

El cuidado desde la teoría de Virginia Henderson en tres pacientes cesareadas

Care from Virginia Henderson's theory in three cesarean patients

Yaudys Danay Pillado Socarrás ^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-0052-3309>

Moraima Wilson Donet ² <https://orcid.org/0000-0002-3580-1678>

¹ Estudiante de 5^{to} año de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Alumna Ayudante de Urgencia. Facultad Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba.

² Licenciada en Enfermería. Especialista de primer grado en Histología. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Auxiliar. Facultad Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba.

* Correspondencia. Correo electrónico: yaudys.cmw@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero.

Objetivo: Aplicar el cuidado desde la Teoría de Virginia Henderson en tres pacientes cesareadas, ingresadas en el Hospital Materno de la provincia Camagüey.

Casos clínicos: Puerpera de 29 años de edad que continúa en nuestros servicios con diagnóstico de puerperio quirúrgico por presentación pelviana más feto grande, reportada de cuidados. Puerpera de 26 años de edad que continúa en nuestros servicios con diagnóstico de puerperio quirúrgico, reportada de cuidados. Puerpera de 30 años de edad que continúa en nuestros servicios con diagnóstico de puerperio quirúrgico por embarazo a término más presentación podálica, reportada de cuidados.

Conclusiones: Se logró aplicar la teoría de Virginia Henderson en las tres pacientes cesareadas resaltando la intervención de enfermería en el cuidado dirigida a la recuperación e incorporación a la sociedad, a su vez invita a que se logre un mejor uso de la historia clínica, documento legal que se rige en todas las atenciones de salud desde la atención primaria hasta la atención terciaria.

DeCS: CESÁREA; SUFRIMIENTO FETAL; PREECLAMPSIA; ASFIXIA NEONATAL; INFORMES DE CASOS.

ABSTRACT

Introduction: Caesarean section is a surgical procedure that involves the removal of the fetus by the abdominal route through an incision in the uterus.

Objective: To apply the care from the Virginia Henderson Theory to 3 cesarean patients in the Maternity Hospital of Camagüey.

Case Presentation: A 29-year-old puerperal who continues in our services with a diagnosis of surgical puerperium due to a large fetus pelvic presentation. Reported care. 26-year-old puerperal that continues in our services with a diagnosis of surgical puerperium. Reported care. A 30-year-old puerperal who continues in our services with a diagnosis of surgical puerperium due to full-term pregnancy plus breech presentation. Reported care.

Conclusions: It was possible to apply the theory of Virginia Henderson in the three unemployed patients highlighting the nursing intervention in the care aimed at recovery and incorporation into society, which in turn invites us to achieve better use of the clinical history legal document that it is governed in all health care from primary care to tertiary care.

DeCS: CESAREAN SECTION; FETAL DISTRESS; PRE-ECLAMPSIA; ASPHYXIA NEONATORUM; CASE REPORTS.

INTRODUCCIÓN

Según Schnapp et al.,¹ plantean que la operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero. El origen del procedimiento, así como su nombre, no son del todo conocidos.

Etimológicamente, el nacimiento de una criatura por corte de las paredes abdominales viene del verbo latino *caedere* (cortar). A los recién nacidos por esa vía se les llamaba cesones o caesares en la Roma imperial, precisamente debido a la indicación de la operación para el nacimiento de un neonato, llegando a ser práctica obligatoria en el 715 a.n.e. entre los romanos con la Ley Regia o Ley César de Numa Pompilio que obligaba a

extraer el feto a toda mujer que muriese durante la gestación o durante el parto antes de darle sepultura.^{2,3}

De igual manera ya existían manifestaciones claras de participación en el tema de cesárea post mortem en la antigua Grecia.⁴ Hacia 1500 a.n.e. aparecen en egipcios y judíos las primeras prácticas de cesáreas *post mortem* y es muy posible que los mayas en la Obstetricia precolombina, hubieran realizado la intervención cesárea, pues en la famosa figura de origen maya del estado de Guerrero, México, se aprecia claramente una mujer con incisión infra umbilical, donde se definen sus mamas como puerperales.^{5,6}

