivos (resultados): Los pasos del PE están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente.

El concepto de PE no es bien definido por los profesionales de enfermería. Existe la idea que el proceso consiste simplemente en emitir un diagnóstico de enfermería o un plan de actividades. Aunque los profesionales de enfermería lo consideran importante, esta afirmación carece de sustento ya que en el desempeño laboral no es utilizada por

los mismos, y los que tratan de utilizarlo finalmente son contaminados con un modelo mecánico de atención el cual ocasiona que se pierda la esencia de la profesión de enfermería: *el cuidado*.

Existe un número elevado de profesionales que no trabajan ninguna metodología, por lo cual es importante la unificación de criterios entre instituciones que contratan profesionales de enfermería y los mismos entre sí, ya que ellos manifiestan que el PE les sirve indistintamente para interactuar con el paciente y la familia, adquirir satisfacción personal, afianzar conocimientos previamente adquiridos para utilizarlos

Un factor determinante para la no aplicación del PE, es la falta de un tiempo determinado para la formulación y ejecución del mismo, ya que el periodo que debiera destinarse al proceso es consumido por el desempeño de múltiples actividades como las de tipo administrativo. Sumado a ello, está el escaso número de enfermeros que existe en relación con la asignación de pacientes en un servicio, la inexistencia de un sistema adecuado de información que permita agilizar los procesos que manejan las instituciones y la falta de unificación de un formato para la valoración integral de enfermería de forma eficaz.

Se deben rescatar los diferentes conceptos emitidos por los profesionales en cuanto a las razones de importancia que les merece el PE como el orden que le proporciona al desempeño profesional, la identidad que gana el profesional de enfermería, garantizar un cuidado individualizado de calidad a los usuarios de un servicio de salud y detectar fallas en el trabajo para la toma de decisiones.

Las instituciones interesadas en adelantar proyectos sobre PE, en evaluar los existentes o modificar los que estén planeados, deben revisar las observaciones hechas por los profesionales con respecto a las limitantes que ellos mismos plantean a través de su ejercicio profesional.

Teniendo en cuenta el número de profesionales que están de acuerdo con la institucionalización del PE, es indispensable entonces, que el profesional sea vinculado a un programa de capacitación con personal idóneo en el tema, que incluya un conocimiento teórico-práctico detallado de éste, siendo ellos mismos los encargados de medir a corto, mediano y largo plazo los resultados

1.7 Etapas del proceso enfermero

1.7.1 Valoración

La valoración es el primer paso para determinar el estado de salud del cliente. Se realiza mediante la entrevista y un examen para reunir la información y asegurarse de que se dispone de las “piezas” necesarias para tener una imagen clara de la salud de la persona.

Las cinco claves de la valoración son:

1. Recogida de datos: es un proceso continuado. Empieza cuando se encuentra por vez primera con el usuario y continua hasta que la persona es dada de alta. Los recursos que se utilizan para asegurar una valoración completan son:

- a) Consumidor (individuo, familia o comunidad).
- b) Personas allegadas.
- c) Registros médicos y enfermeros.
- d) Consultas verbales y escritas.

- e) Estudios diagnósticos / laboratorio.

Pueden clasificarse en dos categorías: directos e indirectos. Los *datos directos* son información obtenida directamente del usuario (p. ej., de la entrevista y exploración).

Los *datos indirectos* son información que se obtiene de otras fuentes (p. ej., el cónyuge. Otros profesionales de enfermería).

Una recogida de datos completa se produce en tres fases:

- a) Antes de ver a la persona.
- b) Cuando se ve a la persona.
- c) Después de ver a la persona.

Hay dos tipos principales de valoración:

a) *Valoración de los datos básicos*. Información general que se reúne en el contacto inicial con la persona para valorar *todos los aspectos de su estado de salud*.

b) *Valoración focalizada*. Datos que se reúnen para determinar el estado de un aspecto específico (p. ej., los hábitos intestinales).

Entrevista enfermera: El éxito de las técnicas de entrevista y examen están influidas por la sensibilización ante los aspectos éticos, culturales y espirituales por lo que siempre se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

a) Proporcionar servicios respetando la dignidad humana y la individualidad del paciente, sin limitaciones por la consideración de su situación social o económica, atributos personales o la naturaleza de su problema de salud (ANA 1985).

b) Salvaguardar el derecho del cliente a la intimidad protegiendo juiciosamente la información de índole confidencial.

- c) Ser honrada. Decir la verdad acerca de cómo se usarán los datos obtenidos.

d) Respetar las ideas culturales y religiosas de las personas y ser consciente de las tendencias físicas relacionadas con la cultura. Esto incluye tomar consciencia de:

- Variaciones biológicas: por ejemplo, las diferencias entre grupos raciales y étnicos.
- Patrones de comunicación habituales: por ejemplo, como se emplean el lenguaje y los gestos.
- Organizaciones y prácticas familiares. Hay diversas unidades y prácticas familiares que es preciso conocer para poder comprender los factores que influyen en el estado de salud.
- Creencias sobre la capacidad de las personas para controlar la naturaleza e influencia en su capacidad para estar sanos (rituales requeridos para permitir algún procedimiento).
- El concepto que la persona tiene de “Dios” e ideas sobre la relación entre las creencias espirituales y el estado de salud.

Valoración física: La clave para llevar a cabo la valoración física es ser minuciosa, sistemática y técnicamente hábil. Las técnicas habitualmente utilizadas para realizar la valoración física son: *Inspección, auscultación, palpación y percusión.*

Una guía para la realización de la valoración es la siguiente:

- a) Promover la comunicación entre usted y la persona que examina.
- b) Respetar la intimidad del cliente.
- c) No fiarse de la memoria. Tomar notas para asegurar la exactitud.
- d) Elegir el método para organizar la valoración y usarlo consistentemente, por ejemplo el enfoque céfalo caudal:

- Estado neurológico. Estado mental, orientación, reacción pupilar, visión y aspecto de los ojos, reflejo nauseoso, capacidad para oír, gustar, palpar y oler, marcha, coordinación, presencia de dolor/malestar.

- Estado respiratorio. Vía aérea, sonidos respiratorios, frecuencia y profundidad respiratoria, tos, simetría, presencia de dolor/ malestar.

- Estado cardíaco. Frecuencia apical, ritmo, sonidos cardíacos, presencia de dolor/ malestar.

- Estado circulatorio. Frecuencia, ritmo y calidad de los pulsos (radial, humeral, carotideo, femoral y pedio); presencia de dolor/malestar.

- Estado gastrointestinal. Estado de los labios, lengua, encías, dientes, presencia de ruidos intestinales, presencia de distensión o sensibilidad abdominal, impactación, hemorroides.

- Estado genitourinario. Color y cantidad de orina, presencia de distensión vesical, drenaje (vaginal, uretral), presencia de dolor/malestar, examen de las mamas, estado de la vulva, examen testicular.

- Estado de la piel. Color, temperatura, turgencia, edema, lesiones, distribución del vello, presencia de prurito/dolor/malestar.

- Estado músculo esquelético. Tono y fuerza musculares, amplitud de movimientos, presencia de dolor/malestar.

Identificación de los datos objetivos y subjetivos: Separar la información en datos subjetivos (lo que la persona *dice* verbalmente o por escrito) y datos objetivos (lo que usted *observa*) ayuda al pensamiento crítico porque cada parte de la información complementa y clarifica la otra. Los datos objetivos *apoyan* los datos subjetivos: lo que usted observa confirma lo que dice la persona.

2. Validación (verificación) de los datos:

La validación o verificación de los datos de que se disponen es real y completa, y ayuda a evitar:

- a) Hacer asunciones.
- b) Omitir información pertinente.
- c) Malinterpretar las situaciones.
- d) Extraer conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada.
- e) Cometer errores en la identificación de los problemas.

Una guía para la validación de los datos puede ser:

- a) Los datos que pueden medirse exactamente pueden aceptarse como hechos.
- b) Los datos que observa otra persona pueden ser ciertos o no.
- c) Valide la información dudosa.

3. Organización (agrupación) de los datos:

Es un principio del pensamiento crítico que refuerza la capacidad para obtener una imagen clara del estado de salud. Ayuda a empezar a tener una imagen de diversos aspectos del estado de salud.

Agrupar los datos según una perspectiva enfermera. Cuando se identifican diagnósticos enfermeros es útil agrupar los datos según un modelo holístico en vez de seguir un modelo médico. Los patrones funcionales de Gordon, los patrones de respuestas humanas de la North American Nurses Association, la pirámide de necesidades de Maslow, son útiles cuando se identifican diagnósticos enfermeros porque tienen un enfoque holístico y agrupan datos relacionados sobre patrones de

funcionamiento y respuestas humanas, en vez de dar solo patrones del funcionamiento de órganos y sistemas.

Agrupar los datos según los sistemas corporales. Cuando se desea identificar datos que pueden indicar posibles problemas médicos, resulta útil el enfoque por sistemas corporales porque los problemas médicos con frecuencia están causados por anomalías en el funcionamiento de los órganos o sistemas.

4. *Identificación de patrones/comprobación de las primeras impresiones.*

Después de reunir los datos en grupos de información relacionada, empieza a tener algunas impresiones iniciales de patrones de funcionamiento humano. Pero debe comprobar esas impresiones y decidir si los patrones son realmente lo que parecen. Comprobar las primeras impresiones significa determinar qué es relevante, formar juicios tentativos sobre lo que podrían sugerir los datos y centrar la valoración para obtener más información que permita comprender plenamente la situación.

Para comprobar sus primeras impresiones y obtener piezas claves de información sobre los patrones de salud o enfermedad, recuerde los siguientes principios del pensamiento crítico:

- a) Determinar qué es relevante y qué no lo es. Pregúntese qué información relevante pudo haber omitido.
- b) Recuerde el principio de causalidad. Averigüe por qué y cómo se inició el patrón (es decir, busque los factores contribuyentes).

5. Informes y anotaciones.

Anotar los datos a tiempo promueve:

- a) La continuidad: Nadie puede leer una nota mientras no sea registrada en las hojas de enfermería.

b) La exactitud. Las notas más exactas son aquellas que son registradas cuando aún están frescas en la memoria.

c) El pensamiento crítico. Escribir y evaluar lo escrito refuerza el pensamiento crítico y permite detectar información pasada por alto.

Decidir qué informar:

a) Informe todo lo que sospecha que pueda ser anormal.

b) Para decidir si algo es anormal, se debe comparar la información con los estándares de normalidad aceptados; si la información no está dentro de los límites de la normalidad, puede considerarse como anormal.

c) Los límites normales pueden variar de una persona a otra y en distintas situaciones.

Decidir qué anotar:

a) Anotar todo aquello de lo que se informe y seguir las políticas y procedimientos de la institución para anotar los datos. Las políticas y procedimientos pueden variar de una institución a otra.

b) Seguir fielmente las políticas y procedimientos para las anotaciones.

c) Cuando se hacen anotaciones a mano debe usarse tinta y escribir con letra legible o de imprenta, incluso cuando se tiene prisa.

d) Completar los datos básicos tan pronto como sea posible.

e) Hacer anotaciones objetivas, sin emitir juicios de valor.

f) Evitar los términos que tienen una connotación negativa.

g) Mantener la confidencialidad de la información.

h) Ser breve.

i) Si se hace una inferencia, debe apoyarse con evidencia.

j) Si se comete un error, debe corregirse sin tapar las palabras originales.

k) Si el enfermo no quiere responder a una pregunta, debe anotarse “prefiere no responder”.

1.7.2 Diagnóstico

La comprensión de los términos clave relacionados con el diagnóstico es esencial a fin de diagnosticar de manera competente, actuar de acuerdo a los intereses del usuario y protegerse de problemas legales.

1. *Competencia*: Conocimientos y habilidades para llevar a cabo una acción de manera segura y eficiente en distintas situaciones; también se utiliza para referirse a la capacidad para identificar claramente los problemas y su causa.

2. *Capacitación*: Competencia y habilidad para llevar a cabo una acción.

3. *Dominio enfermero*: Acciones que la enfermera está legalmente autorizada a realizar. También puede referirse a los diagnósticos que el profesional de enfermería está autorizado a formular.

4. *Dominio médico*: Actividades y acciones que el médico está legalmente capacitado para llevar a cabo.

5. *Responsabilidad*: Obligación de responder de algo.

6. *Intervenciones definitivas*: El tratamiento más específico requerido para prevenir, resolver o manejar un problema de salud.

7. *Resultado*: El efecto de las intervenciones prescritas o plan de cuidados. Normalmente se refiere al efecto deseado de las intervenciones (es decir, la prevención, resolución o manejo del problema) incluye un marco temporal específico en el que se espera lograr el resultado.

8. *Diagnosticar*: Emitir un juicio y nominar los problemas de salud reales y potenciales o los factores de riesgo basándose en las evidencias de la valoración.

9. *Diagnóstico*: Además de referirse al segundo paso del PE, la palabra *diagnóstico* puede significar dos cosas: a) el proceso de analizar los datos y unir las claves relacionadas para emitir juicios sobre los problemas de salud (la habilidad para diagnosticar se adquiere mediante la educación, la práctica y la aplicación de los principios del pensamiento crítico), o b) el *resultado* del proceso diagnóstico.

10. *Procesos vitales*: Acontecimientos o cambios que ocurren durante la vida de una persona (p. ej., crecer, madurar, tener hijos, cambiar de residencia, separarse, sufrir pérdidas).

11. *Diagnóstico enfermero*: Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que el profesional de enfermería es responsable (NANDA, 1994). Los diagnósticos enfermeros con frecuencia se llaman respuestas humanas porque, como profesionales, nos centramos en cómo responden las personas a los cambios en su salud o circunstancias vitales, por ejemplo, cómo responden a la enfermedad o a la maternidad/paternidad.

12. *Diagnóstico médico*: Problema de salud que requiere el diagnóstico definitivo de un médico capacitado. Normalmente los diagnósticos médicos se refieren a problemas con órganos o sistemas (enfermedad, traumatismo) y no siempre requieren de cuidados enfermeros.

13. *Complicaciones potenciales*: Problemas que aparecen en los órganos o sistemas debido a la presencia de ciertos diagnósticos o modalidades terapéuticas.

14. *Problema multidisciplinar*: Problema que requiere tratamiento por más de una disciplina, por ejemplo, enfermería, medicina, fisioterapia y terapia ocupacional.

15. *Factor relacionado*: Algo que sabe que está asociado a un problema de salud específico (p. ej., una historia de caídas frecuentes está relacionada con el riesgo de lesión).

16. *Factor de riesgo*: Algo que se sabe que causa o contribuye a un problema específico (p. ej., disminución de la visión es un factor relacionado con el riesgo de lesión).

17. *Etiología*: Algo que se sabe que causa una enfermedad o problema. Los términos factor de riesgo y etiología con frecuencia se emplean indistintamente.

18. *Diagnóstico de riesgo (potencial)*: Problema de salud que puede desarrollarse si no se toman medidas preventivas.

19. *Diagnóstico de salud*: Juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de salud a otro mayor.

Pasos para diagnosticar problemas de salud:

1. Se empieza por pedir a la persona (y a las personas allegadas) que identifique sus tres principales problemas o preocupaciones.

2. Asegurarse de que se han completado las cinco fases de la valoración, agrupando los datos según un modelo enfermero y por sistemas corporales.

3. Determinar el funcionamiento normal, deteriorado, en riesgo de deteriorarse o posiblemente deteriorado y luego hacer una lista de los problemas reales y potenciales que se sospechan.

4. Considerar cada uno de los problemas de cuya existencia se sospecha y buscar otros signos y síntomas asociados a ellos.

5. Incluir y excluir los problemas (incluir un problema significa decidir que el problema existe, excluirlo significa decidir que el problema no está presente) buscando fallos en el proceso de pensamiento.

6. Nombrar los problemas con las etiquetas que más fielmente se ajusten a las claves de la valoración.

7. Determinar las causas del problema.

8. Identificar factores de riesgo de un problema pero del que no se tiene evidencias (no hay signos, ni síntomas), debe ser identificado como un problema de riesgo (potencial).

9. Compartir los diagnósticos con la persona que requiere los cuidados y preguntar si le parecen apropiados.

10. Preguntar a la persona si hay algo más que debería incluirse en el problema.

Componentes de la etiqueta diagnóstica

La mayoría de etiquetas diagnósticas de la NANDA tiene tres componentes:

1. *Título (etiqueta) y definición:* Una descripción precisa del problema.

2. *Características definitorias:* Grupo de signos y síntomas frecuentemente asociados a ese diagnóstico (los diagnósticos de riesgo no tienen características definitorias por que se aplican a personas que están en riesgo de desarrollarlos. Por consiguiente, no hay signos ni síntomas evidentes).

3. *Factores de riesgo (relacionados):* Factores que pueden causar o contribuir al problema.

Diagnósticos enfermeros reales, de riesgo y posibles:

Reconocer los diagnósticos enfermeros reales, de riesgo y posibles requiere que compare los datos de valoración de la persona con la definición, características definitorias y factores relacionados (de riesgo) de los diagnósticos cuya existencia sospecha.

1. *Diagnóstico real*: Los datos de la persona contienen evidencias de signos y síntomas o características definitorias del diagnóstico.

2. *Diagnóstico de riesgo*: Los datos de la persona contienen evidencias de factores relacionados (de riesgo) del diagnóstico, pero no hay evidencias de las características definitorias (si hubiera evidencias de características definitorias, sería un diagnóstico *real*, no de *riesgo*).

3. *Diagnóstico posible*: Los datos de la persona no indican la presencia de características definitorias o factores relacionados del diagnóstico, pero su intuición le dice que el diagnóstico puede estar presente (p. ej., posible afrontamiento inefectivo).

Reglas para escribir las formulaciones diagnósticas:

1. *Diagnósticos reales* (formulación en tres partes).

Puede usarse el formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas) o PRS (Problema, factor relacionado, signos y síntomas).

Usar “relacionado con” para unir el problema con la etiología o factores relacionados. Añadir “evidenciado por” para incluir las evidencias que apoyan la existencia del diagnóstico. Ejemplo:

Deterioro de la comunicación relacionado con barrera lingüística evidenciada por la incapacidad para hablar o comprender el castellano y uso del inglés.

2. *Diagnóstico de riesgo* (formulación en dos partes).

Puede usarse el formato problema, etiología o PR (problema, factores relacionados [de riesgo]). Usar “relacionado con” para unir el problema potencial con los factores relacionados (de riesgo).

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con obesidad, diaforesis excesiva y confinamiento en la cama.

3. Diagnósticos posibles (formulación en una parte). Simplemente nombre el posible problema.

Posibles patrones sexuales inefectivos.

4. *Diagnósticos de salud* (formulación en una parte). Usar disposición para mejorar antes de las palabras que describen lo que se quiere mejorar.

5. Síndrome diagnóstico (formulación en una parte). Simplemente nombre el síndrome. Ejm. Síndrome traumático por violación.

1.7.3. Planificación

La planificación de los cuidados incluye:

1. Determinar prioridades.
2. Establecer los objetivos esperados.
3. Determinar las intervenciones enfermeras.
4. Asegurarse de que el plan esté adecuadamente anotado.

Los principales componentes del plan de cuidados son:

1. Objetivos (resultados deseados) ¿Qué resultados espera conseguir y cuándo espera lograrlos?

2. Problemas reales y potenciales ¿Cuáles son los diagnósticos y problemas reales y potenciales que deben abordarse para asegurar un plan de cuidados seguro y eficiente?

3. Intervenciones específicas ¿Qué va a hacer para prevenir o manejar los principales problemas y lograr los resultados deseados?

4. Evaluación/notas de curso. ¿Dónde puede averiguar cómo está respondiendo la persona al plan de cuidados?

Establecimiento de prioridades

Determinar prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico que requiere que ser capaz de decidir:

1. Qué problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar.
2. Qué problemas son su responsabilidad y cuáles debe referir a otro profesional.
3. Qué problemas tratará usando planes estandarizados (p. ej., planes de cuidados estandarizados, necesidades de Maslow).
4. Qué problemas no están cubiertos por los protocolos o planes estándares pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo.

Establecer los objetivos:

La provisión de cuidados enfermeros efectivos requiere que nos centremos en los resultados del cliente, que se formulan como objetivos centrados en el cliente.

Los objetivos sirven a tres propósitos principales:

1. Son la vara de medir del plan de cuidados.
2. Dirigen las intervenciones
3. Son factores de motivación.

Algunos principios de los objetivos centrados en el cliente:

1. El *objetivo* describe lo que espera observar en *el cliente* que demostrará que se ha beneficiado de los cuidados enfermeros. Aunque los términos *objetivos* e *indicadores* con frecuencia se emplean como sinónimos, los *indicadores* generalmente son datos específicos, medibles, que indicarán el logro de un objetivo.

2. Los objetivos identifican los beneficios que se esperan ver en el cliente después de brindar los cuidados enfermeros. El término cliente normalmente se refiere al receptor de los cuidados.