El sufrimiento fetal se produce debido a una

alteración en el intercambio de oxígeno entre el bebé y su madre a través de la placenta. Los médicos hablan de sufrimiento fetal cuando ven, a través del monitor, que la frecuencia cardíaca del feto se altera durante el seguimiento del parto. Cuando un médico sospecha la existencia de la pérdida del bienestar fetal se toman medidas como, que la madre cambie de postura o ponerle oxígeno, pero si no hay resultados, entonces se extrae lo antes posible al bebé. En el sufrimiento fetal existe asfixia progresiva que, si no es evitada o corregida desencadena daño permanente del sistema nervioso central. ⁷

La presentación podálica es aquella en la que la pelvis del bebé en situación longitudinal está en contacto con la pelvis materna. La presentación podálica puede clasificarse en nalgas puras (es la variedad más frecuente), nalgas completas (el bebé está sentado flexionando las articulaciones de la cadera y las rodillas) y nalgas incompletas (presenta las nalgas y uno o ambos pies, o incluso las rodillas). ⁸

Preeclampsia: Afección propia del embarazo humano, se trata de un trastorno hipertensivo que ocurre alrededor o después de las 20 semanas de gestación, durante el parto o en los primeros días del puerperio en una mujer aparentemente sana. Caracterizada por clínica, con hipertención y proteinuria, con edemas o sin estos, su espectro varía desde las formas ligeras hasta las graves. Algunos casos nunca llegan a estas últimas, mientras que otros evolucionan de forma súbita e impredecible hacia estas, incluso en horas, llegando a las convulsiones y al estado de coma. ^{9,10}

Por lo que se establece como problema fundamental de la investigación el uso

inadecuado por parte del personal sanitario de la unidad asistencial acerca de los cuidados que deben ser brindados a las pacientes cesareadas y las maniobras que han sido empleadas. Con el objetivo de aplicar el cuidado desde la Teoría de Virginia Henderson en tres pacientes cesareadas en el Hospital Docente Ginecobstétrico Provincial Ana Betancourt de Mora en la provincia Camagüey, para evitar la mala praxis.

CASO CLÍNICO

Caso 1:

Puérpera de 29 años de edad que continúa en nuestros servicios con diagnóstico de puerperio quirúrgico por presentación pelviana más feto grande. Reportada de cuidados.

Datos subjetivos: Me siento bien, aunque tengo un poco de dolor en la herida.

Datos objetivos: Herida quirúrgica cubierta con vendaje compresivo, presenta bránula 16 en miembro superior derecho en la región del antebrazo conectada a hidratación parenteral con tres días de inserción, presenta sonda vesical conectada a bolsa colectora diuresis 100 ml, signos vitales normales dentro de los parámetros, no ha defecado, al examen físico:

Piel: Presenta herida quirúrgica abdominal.

Mucosas: Húmedas y normocoloreadas.

Mamas: Flácidas con calostras y secretoras listas para lactar.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, útero contraído a nivel umbilical, herida quirúrgica sin signos de sepsis con bordes bien afrontados, loquios escasos sin coágulos.

Tejido Celular Subcutáneo: Ligeramente infil-

trado.

Sistema Nervioso Central: Consciente y orientado en tiempo, espacio y persona.

Caso 2:

Puérpera de 26 años de edad que continúa en nuestros servicios con diagnóstico de puerperio quirúrgico. Reportada de cuidados.

Datos subjetivos: Señó me siento bien.

Datos objetivos: Paciente que presenta bránula 18 en miembro superior derecho en la región del antebrazo conectada a hidratación parenteral con dos días de inserción, presenta buen ritmo diurético, signos vitales normales y al examen físico:

Piel: Presenta herida quirúrgica abdominal

Mucosas: Húmedas y normocoloreadas.

Mamas: Con calostras aptas para lactar.

Abdomen: Blando, depresible no doloroso a la palpación, útero duro contraído a nivel umbilical, herida quirúrgica cubierta con apósito limpio, estéril y con bordes bien afrontados; no signos de sepsis, loquios escasos sin coágulos.

Tejido Celular Subcutáneo: No infiltrado.

Sistema Nervioso Central: Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona.

Caso 3:

Puérpera de 30 años de edad que continúa en

nuestros servicios con diagnóstico de puerperio quirúrgico por embarazo a término más presentación podálica. Reportada de cuidados.

Datos subjetivos: Me siento bien.

Datos objetivos: Se observa con buen estado general, signos vitales normales dentro de los parámetros, presenta sonda vesical conectada a bolsa colectora diuresis 200 ml y al examen físico:

Piel: presenta herida quirúrgica abdominal.