3. Los objetivos pueden ser de corto plazo (que describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones enfermeras), o de largo plazo (describen los beneficios que se esperan ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan).

4. Se debe comprobar que los objetivos y los indicadores son medibles.

a) *Sujeto* ¿Quién se espera que alcance el resultado?

b) *Verbo* ¿Qué acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo?

c) *Condición* ¿En qué circunstancias se encuentra la persona que llevará a cabo la acción?

d) *Criterios de ejecución* ¿En qué grado va a realizar la acción?

e) *Momento para lograrlo* ¿Cuándo se espera que esa persona sea capaz de hacerlo?

5. Use verbos mensurables (verbos que describan exactamente lo que usted espera ver u oír cuando se haya alcanzado el objetivo).

Estándares para los objetivos:

- a) Derivan de los diagnósticos
- b) Se anotan usando términos medibles.
- c) Cuando es posible, se formulan conjuntamente con el cliente y los demás

proveedores de cuidados de salud.

- d) Son realistas respecto a las capacidades actuales y potenciales del cliente.
- e) Pueden lograrse con los recursos de que dispone el cliente.

f) Están escritos de forma tal que, incluyen el momento en que espera conseguirlos y proporcionan directrices para la continuidad de los cuidados.

Clasificación de los objetivos:

a. *Objetivos clínicos*: son aquellos que describen el estado esperado de ciertos problemas médicos, enfermeros o multidisciplinarios en un determinado momento, tras haber realizado el tratamiento.

b. *Objetivos funcionales*: son los que describen la habilidad de la persona para funcionar en relación con las actividades diarias deseadas.

b) *Objetivos de calidad de vida*: tratan de los factores que afectan a la habilidad de cada persona para sentirse confortable física y espiritualmente.

Intervenciones enfermeras

Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cabo por las enfermeras para:

1. Controlar el estado de salud.
2. Reducir los riesgos.
3. Resolver, prevenir o manejar un problema.
4. Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria.
5. Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

Anotación correcta del plan de cuidados:

Es importante el cerciorarse de que en algún lugar de los registros del usuario se encuentren las evidencias de los cuatro componentes requeridos en el plan de cuidados (diagnósticos o problemas, resultados esperados de los cuidados, intervenciones prescritas y evaluación o notas de curso sobre las respuestas a las intervenciones).

1.7.4 Ejecución

La ejecución o puesta en marcha del plan incluye:

1. Preparación para dar o recibir un informe.

Recibir el informe requiere de una preparación que incluye la llegada anticipada a la unidad del cliente y la lectura de los registros. Recibir o dar el informe siempre puede ser un desafío debido a las múltiples interrupciones y distracciones que tienden a presentarse durante la entrega del cambio de turno sin embargo, sigue siendo una responsabilidad inherente del profesional de enfermería que pretende ser tal.

2. Establecer prioridades diarias.

Marcar prioridades durante la ejecución requiere aplicar los mismos principios que en la planificación. Una guía para ello puede ser el planteamiento de las siguientes preguntas:

¿Qué problemas deben resolverse hoy y qué sucedería si los dejara para más tarde?

¿Qué problemas debo controlar hoy y qué sucedería si no los controlase?

Para lograr los objetivos generales de cuidados, ¿Cuáles son los problemas clave o los problemas que debo resolver o manejar hoy?

De todos los problemas del enfermo ¿Con cuáles puedo trabajar hoy de manera realista?

3. Valorar y revalorar.

Para garantizar la seguridad del usuario se debe controlar de cerca las respuestas a las intervenciones para determinar la adecuación del plan de cuidados.

4. Realizar las intervenciones e introducir los cambios necesarios.

Es importante estar preparada para otorgar los cuidados de tal manera que estos puedan ser efectivos. Saber qué, por qué y cómo hacer, reducirá los riesgos. Se debe

cerciorar la capacidad que se tiene para la realización de los procedimientos, así como para su evaluación.

5. Hacer anotaciones.

El propósito de los registros es básicamente:

a) Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud involucrados en el tratamiento del cliente.

b) Ayudar a identificar patrones de respuestas y cambios en la situación.

c) Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.

d) Crear un documento legal

6. Dar el informe de cambio de turno.

Los informes de cambio de turnos deben ser exactos, objetivos y organizados. Lo que se dice y como se dice puede marcar una gran diferencia en la calidad de los cuidados que recibe el enfermo.

1.7.5 Evaluación

La evaluación crítica – evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados del usuario – es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados de salud.

La evaluación proporciona la retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del consumidor y maximizar el valor de la provisión de cuidados de la salud.

Evaluación del plan de cuidados

Evaluar un plan de cuidados individual incluye realizar todos los pasos del PE:

1. Evaluación de la valoración: Se deben determinar los cambios habidos en el estado de salud y asegurarse de que todos los datos son exactos y completos.

2. Evaluación del diagnóstico: Debe decidirse si los diagnósticos y problemas que requieren cuidados enfermeros están resueltos o han mejorado lo suficiente para dar el alta de la intervención, así como considerar si hay nuevos problemas.

3. Evaluación de la planificación: Comprobar si los objetivos y las intervenciones son apropiados y determinar dónde está la persona en relación con los resultados (objetivos) esperados de los cuidados.

4. Evaluación de la ejecución: Examinar como se ha ejecutado el plan y decidir qué factores afectaron su éxito o le crearon problemas.

El paso final es decidir si hay que mantener, modificar o dar por terminado el plan:

1. *Continuar con el plan*: si la persona no ha alcanzado los objetivos pero no se ha identificado ningún factor que dificulte o fomente los cuidados y simplemente se requiere más tiempo.

2. *Modificar el plan*: cuando no se han logrado los objetivos, cuando se detectan nuevos problemas o factores de riesgo o cuando se identifican formas de que los cuidados sean más efectivos.

3. *Dar por terminado el plan*: si la persona ha conseguido los objetivos, no hay nuevos problemas o factores de riesgo y demuestra habilidad para cuidar de sí misma.

Tipos de evaluación

Considerar los tres tipos de evaluación proporciona un examen general del manejo de casos:

1. Evaluación de los resultados: Se centra en los resultados u objetivos de los cuidados.

2. Evaluación del proceso: Se centra en cómo se brindaron los cuidados.

3. Evaluación de la estructura: Se centra en el entorno en el que tienen lugar los cuidados.

La evaluación es la clave de la excelencia en la provisión de cuidados de la salud. La evaluación en el contexto del proceso enfermero normalmente hace referencia a determinar la eficiencia del plan de cuidados individual, es decir corroborar si efectivamente, el usuario logró los objetivos a tiempo.

1.8 Modelo de atención de Virginia Henderson

1.8.1 Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría de Virginia Henderson

Henderson publicó por primera vez su definición de la enfermería en la revisión que, en 1955, hizo junto con Harme de la obra *The principles and Practice of Nursing*, de esta última. En la decisión de Henderson de crear su propia definición de la enfermería, influyeron principalmente tres factores. En primer lugar, en 1939 revisó, *the principles and Practice of Nursing*. Henderson ve en el trabajo que revisó con este texto, el origen de su percepción de “la necesidad de aclarar las funciones de las enfermeras”. Otra razón, fue su participación como miembro de un comité en una conferencia regional del National Nursing Council en 1946. Su trabajo en el comité fue incluido en el artículo de Esther Lucile Brown de 1948, *Nursing for the future*. Henderson cree que este artículo representa “mi punto de vista modificado sobre lo que pensaban los demás miembros del grupo”. Finalmente, Henderson se interesó por los cinco años de investigación que American Nurses Association había realizado sobre la función de la enfermera, ya que no estaba totalmente de acuerdo con la definición que había adoptado la ANA en 1955.

Henderson (1964) considera su trabajo una definición, más que una teoría, ya que la teoría no estaba de moda en esa época. Describe su interpretación como la “síntesis de muchas influencias, unas positivas y otras negativas”.

En *The Nature of Nursing*, identifica las siguientes fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería: Annie W. Goodrich, Carolina Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edgard Thorndike, Dr. George Deaver, Bertha Hamer, Ida Orlando.

1.8.2 Principales conceptos y definiciones

Enfermería: Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La única función de un profesional de enfermería es ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él mismo realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Salud: Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es “la calidad de la salud más que la vida en sí misma, es la reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida” (Henderson, 1978).

Entorno: Remite *Webster New Collegiate Dictionary*, 1961, que define el entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

Persona: Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad.

Necesidades: No se encuentra una definición específica de necesidad, pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Eliminar los residuos corporales
4. Moverse y mantener la posición deseada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir las prendas de vestir – vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

1.8.3 Supuestos principales

Virginia Henderson no cita directamente lo que cree que constituyen sus supuestos fundamentales. Los siguientes supuestos han sido adaptados a partir de las publicaciones de Henderson.

Enfermería: El profesional de enfermería tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.

El profesional actúa como un miembro de un equipo sanitario.

El profesional de enfermería actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio. Henderson subraya que el profesional (p. ej., la comadrona) puede actuar independientemente y debe hacerlo así si está preparado para una determinada situación. El profesional puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere.

El profesional de enfermería está formado en ciencias biológicas y sociales.

El profesional puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

Persona (paciente): La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia forman una unidad.

Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes.

Salud: La salud representa calidad de vida.

La salud es necesaria para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Entorno: Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.

El profesional de enfermería debe tener la formación en materia de seguridad.

Deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.

Deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento.

Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de los profesionales de enfermería como base para la prescripción de dispositivos protectores.

Los profesionales deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

1.8.4 Afirmaciones teóricas

La relación profesional de enfermería – paciente

Se pueden identificar tres niveles en la relación profesional – paciente:

1. Profesional como sustituto de algo necesario para el paciente.
2. Profesional como ayuda para el paciente.
3. Profesional como compañero del paciente.

En caso de enfermedad grave, el profesional de enfermería está considerado como “un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle “completo”, “íntegro” o “independiente”, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento”. Henderson refleja esta opinión en su afirmación de que el profesional “es, de forma temporal, la consciencia de la inconsciencia, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente, un medio de locomoción para el lactante, la sabiduría y la conciencia para la nueva madre, el “micrófono” para los demasiado débiles o introvertidos para hablar”.

El profesional de enfermería y el paciente siempre trabajan con un objetivo: la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas del profesional debe ser que el día del paciente transcurra “con la mayor normalidad posible”. La promoción de la salud es otro de los objetivos importantes. Henderson afirma que “se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que lo necesitan” (Marriner, 1995).

La relación profesional de enfermería – médico

Henderson insiste en que el profesional tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por el profesional de enfermería junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que, facilite el plan terapéutico prescrito por el médico. También indica que muchas de las funciones del profesional y médicos se solapan.

El profesional de enfermería como parte del equipo sanitario

El profesional de enfermería trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. El profesional de enfermería y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo. Henderson nos recuerda que nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, a menos que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica.

1.8.5 Método lógico

Henderson parece haber utilizado el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su definición de enfermería. Deduce su definición y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos. Muchos de los supuestos son válidos por el elevado nivel de concordancia con la literatura y con las conclusiones de las

investigaciones de los científicos de otros campos. Por ejemplo, sus 14 necesidades básicas se corresponden fielmente con la jerarquía de necesidades humanas de Maslow, ampliamente aceptada, aunque fueron concretadas antes de que Henderson leyera la obra de Maslow.

La definición de Henderson sobre la enfermería, por lo que al ejercicio profesional se refiere, indica que el profesional de enfermería que ve como su función principal al de suministradora directa de asistencia al paciente, hallará una recompensa inmediata en el progreso del paciente desde la dependencia a la independencia. El profesional debe realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al paciente cuando pierde la voluntad, el conocimiento o la fuerza. Tal como afirma Henderson (1966), el profesional debe “estar en su piel”. El profesional puede ayudar al paciente a ser independiente mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería.

Capítulo 2

DESARROLLO DEL PROCESO ENFERMERO EN UNA MUJER EN TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO

Historia Clínica de la Mujer en Estudio

Ficha de Identificación

Nombre: I. G. G. Sexo: Femenino Edad: 20 años Fecha de Nacimiento: 28 de marzo de 1988. Estado Civil: Unión Libre Ocupación: Ama de Casa Escolaridad: 3er. Semestre de Preparatoria. Religión: católica Dirección: Colonia Guadalupe Victoria, Municipio de Simojovel de Allende, Chiapas. Servicio: Urgencias / Obstetricia. Diagnóstico: Embarazo de 40.2 semanas de Gestación / Trabajo de parto.

Interrogatorio

Se realiza interrogatorio directo a la mujer la cual se encuentra en decúbito dorsal, en cama de urgencias en posición libremente escogida. Se encuentra inquieta, quejumbrosa por contracciones uterinas.

Es originaria del Municipio de Simojovel, de oficio ama de casa, estudió hasta el 3er. Semestre de Preparatoria, vive en casa rentada de madera, que cuenta con dos habitaciones sin ventilación ni iluminación adecuada, servicio sanitario fuera de la casa, cuenta con servicio de agua potable fuera de su casa, drenaje, y servicios de eliminación de desechos (drenaje y recolección de basura) aparentemente adecuados. Cuenta con acceso pavimentado hacia su casa, transporte público (combis). Utiliza servicios médicos particulares.

Hábitos higiénicos y dietéticos

Práctica hábitos de higiene diaria (baño de regadera, bucal dos veces por día, cambio de ropa completo y diario). Su dieta se basa en alimentos variados con consumo de carnes dos veces por semana, frutas y verduras cuatro veces por semana, leguminosas, leche y pan, tres veces por semana, y agua dos litros por día. Sus hábitos de eliminación intestinal y vesical son adecuados (2/4 veces por día). Sueño fisiológico, sin alteraciones patológicas, solo refiere periodos de vigilia en las últimas dos semanas provocados por los movimientos fetales frecuentes y estado de gravidez.

Composición familiar

Su familia se encuentra compuesta por su esposo de 24 años de edad y ella de 20 años. Su esposo trabaja como obrero con un salario de \$400.00 a la semana. No refiere ningún otro tipo de ingresos económicos. Ella se dedica a las labores del hogar, carece de algunas facilidades para la realización de estas. Cocina en fogón para lo que tiene que transportar leña, aunque de poca distancia.

Aparentemente tiene buena relación con su pareja, quien es cooperador y tranquilo según lo refiere la paciente, comunicación adecuada con planificación de vida futura.

Antecedentes personales no patológicos

Tabaquismo negado, alcoholismo aceptado con práctica esporádica (social), niega fármacodependencia. Grupo y Rh. "O" positivo. No refiere alergias.

Antecedentes personales patológicos

Niega diabetes, epilepsia, cardiopatías, neuropatías, toxoplasmosis o hipertensión. Transfusiones o antecedentes traumáticos negados.

Antecedentes heredo familiares

Negados. Alcoholismo paterno positivo.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Palpitaciones, disnea y dolor torácico relacionados con los pequeños esfuerzos. Ingesta adecuada con referencia de pirosis, náuseas y vómito relacionado con el embarazo. Ruidos intestinales aumentados, pujo y tenesmo durante las evacuaciones.

Dismenorrea referida desde la menarca. Leucorrea de características blanco lechoso. Sistema nervioso, refiere cefalea y depresión a partir del embarazo.

Sistema músculo esquelético con artralgias referidas.

Hiperpigmentación de la línea alba y areolas relacionada con el embarazo.

Órganos y sentidos sin aparentes alteraciones.

Antecedentes gineco obstétricos

Menarca: 12 años Telarca (Desarrollo de la mama): 12 años Pubarca (Aparición del pelo púbico): 11 años. Ciclos: 6 x 30 Duración: 6 días Dismenorrea: Positiva e incapacitante. IVSA: 16 años. Sin método de control prenatal, ni métodos de detección de cáncer. FUR: 6 de Febrero 2008 FPP: 13 de Noviembre 2008 SDG: 40.2 Gestas: 1 Paras: 0 Abortos: 0 Cesáreas: 0 Periodo ínter genésico. Número de compañeros sexuales: 1 circuncidado.

Evolución del embarazo

Sin complicaciones referidas durante el embarazo.

Exploración física (trabajo de parto)

Datos físicos:

- Peso antes del embarazo: 47 Kg. (la paciente refiere haber tenido pérdida ponderal importante en el primer trimestre del embarazo debido a hiperémesis).
- Peso actual: 51,500 kg
- Talla: 1.51 cm
- Tensión arterial: 140/110
- Pulso: 92 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 22 por minuto
- Temperatura: 36.7grados centígrados

Se realiza exploración física con la autorización de la mujer y su familiar de forma céfalo caudal.

Se encuentra femenina gestante en cama de urgencias, en posición decúbito dorsal libremente escogida, con facies de dolor y quejumbrosa.

Coloración de mucosas ligeramente pálidas, deambulación restringida por dolor de contracciones uterinas. Se expresa con claridad y facilidad, ansiosa por el proceso de trabajo de parto y su desarrollo, angustiada por desconocer el estado de salud del producto.

Piel: íntegra, sin alteraciones de pigmentación, de coloración ligeramente pálida, sin edema ni interrupción traumática o patológica.

Cabeza: con cabello bien implantado, y distribuido de modo uniforme, cráneo normo céfalo.

Ojos: Cejas alineadas, pestañas distribuidas, piel sin secreciones, párpados simétricos, esclerótica blanca sin edema ni lagrimeo, normo reflejos, sin exoftalmos, nistagmos ni ptosis ni alteraciones patológicas detectadas ni referidas.

Nariz: Simétrica, permeable sin alteraciones óseas, móvil, firme sin dolor.

Oído: Pabellón auricular sin alteraciones, sin cerumen, membranas timpánicas íntegras, con buena percepción de ruidos.

Boca: con dientes completos con caries presentes, mucosas ligeramente deshidratadas.

Cuello: Sin adenomegalias detectables a la palpación.

Tórax: De forma oval, murmullo vesicular presente, campos pulmonares limpios sin estertores ni sibilancias presentes, desplazamiento normal del diafragma, columna sin alteraciones óseas detectables y sin alteración de los ruidos cardíacos.

Mamas: De forma redondeada, de tamaño simétrico, piel lisa e íntacta, sin nevos o lunares, turgentes, pezones sin alteraciones y bien formados para la lactancia.

Abdomen: Globoso a expensas de útero grávido, piel íntegra sin presencia de estrías, con un fondo uterino de 29cm. Se realiza maniobra de "Leopold" encontrándose producto cefálico con dorso a la derecha y encajado. Se valora FCF con una frecuencia de 140 lpm. Contracciones con duración de 45 segundos de muy buena intensidad (+++).

Genitales: Presencia de vello púbico bien implantado, piel del pubis íntacta sin lesiones, labios mayores y menores edematosos, con salida de líquido transvaginal con tintas de sangre, cerviz con dilatación de 6 cm. y borramiento del 50%, en posición antero posterior. Producto en tercer plano de Hogde. Membranas íntegras. Estrecho superior, medio e inferior suficientes para el parto.

S. Músculo esquelético: Sin contracturas, ni temblores presentes, movimientos coordinados, con igual fuerza de ambos lados, sin edema presente en extremidades inferiores, reflejos tendinosos positivo +, uñas del segundo y cuarto orjejo con onicomiosis.

Padecimiento actual

Se trata de primigesta de 20 años de edad con 40.2 semanas de gestación que es traída al servicio de urgencias por su esposo por presentar dolores de trabajo de parto y salida de líquido transvaginal con tintas de sangre. Miembros inferiores con ligero edema. Alteración de la presión arterial de 140/100.

Datos del feto

FCF: 140 lpm. de buena intensidad y frecuencia. (3 a 4 contracciones en 10 minutos)
Presentación cefálica, dorso derecho, tercer plano de Hodge.

Impresión diagnóstica

Trabajo de parto (Primera etapa, fase activa) aparente crisis hipertensiva.

Descartar pre eclampsia.

Manejo médico indicado

- Canalización con sol. Glucosada al 5% 1000 ml. para 8 horas
- Urotest
- Control de trabajo de parto
- Monitoreo de actividad y FCF
- Pasa a sala de labor
- Perfil toxémico

Exámenes de laboratorio

No reporto ningún tipo de exámenes de laboratorio o diagnóstico a su ingreso.
Urotest con ++ de proteínas.

Problemas detectados durante el trabajo de parto.

- Ansiedad debido al trabajo de parto
- Dificultad para relajarse entre los periodos de contracción uterina
- Deshidratación debido al desgaste por trabajo de parto
- Crisis hipertensiva de etiología no establecida

Jerarquización de problemas y/o necesidades

- Deshidratación debido al desgaste por trabajo de parto
- Ansiedad debido al trabajo de parto
- Dificultad para relajarse entre los periodos de contracción uterina
- Crisis hipertensiva de etiología no establecida

Valoración del parto

Mujer de 20 años de edad con 40.2 SDG por FUR, que ingresa al servicio de labor en trabajo de parto (fase de transición de la primera etapa de trabajo de parto), con facies de dolor, con transpiración profusa, con venoclísis permeable en antebrazo izquierdo, punzocat número 16, solución glucosada 1000ml. para 8 horas con 800 por pasar sin medicamentos agregados.