Mucosas: Húmedas y normocoloreadas.

Mamas: Flácidas con calostras y secretoras listas para lactar.

Abdomen: Blando, depresible no doloroso a la palpación, útero duro contraído a nivel umbilical de buen tono, herida quirúrgica cubierta con apósito limpio, estéril con bordes bien afrontados no signos de sepsis, loquios rojos, no fétidos y sin coágulos.

Tejido Celular Subcutáneo: Presencia de vendas en miembros inferiores.

Sistema Nervioso Central: Consciente y orientado en tiempo, espacio y persona.

Las condiciones del parto de cada una de las pacientes cesareadas, al igual que los riesgos o características de éste se muestran en la tabla (Tabla 1).

Tabla 1 Condiciones del parto, riesgos o características

Condiciones del parto	Riesgos o características		
	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Indicación principal de parto operatorio o inducción	Embarazo a término. Preeclampsia. Presentación pelviana. Feto grande. Puerperio quirúrgico contaminado.	Sufrimiento fetal agudo.	Embarazo a término Presentación podálica + RPM (Rotura prematura de membrana).
Rotura de membrana	Artificial (acto quirúrgico)	Artificial	Artificial
Maniobra	Bracht	Bracht	Bracht
Cordón	Normal	Normal	Normal
Alumbramiento	Activo y normal	Activo	Manual
Nacimiento	Cesárea primitiva	Cesárea primitiva y presentación cefálica	Cesárea primitiva y presentación pelviana
Sangramiento	Normal (<ml)± 650ml	Normal	Normal
Revisión cavidad uterina	Sí	Sí	Sí compresas
Líquido amniótico	Meconio	Meconio XX	Meconio
Uso de oxitocina	0	Inducción	0
Estado de la madre	Observación	Observación	Observación De cuidados
Episiotomía	No hubo	No hubo	No hubo

Fuente: Historia clínica.

DISCUSIÓN

Maniobra de Bracht: Esta es la única maniobra considerada fisiológica ya que sólo se limita a una expulsión natural del feto y consiste en lo siguiente: Solo se deberá hacer la maniobra, si los brazos no están deflexionados. Una vez expulsado el cuerpo fetal, se observa si las espinas de los omóplatos están equidistantes y paralelas a la columna vertebral fetal; de ser así asegura que los brazos están flexionados y se procede a realizar la maniobra: Se colocan ambos pulgares sobre los muslos fetales y el resto de los dedos sobre la columna vertebral del mismo, exagerando la lordosis lumbar se tracciona hacia abajo y afuera, luego hacia arriba, llevando el dorso fetal hacia el abdomen materno, mientras un ayudante comprime la cabeza del feto a través de la pared abdominal materna hacia abajo para evitar que ésta se deflexione. Esta maniobra si está bien

realizada sirve para el desprendimiento de hombros y cabeza fetales.⁸

Según lo planteado por Vera⁸ y los datos recolectados de las historias clínicas de las tres pacientes, se evaluó la existencia de una mala praxis en la utilización de los términos obstétricos empleados, porque al realizar el examen físico de las cesareadas constatan herida quirúrgica abdominal y a la entrevista las pacientes no refieren tratamiento quirúrgico alguno vaginal. Se expresa en la historia clínica el empleo de la maniobra de Bracht, donde no existe una correspondencia con dicha actividad clínico quirúrgica; de ahí la importancia que posee el uso consciente y racional de los profesionales de la salud en el empleo de la historia clínica como documento legal en la institución. Las necesidades de Virginia Henderson identificadas en su teoría o modelo que define el

enfoque de la práctica de la enfermería. Busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estadía en el hospital.

El modelo de Virginia Henderson hace énfasis en las necesidades humanas básicas como foco central de la práctica de la enfermería. Ha llevado a desarrollar muchos otros modelos en los que se enseña a los enfermeros a asistir a los pacientes desde el punto de vista de sus necesidades; en el caso de las tres pacientes cesareadas se identificaron las necesidades siguientes:

3- Eliminación normal de desechos corporales.

Parte del correcto funcionamiento del organismo es la normal eliminación de las heces, orina, sudor, flema y menstruación.

Se debe conocer muy bien el nivel de control y efectividad del paciente con respecto a sus funciones excretoras. Este punto incluye la especial atención a la higiene de las partes íntimas.

4- Movilidad y posturas adecuadas.

Un paciente se sentirá más o menos independiente en la medida en que pueda moverse por sí solo para realizar sus actividades del día a día.

La enfermera debe ayudar a la mecánica corporal de la persona y motivarlo a realizar actividad física, ejercicios y deporte.

Al motivarlo debe tomar en cuenta las diferentes limitaciones dadas por la enfermedad particular, el tratamiento, la terapia o las deformidades del cuerpo.

6- Vestirse y desvestirse con normalidad.

Poder seleccionar y usar la ropa que se desea

también influye en el sentido de independencia de un paciente.

La vestimenta representa la identidad y personalidad, pero también protege contra los elementos y cuida la intimidad individual.

8- Mantener una buena higiene corporal.

La manera como se vea, sienta y huela el cuerpo del paciente son signos externos de su higiene.

Este factor no solo es una manifestación fisiológica; en la enfermería también es considerado un factor con mucho valor psicológico.

Al bañar a una persona, la enfermera debe considerar la frecuencia de la limpieza del cuerpo, los medios y utensilios que se utilicen, el nivel de movilidad e independencia del paciente, entre otros factores.

9.- Evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros.

Es importante que se conozca y evalúe muy bien si el paciente puede dejarse al moverse o al intentar realizar actividades, ni tampoco comprometer la seguridad de los demás solo por mucho tiempo, con la suficiente confianza de que no vaya a lastimarse.¹¹

Se establecen las necesidades de las pacientes según la Teoría de Virginia Henderson, los diagnósticos y la intervención de enfermería según las interrelaciones de la NANDA (NIC/ NOC) (Tablas 2,3,4).

Tabla 2 Intervención de enfermería para el caso 1

Caso 1			
Necesidades	Diagnósticos	Intervención de enfermería (NIC)	Resultados (NOC)
3- Eliminación normal de desechos corporales.	Deterioro de la eliminación	0430 Manejo intestinal	0501 Eliminación intestinal
4- Movilidad y posturas adecuadas.	Deterioro de la movilidad.	0842 Cambio de posición: intraoperatorio 221 Terapia de ejercicios: ambulación	0208 Movilidad
6- Vestirse y desvestirse con normalidad.	Déficit de autocuidado parcial (vestirse y desvestirse).	1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal	0302 Autocuidados: vestir
8- Mantener una buena higiene corporal.	Déficit de autocuidado parcial (baño/higiene)	1804 Ayuda con los autocuidados: aseo 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	0301 Autocuidados: baño 0305 Autocuidados: higiene
9- Evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros.	Protección ineficaz Dolor	6540 Control de infecciones 6545 Control de infecciones: intraoperatorio 6750 Cuidados de la zona de cesárea 5380 Potenciación de la seguridad 6550 Protección contra las infecciones 1400 Manejo del dolor	1102 Curación de la herida: por primera intención 2303 Estado de recuperación posterior al procedimiento 2102 Nivel del dolor

Tabla 3 Intervención de enfermería para el caso 2

Caso 2			
Necesidades	Diagnósticos	Intervención de enfermería (NIC)	Resultados (NOC)
4- Movilidad y posturas adecuadas.	Deterioro de la movilidad.	0842 Cambio de posición: Intraoperatorio. 221 Terapia de ejercicios: ambulación.	0208 Movilidad
6- Vestirse y desvestirse con normalidad.	Déficit de autocuidado parcial (vestirse y desvestirse).	1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.	0302 Autocuidados: vestir.
8- Mantener una buena higiene corporal	Déficit de autocuidado parcial (baño/higiene).	1804 Ayuda con los autocuidados: aseo. 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.	0301 Autocuidados: baño. 0305 Autocuidados: higiene.
9- Evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros.	Protección ineficaz.	6540 Control de infecciones. 6545 Control de infecciones: intraoperatorio. 6750 Cuidados de la zona de cesárea. 5380 Potenciación de la seguridad. 6550 Protección contra las infecciones.	1102 Curación de la herida: por primera intención. 2303 Estado de recuperación posterior al procedimiento.