A la exploración física se encuentra gestante con trabajo de parto activo, con producto en posición cefálico, dorso derecho. Exploración vaginal con 10cm. de dilatación, cuello borrado al 100% en posición central, membranas íntegras, variedad de posición occípito anterior en cuarto plano de Hogde.

Signos vitales: Presión arterial: 130/90 Pulso: 88 Respiración: 26 Temperatura: 37 grados centígrados Contracciones: 55 a 60 segundos de duración de muy buena intensidad con 4 a 5 en 10 minutos.

FCF de 145 a 150 lpm. con movimientos activos.

Se atiende a la mujer en camilla por encontrarse ocupada la sala de expulsión, se realiza asepsia de la región perineal, se le coloca en posición de litotomía, se ponen campos estériles, se procede a realizar amniotomía, infiltración del perineo con lidocaína al 1%. Se obtiene producto único vivo del sexo masculino que lloro al nacer, con un peso de 3100kg con un Apgar de 8/9.

Alumbramiento a los 10 minutos aproximadamente con placenta completa, cotiledones íntegros.

Se realiza episiorrafia con catgut crómico del 2/0. Se limpia área perineal y se coloca campo protector. Se cambia ropa de cama y bata de la puérpera y se coloca en posición cómoda para su recuperación.

Signos vitales: Presión Arterial: 120/90 Pulso: 80 lpm. Respiración: 20 por minutos.

Temperatura: 36.4 grados centígrados.

Jerarquización de problemas y/o necesidades

- Alteración del riego tisular por los esfuerzos realizados al pujar para expulsar al producto.
- Deshidratación por la disminución de consumo de líquidos y el desgaste físico por el trabajo de parto.
- Déficit del volumen sanguíneo por pérdida de sangre durante el parto.
- Riesgo de desgarre perineal en el momento de la expulsión del producto.
- Incapacidad emocional para afrontar el momento del parto.

Valoración del puerperio

Mujer de 20 años de edad, puérpera, en unidad de alojamiento conjunto, con 20 horas de pos parto eutócico. Se encuentra en su cama, acostada con su recién nacido en posición de arrullo, con facies ligeramente pálidas, despierta, tranquila, conversadora y con buena respuesta al interrogatorio realizado.

Se realiza exploración física y se encuentra cara con ligera palidez de tegumentos, bien hidratada, senos con ingurgitación, salida de calostro, pezones más o menos formados, tórax sin alteraciones y ruidos respiratorios sin alteraciones perceptibles, abdomen depresible, sin dolor a la palpación, se percibe útero en proceso de involución, firme, aproximadamente 3 cm. por debajo de la cicatriz umbilical, loquios rojos poco abundantes, sin alteraciones en la coloración ni el olor, perineo con ligero edema por episiorrafia que se encuentra en buen estado, piel bien confrontada en los puntos de sutura, solo dolor referido así como inquietud por ignorar los cuidados que tendrá que realizar a fin de que no haya una infección Miembros inferiores sin edema presente. La mujer deambula sin molestias agregadas además de la episiorrafia. Se ha realizado baño de regadera, ingesta y excretas adecuadas y sin dificultad para realizarlas. Amamantamiento sin dificultades referidas.

Recibe orientación sobre los cuidados de su recién nacido en el hogar así como el cuadro de inmunizaciones que se ha iniciado con la vacuna: Sabin, BCG y aplicación de vitamina "A". Se le presentan los métodos de planificación familiar pero decide no aceptar ninguno por el momento, ya que no lo ha platicado con su pareja.

Jerarquización de problemas y/o necesidades

- Dolor del área perineal a la de ambulación.
- Ansiedad por desconocer los cuidados básicos del recién nacido.
- Riesgo de embarazo no planeado.
- Riesgo de infección de herida.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Trabajo de parto

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<i>Ansiedad relacionada con el trabajo de parto manifestado por expresión verbal y dificultad para relajarse entre los periodos de contracción uterina.</i>	La mujer logrará disminuir el estado de ansiedad durante el trabajo de parto mediante la expresión de sus emociones	Fomentar la expresión verbal de los sentimientos proporcionando un ambiente de confianza en la relación enfermera – paciente.	La narración de los problemas que producen tensión y emociones en presencia de un oyente que no juzgue pero que si sea receptivo, puede reducir el grado de tensión o emoción temporal o permanentemente. ¹	La mujer identifica los agentes productores de estrés y los comenta.
	Favorecer la relajación física y emocional, entre los periodos de contracción uterina.	Proporcionar información sobre los procedimientos sistemáticos, el avance del trabajo de parto y el estado del binomio madre – hijo.	Se pueden motivar los cambios del comportamiento por medio de la anticipación de condiciones deseables resultarían como consecuencia de un comportamiento nuevo. ²	Se muestra confiada y cooperadora ante los procedimientos realizados para su atención y manejo.
		Usar técnicas para reducir la ansiedad. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnicas de relajación ▪ Imaginación guiada ▪ Técnicas de respiración 	Los estados de ánimo pueden controlarse o manipularse distrayendo la atención con estímulos ambientales con aspectos aislados de la situación. ³	Permanece controlada y relajada durante los periodos de contracción y relajación uterina.

¹ Nordmark/Rohweder, BASES CIENTIFICAS DE LA ENFERMERIA, Edit. manual moderno, 2a. Ed., pág. 595.

² IDEM, pág. 596.

³ IDEM, pág. 598.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN.
<i>Déficit del volumen de líquidos relacionado con la disminución de ingesta y aumento de la pérdida de líquidos, manifestado por resequedad de la mucosa oral, aumento de la temperatura corporal y sudoración excesiva.</i>	Se disminuirán las pérdidas insensibles de líquidos de la parturienta durante el trabajo de parto	Vigilar periódicamente el estado de hidratación de la mujer. Colocación de compresas frías para la disminución de la temperatura corporal	La valoración continua de la temperatura corporal puede detectar un incremento continuo de la misma y la prevención de otras complicaciones corporales. ⁴	Se conserva la hidratación general de la mujer
	Mejorar el estado de hidratación.	Humectación de la mucosa oral con hielo y/l gasas húmedas. Administración de líquidos parenterales según indicaciones médicas. Reposición de las pérdidas excesivas de acuerdo al balance hídrico obtenido	Cuando aumenta la cantidad de agua en líquido extracelular (por ingesta o absorción) este líquido se torna hipo osmolar o hipotónico con respecto al líquido intracelular. De esta manera entra agua a las células hasta que se alcanza el equilibrio osmótico previniendo así la deshidratación. ⁵	Se mantiene estable la temperatura corporal.
	Mantener el control de las pérdidas hídricas	Toma periódica de la temperatura corporal. Cálculo de las pérdidas insensibles. Medir la diuresis cada hora.	La cifra urinaria por hora es de 60 a 120 ml aproximadamente, cifras mayores o menores a esta pueden indicar signo de deshidratación. ⁶	La pérdida de líquidos es congruente con el aporte de líquidos proporcionados.

4 Suzanne C. Smeltzer, Bare, ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA, Vol. 2, Edit. Mc Graw-Hill, 9a. Ed.

5 IBID.

6 IBID.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<i>Alteración de la presión arterial, relacionada con la ansiedad del trabajo de parto, manifestada por cifras de 140/110.</i>	Disminuir los factores de ansiedad que alteran el estado fisiológico de la mujer durante el trabajo de parto	Escuchar con atención las inquietudes expresadas por la parturienta y orientarla sobre el ambiente que la rodea. Informar periódicamente sobre el avance del TP y el estado del producto	El estado emocional del individuo afecta de manera importante la presión arterial mediante la asociación que existe entre las reacciones emotivas y el Sistema Nervioso Central. ⁷	La parturienta se muestra confiada y tranquila sobre los procedimientos que se le realizan y personal interdisciplinario que le atiende.
	Mantener los niveles de presión arterial dentro de los parámetros normales durante el trabajo de parto.	Favorecer las técnicas de relajación entre cada periodo de contracción uterina y apoyar a la mujer en la implementación de las técnicas de respiración y pujo adecuadas durante las contracciones uterinas.(Evitar maniobra de vlasalva)	Los estados de ánimo pueden controlarse o manipularse distrayendo la atención con estímulos ambientales con aspectos aislados de la situación. ⁸	Participa activamente en la práctica de las técnicas de relajación.

⁷ Nordmark/Rohweder, BASES CIENTIFICAS DE LA ENFERMERIA, Edit. manual moderno, 2a. Ed.

⁸ IDEM, pág. 556.

		<p>Vigilar la presión arterial periódicamente en cada una de las fases de la primera etapa de parto.</p> <p>Vigilar los datos de vaso espasmo.</p>	<p>La vigilancia constante de la presión arterial permite conocer el estado físico de la parturienta previniendo el choque hipovolémico en cifras menos de 100/60 e hipertensión en cifras mayores de 140/110.⁹</p>	<p>Disminuyen las cifras de la presión arterial a 120/90 sin manejo farmacológico.</p>
--	--	--	--	--

⁹ Suzanne C. Smeltzer, Bare, ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA, Vol. 2, Edit. Mc Graw-Hill, 9a. Ed., pág. 1226.

Parto

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<i>Alteración del riego tisular relacionado con los esfuerzos de expulsión, manifestado por alteración del patrón respiratorio y de la presión arterial.</i>	Detectar en la parturienta de manera oportuna, las posibles complicaciones.	Vigilar estrechamente los signos vitales (presión arterial y respiración)	La vigilancia constante de la presión arterial y frecuencia respiratoria permite conocer el estado físico de la paciente y detectar complicaciones. ¹⁰	Los signos vitales se mantienen dentro de los límites normales.
	Disminuir el daño tisular	Desanimar las maniobras prolongadas de valsalva mientras se hacen los esfuerzos de expulsión para facilitar riego sanguíneo.	Los pequeños vasos sanguíneos se encuentran colocados entre las fibras del músculo de tal manera que las contracciones del mismo ocluyen parcialmente estos vasos disminuyendo el riego sanguíneo. ¹¹	Se mantiene una irrigación tisular adecuada.
	Mantener una adecuada oxigenación durante el parto	Supervisar la técnica de respiración y relajación durante el periodo de expulsión de modo que se favorezca una mejor oxigenación tisular. Administrar oxígeno según este indicado	A mayor requerimiento tisular habrá más flujo sanguíneo y aumentarán las demandas de oxigenación. ¹²	No se observan signos de disminución del aporte sanguíneo central y periférico. No hay mareo ni síncope

10 Nordmark/Rohweder, BASES CIENTÍFICAS DE LA ENFERMERÍA, Edit. manual moderno, 2a. Ed., pág. 398.

11 Suzanne C. Smeltzer, Bare, ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA, Vol. 2, Edit. Mc Graw-Hill, 9a. Ed., pág., 1229.

12 Nordmark/Rohweder, BASES CIENTÍFICAS DE LA ENFERMERÍA, Edit. manual moderno, 2a. Ed., pág. 567.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<i>Riesgo de alteración de la integridad cutánea (Perineo) relacionado con el proceso del nacimiento</i>	Mantener la integridad cutánea de la región perineal	Animar los esfuerzos de expulsión suaves para permitir el estiramiento gradual de los tejidos.	La fuerza combinada de los músculos abdominales internos y de las contracciones del útero ayuda a impulsar al feto en su descenso por la vagina y a través del orificio vaginal. ¹³	No se producen desgarros del tejido perineal.
	Disminuir el riesgo de parto precipitado y desgarre perineal	Valoración continua de los factores de riesgo para desgarre perineal Aplicación de las maniobras de Mc. Robert y Ritger Modificada.	La posición en cuclillas permite la aplanación de la curva pélvica y agrega gravedad a los esfuerzos de empuje y permite la relajación del piso pélvico y el aumento de los diámetros pélvicos evitando en desgarre de la piel. ¹⁴	

¹³ Nordmark/Rohweder, BASES CIENTÍFICAS DE LA ENFERMERÍA, Edit. manual moderno, 2a. Ed., pág. 75.

¹⁴ IDEM, pág. 76.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<i>Afrontamiento individual ineficaz (evento de parto), relacionado con el temor y el cansancio.</i>	La mujer afrontará con seguridad el evento de parto mediante la cooperación activa y dirigida	Brindar apoyo y dirección precisa sobre las acciones y actitudes pertinentes de su parte durante la etapa de parto.	Permite inducir una reacción emocional que armonice más con el logro de una meta deseada dando lugar a un parto sin dificultad, proporcionando tranquilidad y seguridad. ¹⁵	Usa eficazmente la dirección recibida para hacer frente a la situación.
	Que la mujer sea capaz de relajarse y descansar entre los periodos de contracción uterina.	Estimular los periodos de reposo entre las contracciones uterinas.	Durante la intensificación del dolor, la capacidad de pujar. Se hace deficiente y agotadora. ¹⁶	Utiliza adecuadamente los métodos de respiración y expulsión y se expresa capaz de seguir indicaciones.
		Fomentar la autoestima de la paciente durante su participación acertada en el seguimiento de las indicaciones médicas y de enfermería.	La identificación de los factores precipitantes actuales ayudan a la paciente a evitarlos o minimizarlos. ¹⁷	Manifiesta satisfacción por el autocontrol en el avance del parto.
		Ofrecer medidas de bienestar general y específico según se requieran.		

¹⁵ Arlene Burroughs, ENFERMERIA MATERNOINFANTIL, Edit. McGraw-Hill, 8a. Ed., pág. 116.

¹⁶ Nordmark/Rohweder, BASES CIENTIFICAS DE LA ENFERMERIA, Edit. manual moderno, 2a. Ed. pág. 595.

¹⁷ Susan Mattson, ENFERMERIA MATERNO INFANTIL, Edit. Mc Graw-Hill, 2a. Ed., pág. 283.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<i>Alto riesgo de déficit del volumen de líquido relacionado con la pérdida de sangre.</i>	Disminuir el riesgo de pérdida excesiva de sangre en el periodo de alumbramiento.	Vigilar la cantidad de sangrado vaginal durante el alumbramiento.	La relajación del útero es una de las principales causas del puerperio y la vigilancia del útero y la cantidad del sangrado es de suma importancia. ¹⁸	La pérdida de sangre durante la etapa de alumbramiento, es menor de 500 ml.
		Reposición de líquidos intravenosos de acuerdo a las pérdidas calculadas		
	Evitar la pérdida de sangre por atonía uterina.	Administración de oxitocina según este indicado.	La oxitocina inicia las contracciones uterinas para incrementar las débiles e ineficaces como las que se presentan en la disfunción hipotónica. ¹⁹	El útero se encuentra firme y por debajo del ombligo después de la expulsión de la placenta.
	Favorecer la involución uterina.	Vigilar la involución y tono uterino en el puerperio inmediato y aplicar estimulación manual para su involución.	Inmediatamente después que la placenta ha sido expulsada en su totalidad, el cuerpo uterino experimenta contracciones enérgicas y repetidas que disminuyen el volumen y modifican su forma. ²⁰	Disminución de la pérdida transvaginal durante el puerperio inmediato –mediato.
Prever los signos de hemorragia.	Vigilancia de los signos vitales durante el parto, primordialmente la presión arterial y pulso.			Involución uterina adecuada y sin complicaciones.

18 Nordmark/Rohweder, BASES CIENTÍFICAS DE LA ENFERMERÍA, Edit. manual moderno, 2a. Ed. pág. 597.

19 Arlene Burroughs, ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL, Edit. McGraw-Hill, 8a. Ed., pág. 122.

20 Susan Mattson, ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL, Edit. Mc Graw-Hill, 2a. Ed., pág. 233.

Puerperio

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<i>Alteración del bienestar relacionado con la incisión quirúrgica, manifestado por dolor en la región perineal durante la de ambulación.</i>	Minimizar las alteraciones del área perineal relacionadas con el proceso de cicatrización en puerperio inmediato	Inspección periódica del estado del perineo.	La superficie del canal del parto es vulnerable a bacterias patógenas muchos días después del nacimiento. ²¹	No se detectan signos ni síntomas de infección.
		Limpieza y aplicación de frío – calor en la zona perineal según se requiera.		
	Favorecer el bienestar de la paciente mediante la disminución del dolor. relacionado con el proceso de cicatrización del área perineal.	Colocación y cambios de apósitos según sea necesario, para mantener seca la zona.	Los niveles plasmáticos altos de analgésicos evitan el dolor intenso y permiten realizar actividades y proporcionar mejoría. ²²	Manifiesta disminución del dolor.
		Administración de analgésicos según esté indicado.		El proceso de cicatrización es adecuado.
Explicar la causa del dolor y el tiempo que durará éste.		El temor al dolor creciente a lo que puede indicar el dolor puede producir depresión y sentimiento de desesperanza. ²³	La púerpera expresa los cuidados básicos que deberá tener en casa así como el entendimiento de los signos y síntomas de infección probable que se puedan presentar durante su recuperación.	
Instruir sobre los signos y síntomas de infección y los cuidados básicos de la incisión quirúrgica en casa.				

²¹ IDEM, pág. 126.

²² Arlene Burroughs, ENFERMERIA MATERNOINFANTIL, Edit. McGraw-Hill, 8a. Ed., pág. 314.

²³ Mosquera J.M., P. Galdos, FARMACOLOGIA CLINICA, Edit. Mc Graw – Hill, 3a. Ed., pág. 72.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<i>Ansiedad relacionada con la falta de conocimientos sobre los cuidados del recién nacido, manifestado de manera verbal.</i>	Proporcionar la educación necesaria a la madre sobre los cuidados del recién nacido a fin de fomentar la seguridad e independencia.	Instruir a la madre sobre las características del neonato, los cuidados físicos y los signos de peligro.	La educación a los padres sobre el cuidado del recién nacido ayudan a evitar lesiones físicas y atenciones a peligros previos al recién nacidos. ²⁴	Manifiesta confianza y seguridad en el manejo de su recién nacido. Se establece un vínculo materno infantil adecuado
		Hablar de los ritmos y los indicios normales del lactante relacionados con: A) Hambre B) Sueño C) Malestares.		
<i>Riesgo de infección pos parto relacionado con el déficit de conocimientos sobre los cambios fisiológicos en la etapa del puerperio.</i>	Disminuir los riesgos de infección en la madre durante el puerperio mediato y tardío.	Instituir un plan de enseñanza sobre los cambios fisiológicos durante el puerperio y los cuidados personales que deberá tener la madre durante esta etapa así como los signos de peligro.	Los problemas de adaptación y estrés que éstos mismos traen son aminorados con la enseñanza previa de los cambios por ocurrir logrando un cambio de actitud y mejoría del estado de ánimo de la paciente. ²⁵	Proceso de cicatrización de herida perineal adecuado para el tiempo pos parto.
				Buena involución uterina con loquios adecuados.
				La madre expresa el plan de cuidados que deberá seguir durante el puerperio mediato y tardío.

24 Nordmark/Rohweder, BASES CIENTÍFICAS DE LA ENFERMERÍA, Edit. manual moderno, 2a. Ed., pág. 417.

25 Sharon J. Reeder, ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL, Edti. Mc Graw- Hill, 17a. Ed., pág. 729.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<i>Alto riesgo de embarazo no deseado relacionado con la falta de aceptación de los métodos anticonceptivos.</i>	Prevenir el embarazo no deseado a través de la educación sexual de la madre y su pareja.	Explorar los sentimientos de la mujer sobre la planeación familiar y ofrecer información sobre los diversos métodos de planificación y sus ventajas.	La deficiencia de conocimientos se remedia proporcionando datos de los diversos anticonceptivos y corrigiendo la información errónea. ²⁶	La madre y su pareja ponderan la importancia de un método de planificación familiar como una herramienta que favorece la integración y salud familiar.
		Hacer partícipe a su pareja en el proceso de instrucción y decisión sobre el mejor método de planificación familiar.		
		Concienciar a la pareja acerca de la planificación familiar como un elemento básico de la salud reproductiva.		

Capítulo 3

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Análisis e interpretación de resultados:

El PE es fundamentalmente necesario en el quehacer profesional de la enfermería que busca, más allá que solo cumplir con la realizaciones de procedimientos, alcanzar plena y cabalmente el objetivo de la profesión: *otorgar cuidados*. El PE facilita las acciones de enfermería al ser un método organizado, sistemático, humanístico, dinámico, flexible e interactivo, haciendo partícipe no solo al profesional de enfermería sino al objeto básico de su atención: el paciente.

Durante la realización del presente estudio, se atendió a una mujer en trabajo de parto primigesta, primípara, encontrándose desarrollo de embarazo aparentemente normal, a término y con trabajo de parto en fase activa y alteraciones de la tensión arterial (140/110), así como proteinuria positiva (++) a urotest. El estado emocional de la paciente se encontró alterado, con marcada ansiedad, por desconocer el desarrollo del trabajo de parto, el manejo hospitalario al que sería sometida y la falta de información sobre el estado del producto.

Al interrogatorio, la gestante refirió que nunca tuvo malestares relacionadas con hipertensión, solo en las dos últimas semanas presentó cefaleas de poca intensidad que se controlaron sin medicamentos.