Tabla 4 Intervención de enfermería para el caso 3

Caso 3			
Necesidades	Diagnósticos	Intervención de enfermería (NIC)	Resultados (NOC)
4- Movilidad y posturas adecuadas.	Deterioro de la movilidad.	0842 Cambio de posición: Intraoperatorio. 221 Terapia de ejercicios: ambulación.	0208 Movilidad.
6- Vestirse y desvestirse con normalidad.	Déficit de autocuidado parcial (vestirse y desvestirse).	1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.	0302 Autocuidados: vestir.
8- Mantener una buena higiene corporal.	Déficit de autocuidado parcial (baño/higiene).	1804 Ayuda con los autocuidados: aseo. 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.	0301 Autocuidados: baño. 0305 Autocuidados: higiene.
9- Evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros.	Protección ineficaz.	6540 Control de infecciones. 6545 Control de infecciones: intraoperatorio. 6750 Cuidados de la zona de cesárea. 5380 Potenciación de la seguridad. 6550 Protección contra las infecciones.	1102 Curación de la herida: por primera intención. 2303 Estado de recuperación posterior al procedimiento.

CONCLUSIONES

Se logró aplicar la teoría de Virginia Henderson en las tres pacientes cesareadas resaltando la intervención de enfermería en el cuidado dirigida a la recuperación e incorporación a la sociedad, a su vez invita a que se logre un mejor uso de la historia clínica documento legal que se rige en todas las atenciones de salud desde la atención primaria hasta la atención terciaria.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la necesidad de establecer cursos de pre y posgrado sobre el manejo de la historia clínica en el personal de enfermería para evitar la mala praxis basándose en las teóricas de enfermería que fundamentan en cada una de ellas el cuidado que brinda la profesión como ciencia consciente en el arte del mismo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de la investigación agradecen por su glacial conocimiento en el cuidado enfermero y su aporte a la ciencia desde la teoría de Virginia Henderson al profesor Alfredo Morales López.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schnapp C, Sepúlveda E, Roberts JA. Operación cesárea. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2014 [citado 04 Ene 2021];25(6):987-92. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/20-schnapp.pdf
<http://www.revprogaleno.sld.cu/>
2. Arencibia Jorge R. Operación Cesárea: Recuento Histórico. Rev cuba salud pública [Internet]. 2002 May-Ago [citado 22 Ene 2021];4(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000200006
3. Delgado GG. Algunos aspectos históricos de la operación cesárea. Cuad Hist Salud Pub. 1998; 84:13-25.
4. Sedano M, Sedano C, Sedano R. Reseña histórica e hitos de la Obstetricia. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2014 [citado 04 Ene 2021];25(6):866-73. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/04-sedano.pdf
5. Huamán-Berrios JE. Historia de la Obstetricia: ensayo sobre algunas ideas de la Obstetricia. Peru: UNCP; 2004.
6. Vázquez Cabrera J. Cesárea. Análisis crítico y recomendaciones para disminuir su morbilidad. La Habana: Ecimed; 2010.
7. Dubón Peniche MC, Romero Vilchis ME. Trabajo de parto, sufrimiento fetal: Caso CONAMED. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2012 Nov-Dic [citado 10 Mar 2020];55(6). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v55n6/v55n6a7.pdf>
8. Vera Alfonso JH. Resultante neonatal y obstétrica del parto vaginal en presentación pelviano y podálico, Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C Sotomayor 2012-2014 [tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015 [citado 10 Mar 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/38134/1/CD%20105-%20VERA%20ALFONSO%20JONATHAN%20HERMES.pdf>
9. Colectivo de autores. Salud sexual y

reproductiva. Manual de procedimientos. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.

10. Pérez de Villa Amil Álvarez A, Prieto Clavero E, Hernández Placía RM. Preeclampsia grave: características y consecuencias. Finlay [Internet]. 2015 Jun [citado 10 Mar 2021];5 (2). Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/354/1411>

11. Enfermería Virtual. Virginia Henderson: teoría de las 14 necesidades [Internet]. 2022 [citado 10 Mar 2021]. Disponible en: <https://enfermeriavirtual.com/virginia-henderson-teoria-de-las-14-necesidades/>

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yaudys Danay Pillado Socarrás (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Adquisición de fondos. Investigación. Metodología. Redacción del borrador original y Redacción de revisión y edición).

Moraima Wilson Donet (Análisis formal. Adquisición de fondos. Investigación. Metodología. Redacción del borrador original y redacción de revisión y edición. Administración del proyecto y supervisión).

Recibido: 25/01/2022

Aprobado: 26/01/2022