Se tomaron muestras de laboratorio para perfil toxémico para corroborar posible preeclampsia.

El plan de manejo médico sugerido fue: farmacológico con Dexametazona con carga de impregnación de 32mg. intravenosa, así como la instalación de sonda Foley a derivación.

De acuerdo a la valoración de enfermería, se estableció que el cuadro hipertensivo guardaba estrecha relación con la ansiedad que el proceso de trabajo de parto ocasionaba en la parturienta y que podía ser modificado mediante la implementación de técnicas de relajación e instrucción adecuada sobre la participación ella en cada una de las etapas del trabajo de parto, haciéndole tomar control sobre el evento como un proceso fisiológico y no patológico.

Cabe mencionar que la evolución del trabajo de parto fue bastante rápido y favorable para el binomio madre-hijo, con una participación positiva y consciente de la primera y con una presión arterial estable de 120/90. El tratamiento farmacológico fue suspendido debido a que no hubo más alteraciones de la presión arterial.

Durante la ejecución de los cuidados se evaluó constantemente el avance del trabajo de parto, reforzando cada una de las respuestas fisiológicas y emocionales de la mujer.

Así quedó comprobado que la implementación de un modelo de atención de enfermería permite organizar la atención de las necesidades básicas humanas de las personas, de una manera individual y sistematizada. La satisfacción de estas necesidades se encuentra plenamente identificada y se suplen al emplear el modelo de atención de Virginia Henderson.

El estudio, análisis y comprensión del modelo de atención, permitió analizar, comprender y atender de manera integral las necesidades de las mujeres en trabajo de parto, parto y puerperio atendidas durante las prácticas clínicas, no solo como un instrumento teórico sino práctico y accesible que permite organizar cada una de las

acciones necesarias para mantener, restablecer y/o rehabilitar el estado de bienestar de las mujeres atendidas y sus familiares.

3.2 CONCLUSIONES

El PE como instrumento guiador del quehacer profesional en enfermería, queda evidenciado en la obtención de resultados que no solo satisfacen las necesidades fisiológicas de los individuos, sino además, se extienden al entorno familiar y/o social del mismo.

Permite que la enfermería no sea solo un quehacer, sino también un saber; que puede ser reconocida y valorada por los demás profesionales de salud que intervienen en la atención de los individuos al contribuir con acciones bien reflexionadas y planificadas en favor de las personas bajo su cuidado.

Su aplicación sin embargo, seguirá siendo un reto debido a la disparidad del número de personas y/o pacientes que cada enfermera debe atender, en contraparte con el poco tiempo que esto deja para llevar a cabo de manera concienzuda el PE, de tal manera que no solo se aplique, sino que se registre, a fin de que sea evidente su aplicación y su eficacia.

Aunado a esto, se encuentra el casi nulo conocimiento que el personal interdisciplinario tiene del PE, como una herramienta que permite al profesional en enfermería, otorgar cuidados bien fundamentados y planeados, lo que dificulta que, en muchos casos, las decisiones de enfermería en cuanto al manejo del paciente cuando son del tipo interdependientes, sean tomadas en cuenta como propuestas válidas y respetables.

3.3 RECOMENDACIONES

Es fundamental la capacitación constante del personal de enfermería en la realización del proceso enfermero como parte de las actividades cotidianas y básicas de toda enfermera, a fin de que éste se convierta en una ventaja y no en una complicación en el quehacer profesional.

Establecer el PE como parte de los registros de enfermería, a fin de difundir su aplicación entre el personal interdisciplinario y que la función de la enfermería pueda ser reconocida no solo como un cúmulo de procedimientos, sino como actividades bien fundamentadas, orientadas y evaluadas en favor de las personas bajo su cuidado que permita elevar la calidad de los servicios de salud.

Difundir el modelo de atención de Virginia Henderson como una de las mejores propuestas para el establecimiento de diagnósticos y planes de cuidados en las mujeres en trabajo de parto, parto y puerperio.

Resaltar la invaluable participación que la enfermera obstetra tiene en el manejo de las mujeres embarazadas no solo durante la etapa de gestación, sino también, a partir de su manejo en el área de admisión hasta su alta hospitalaria; implementando planes de cuidados que permiten a la mujer y sus familiares, manifestar sus inquietudes e involucrarse en el plan de atención para su salud, reduciendo costos y tiempos de atención.

ANEXOS

Conceptos y características principales del trabajo de parto, parto y puerperio

El momento del parto y del nacimiento, si bien comparado con la duración del embarazo es corto, tal vez sea el más impresionante y significativo de toda la gravidez.

El proceso del parto y del nacimiento constituye una secuencia previsible de eventos que por lo general culminan con una madre y un niño saludable.

Dicho proceso puede desencadenarse de manera exitosa o complicada dependiendo de algunos factores siempre presentes pero algunas veces variables.

Estos factores pueden ser algunas veces predecibles durante el control de la etapa pre natal, sin embargo siempre existirá el riesgo que algunos de ellos se presenten hasta el momento del parto y pueden tener además relación muy estrecha con factores psicológicos, emocionales y biológicos.

En cuanto al trabajo de parto, existen eventos previos que pondrán de manifiesto el desenlace del mismo. Algunos de ellos son el aligeramiento o encajamiento que sucede cuando el feto empieza a acomodarse en la pelvis materna y desciende hacia la salida pélvica, el flujo vaginal hemático constituido por unas manchas sanguinolentas, así como salida del tapón mucoso.

Pueden iniciarse molestias que empiezan generalmente en la región lumbar y se sienten en el abdomen. Así mismo ocurren cambios en el cuello uterino que incluyen borramiento y dilatación.

A partir de ese momento entraran en juego lo que se conoce como variables del proceso de trabajo de parto y que se describen a continuación.

Variables del proceso de trabajo de parto

El motor o fuerzas: Es el útero, que a través de unas contracciones características, provoca la dilatación del cuello uterino, desde dentro hacia fuera. Complementariamente, la contracción de la musculatura abdominal de la madre puede contribuir en el proceso.

Las contracciones uterinas se describen a través de cuatro parámetros:

1. El tono basal, que sería la presión uterina valorada en un momento en que no exista contracción.
2. La intensidad, que es la diferencia entre el tono basal y el tono en el acmé de la contracción y que son expresadas en mmHg.
3. La duración, o tiempo transcurrido entre dos contracciones, desde el principio al fin de la contracción, que se expresa en segundos.
4. El intervalo entre las contracciones determinará su ritmo y su frecuencia.

El canal: Entendiendo como las estructuras que delimitan el trayecto que realiza el feto en su salida, se diferencian en él dos componentes: el canal óseo, formado por la pelvis y el canal blando, formado por el cuello uterino, la vagina y los músculos del perineo. A través de estos elementos, el feto realiza un recorrido primero descendente y luego ascendente.

1. Canal óseo: Se encuentra constituido por el estrecho superior de la pelvis con un diámetro de 11cm, el estrecho medio con un diámetro de 12cm y el inferior con un diámetro que oscila entre los 9 y 11cm.

2. Canal blando: Consta de los siguientes elementos:

a) El segmento uterino inferior: se va formando desde el final del embarazo y culmina en el periodo de dilatación.

b) El cuello uterino: durante la fase de dilatación se va a producir primero su desplegamiento longitudinal (borramiento) y luego su apertura transversal (dilatación), hasta permitir el paso de la cabeza fetal.

c) La vagina: a medida que desciende la presentación, la vagina se va distendiendo, permitiendo el paso fetal.

d) El suelo de la pelvis: ya en el estrecho inferior, la presentación alcanza los músculos del suelo pélvico, ejerciendo sobre ellos un empuje vertical que va a producir tanto su dilatación radial como su elongación axial.

Pasajero o feto y sus anexos: El feto es el objeto del parto. En condiciones normales, adopta una postura característica de flexión. En estas condiciones, envuelto por la bolsa amniótica se convierte, a efectos mecánicos en un ovoide con una extremidad caudal muy grande, que solamente si se mantiene flexionada podrá superar las estrecheces pélvicas.

La importancia de conocer la estática del feto durante el parto es obvia. Para describirla especialmente se utilizan los conceptos siguientes:

1. *Actitud.* Es la relación de las partes del feto entre sí.
2. *Situación.* Relación entre el eje longitudinal de la madre y el del feto, que pueden ser longitudinal, oblicuo o transversal.
3. *Presentación.* Es la parte del feto que primero entra en la pelvis y puede ser: cefálica, podálica o de tronco.

4. *Posición.* Es la relación que existe entre el dorso fetal y la pared del abdomen de la madre. Por extensión, se llama posición también a la relación entre la parte fetal presentada y la pelvis materna.

Desde el punto de vista de la fisiología del parto, solo la bolsa amniótica desempeña un papel relevante, toda vez que la placenta y el cordón actúan en este sentido como elementos vitales pero pasivos.

Psique: Ya ha sido aceptado que la psique forma parte del proceso de nacimiento, pues por ejemplo, la ansiedad y el miedo suelen disminuir la habilidad de una parturienta para sobrellevar el dolor durante el parto. Se sabe que las catecolaminas de la madre, hormonas de la tensión secretadas cuando la mujer se encuentra ansiosa o temerosa, inhiben la contractilidad del útero y el flujo sanguíneo placentario, pero la relajación favorece el proceso natural del parto.

La cultura, las expectativas, las experiencias previas, las barreras del idioma y la presencia de una persona que brinde apoyo son elementos que influyen en la capacidad de la mujer para afrontar la experiencia del trabajo de parto y el nacimiento de su hijo.

En muchas mujeres este factor puede desencadenar alteraciones fisiológicas que complican el parto y que ponen en riesgo a la madre y el niño.

Íntimamente relacionados con estas variables se encuentran los mecanismos del parto que son una serie de movimientos que reflejan los cambios de postura del feto conforme se va adaptando al canal vaginal. La mayor parte de éstos tienen lugar en la segunda etapa del parto, si bien el descenso y cierta flexión tienen lugar antes.

Los cambios de postura o mecanismos del parto son determinados por los diámetros de la pelvis, los tejidos blandos de la madre, el tamaño del niño y la fuerza de las

contracciones. En esencia, el parto procede a lo largo de la vía de menor resistencia porque el feto adapta sus dimensiones al contorno de la pelvis materna.

1. El **descenso** no puede aislarse de los otros movimientos de adaptación. Mientras la cabeza se mueve hacia la entrada pélvica, se dice que flota; una vez que el diámetro biparietal pasa a través de la entrada, la cabeza se encaja.

2. La **flexión** ocurre mientras desciende la cabeza del feto, que se flexiona para que la barbilla descansa sobre el tórax, de modo que se alcanza el diámetro fetal más reducido para que pase por el conducto del parto. Esto ocurre normalmente cuando la cabeza encuentra la resistencia de la pelvis y los tejidos blandos del suelo pélvico.

3. La **rotación interna** ocurre cuando la cabeza del feto gira de una posición transversa a un antero posterior, alineándose con el diámetro antero posterior de la pelvis materna. La presión del suelo de la pelvis obliga a la cabeza del feto a girar en un sentido anterior y reposar por debajo de la sínfisis púbica.

4. La **extensión** comienza cuando la cabeza del feto llega al suelo de la pelvis, donde rodea la sínfisis púbica y avanza hacia arriba como resultado de una combinación de presión de las contracciones uterinas, la presión abdominal ejercida por la madre y la resistencia del suelo de la pelvis. La extensión se considera completa cuando ha emergido toda la cabeza.

5. La **rotación externa**, con frecuencia llamada restitución, se presenta una vez que ha sido expuesta la cabeza, pues gira inmediatamente a su posición transversal, mientras los hombros se alinean con el diámetro antero posterior de la salida pélvica.

6. La **expulsión** ocurre cuando el resto del cuerpo del feto ha salido. Con esto culmina la segunda etapa del trabajo de parto.

Desarrollo del trabajo de parto y periodo de expulsión

El parto debe ser concebido como un proceso continuo de cambios filológicos que comienza en el embarazo: esa finalidad tienen, por ejemplo, la hipertrofia del miometrio y la acumulación de sustancias contráctiles en sus fibras, o las modificaciones en la histología del cuello.

Diferente cuestión es la del comienzo clínico del parto, que sería el momento en que aparece una actividad contráctil regular, que determina unas modificaciones en el cuello. Con estos signos objetivos se considera un parto como clínicamente iniciado.

Las condiciones consideradas como favorables para el inicio del parto son:

1. Una actividad uterina regular, que alcance 2 ó 3 contracciones cada 10 minutos, con una intensidad media.
2. Una dilatación cervical de 2 ó 3cm.
3. Una maduración del cuello que debe aparecer blando, borrado (longitud menor de 2cm) y centrado.
4. La presentación, especialmente la cefálica, introducida en el estrecho superior y apoyando en cuello.

Existe otro grupo de signos, y sobre todo de síntomas que dibujan una situación menos definida clínicamente, a la que hemos convenido en llamar pre parto. Estos son:

1. La expulsión del tapón mucoso cervical.
2. Descenso del fondo uterino.
3. Polaquiuria.
4. Una serie de síntomas difusos que producen un estado de malestar e inquietud en la mujer.

Periodo de dilatación

Es la primera etapa del parto. Empieza cuando comienzan las contracciones uterinas del parto, y termina cuando se alcanza la dilatación completa. Su duración total es de 14 horas en las primíparas y de 8 en las multíparas.

1. *Fase de latencia:* Durante esta fase se producen los cambios preparatorios que lleva al cuello hasta las condiciones clínicas de inicio del parto. El cuello experimenta borramiento, reblandecimiento y finalmente la dilatación. En esta etapa se alcanzará unos 2 a 3 cm. de dilatación. Es el más largo del parto. Durante esta fase las contracciones no suelen alcanzar el umbral del dolor, pero la influencia de factores psicológicos y culturales puede ser muy pesada para la mujer.

2. *Fase activa:* Esta fase no es uniforme. A su vez, en ella se distinguen unas sub fases en función del ritmo de la dilatación:

- a) Se produce primero una aceleración respecto a la fase de latencia, en virtud de la que se pasa de 2 a 4 cm.
- b) A continuación, el ritmo se acelera aún mas pasando de 4 a 6 cm, y en la cual baja mucho la presentación.

3. *Fase de transición:* Finalmente desde los 9 cm a la dilatación completa el proceso se enlentece, en lo que constituye la fase de desaceleración que en todo caso es la más breve de las tres.

Periodo expulsivo

Es la etapa más espectacular y emocionante del parto, que comienza cuando se alcanza la dilatación completa y termina con la salida del niño fuera del cuerpo materno. Su duración es de hasta 60 minutos en la primípara y hasta de 30 minutos en la multípara.

En este periodo, el feto está sometido a una situación de riesgo:

1. Un notable incremento en la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones, a las que hay que sumar el efecto de los pujos maternos, se pueden alcanzar presiones intrauterinas de hasta 120 mmHg. Todo ello condiciona a una disminución de los intercambios maternos fetales, especialmente el oxígeno.

2. Un aumento de la presión intracraneal, motivado por las eventuales compresiones de la cabeza contra las paredes del canal de parto.

3. La posible compresión del cordón umbilical a causa de nudos o circulares presentes en el 40% de los partos, los cuales, laxos hasta ese momento, se van a estirar y comprimir en el momento de la expulsión, generando una consecuente hipoxia fetal.

Periodo de alumbramiento

Este periodo comienza con la expulsión del feto y termina con la expulsión de la placenta. Su duración máxima se estima en 30 minutos, y en condiciones normales es el momento más “sangrante” del parto, con una pérdida fisiológica de hasta 500 cm³.

El desprendimiento de la placenta se realiza por uno de estos dos mecanismos:

1. La placenta comienza a desprenderse por el centro, para posteriormente extender la dehiscencia hacia la periferia. En este caso, la sangre queda embolsada detrás de la placenta, por lo cual aparece primero su cara fetal en la vulva y después de hematoma retro placentario. Es el mecanismo de Schultze.

2. Comienza el desprendimiento por la periferia, de forma que la sangre que se va produciendo detrás de la placenta, se derrama y precede a la placenta en su salida por la vulva. La placenta, al salir, ofrecerá su cara materna. Es el mecanismo de Duncan.

La expulsión de la placenta y sus membranas sigue al desprendimiento, y se realiza fundamentalmente a expensas de la presión abdominal.

Periodo de puerperio

El periodo de recuperación, que también se conoce como cuarta etapa del trabajo, corresponde a la recuperación física de la madre; incluye de la expulsión de la placenta a las primeras 4 horas posteriores al nacimiento.

Algunos autores la dividen en puerperio inmediato que incluye las primeras dos horas, puerperio mediato, que lleva de las 4 a las 24 horas posteriores al parto, y por último el puerperio tardío que se extiende hasta los 40 días.

En este periodo pueden ocurrir complicaciones graves como son la hemorragia e infecciones. Es aquí donde también se establece el vínculo materno infantil y la lactancia materna.

En cada una de estas etapas las intervenciones de enfermería se constituyen en indispensables a fin de detectar y prevenir las posibles complicaciones de riesgo que cada una de ellas guarda.

Conocer las respuestas de la madre durante este periodo sin duda, facilitará su tarea y hará más objetivas cada una de sus acciones a favor de la paciente.

Es importante tener en cuenta que durante la etapa del puerperio pueden desencadenarse algunas complicaciones que se encuentran relacionadas con factores de riesgo en el pos parto.

La valoración de enfermería puede conducir a diversos diagnósticos que se relacionan con la experiencia de pos parto de la madre. Las adaptaciones fisiológicas con frecuencia conducen a diagnósticos como la alteración de la defecación, dolor

relacionado con las contracciones uterinas (entuentos), episiotomía o laceraciones, hemorroides o congestión de las mamas.

El alto riesgo de infecciones en relación con la alteración cutánea y traumatismos a los tejidos debidos al parto y la lactancia.

Muchas madres pueden presentar alteración en el patrón del sueño, autoestima baja situacional y perturbación del concepto de sí misma.

Basándose en la valoración y el diagnóstico, se formulan planes para alterar o aliviar el problema y se procede a efectuar la intervención de Enfermería.

El objetivo de estos cuidados, es lograr una recuperación eficaz y una buena adaptación fisiológica durante el pos parto y facilitar la transición familiar y la integración del nuevo miembro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro-LeFevre, Rosalinda (2003). *Aplicación del Proceso Enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración (reimp. 2005)*. Barcelona, España: MASSON.
2. Burroughs, Arlene (2002). *Enfermería Materno Infantil*. México: McGraw Hill.
3. Carpenito, Lynda Juall (2002). *Diagnóstico de Enfermería: Aplicaciones a la práctica clínica*. Madrid, España: McGraw Hill.
4. Carpenito, Lynda Juall. (2003). *Manual de Diagnósticos de Enfermería*. Madrid, España: McGraw Hill Interamericana.
5. Carpenito, Lynda Juall (2005). *Planes de Cuidados y Documentación Clínica en Enfermería*. Madrid, España: McGraw Hill.
6. Gutiérrez A., María del Carmen (2007). *Adaptación y Cuidado en el Ser Humano*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
7. Henderson, Virginia (1964). *The Nature of Nursing: A definition and his implications for practice, research and education*. *American Journal of Nursing*. New York: Macmillan.
8. Henderson, Virginia (1966). *The nature of Nursing; A definition and implications for practice, research, and education*. *American Journal of Nursing*. New York: Macmillan.
9. Henderson, Virginia; Nite, G. A. (1978). *The Principles and Practice of Nursing*. New York: Macmillan.
10. Iyer P, Tapich B. (1993). *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. Madrid, España: McGraw Hill Interamericana.

11. Marjory, Gordon (1999). *Diagnóstico Enfermero*. Barcelona, España: Mosby/Doyma.
12. Marriner Tomey, Ann (1983). *El Proceso de Atención de Enfermería: Un enfoque científico*. México: Manual Moderno.
13. Marriner Tomey, Ann (1999). *Modelos y Teorías de Enfermería (4ª ed.)*. Madrid, España: Harcourt Brace.
14. Mattson, Susan (2001). *Enfermería Materno Infantil*. México: McGraw Hill.
15. Moorhead, Sue; Marion, Johnson (2005). *Clasificación de Resultados de Enfermería*. Madrid, España: Mosby.
16. Mosquera J. M., P. Galdós (2001). *Farmacología Clínica para Enfermería*, España: McGraw Hill.
17. Nordmark; Rohweder (2004). *Bases Científicas de la Enfermería*. España: Manual Moderno.
18. North American Nursing, Diagnoses Association (2001-2002). *Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y clasificación*. Madrid, España: Harcourt.
19. Reeder, Sharon J.; Martin, L., Koniak, Deborah (1995). *Enfermería Materno Infantil*, México, McGraw Hill.
20. Rodríguez Sánchez, Bertha Alicia (2000) *Proceso de Enfermería*. México: Cuellar.
21. Smeltzer, S.; Bare, B. (2002). *Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth (Vol. 2)*. México: McGraw Hill.