



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Mujer embarazada con 29.4 semanas de gestación con  
Déficit del autocuidado en los requisitos universales de  
La Teoría de Dorothea E. Orem**

**ESTUDIO DE CASO:  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERINATAL**

**P R E S E N T A:**  
L.E.O. Ramírez Gómez Diego

**ASESOR DE ESTUDIO DE CASO:**  
E.E.P Rivas Flores Nidia

**Ciudad de México, 2016**





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.

## RECONOCIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a Dios por la oportunidad de realizarme en una profesión de servicio para la gente, y posteriormente lograr un proyecto de concluir una especialidad para mejorar mi actuar profesional.

A mi madre Balbina Gómez D. que ha sido mi sostén, apoyo, es quien cree en mí y quien día a día ha sido un impulso en mi desarrollo personal y profesional, recordándome en cada momento la frase “Estudia para lo que quieras ser, solo busca demostrar ser el mejor, y no despegues los pies del suelo”.

A mi padre Pedro Ramírez C. que me enseñó y demostró que los pacientes no solo buscan salud sino también buscan quien los escuche y brinde palabras, con lo que se logra un mejor bienestar tanto físico, social y emocional.

A mi hermano Pedro E. Ramírez G. que me comparte sus conocimientos para ser más competente en el área de salud.

A mi novia Margyn Escobedo M. que desde la formación en licenciatura y ahora en la especialidad me brinda su apoyo incondicional para concluir las metas que nos imponemos para mejorar como profesionistas y personas. Siempre estando los dos con la mentalidad de que la vida no se mide en cuantas veces caemos, sino se mide en cuantas veces nos levantamos a seguir adelante.

Agradezco a mi asesora y coordinadora de especialidad E.E.P. Nidia Rivas F. quien siempre nos hizo reforzar y perfeccionar nuestra capacidad de búsqueda e investigación para fundamentar nuestro actuar profesional y que a pesar del arduo trabajo que involucra la coordinación de una especialidad, su vida laboral y familiar, me brindo el tiempo necesario para concluir este proyecto de especialidad, supervisión de avances y conclusión del estudio de caso.

## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	4
II.	JUSTIFICACIÓN .....	5
III.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO .....	7
IV.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO .....	8
V.	MARCO CONCEPTUAL .....	9
	5.1 Conceptualización de Enfermería	
	5.2 Paradigmas	
	5.3 Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem	
	5.4 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	
	5.5 Relación de la Teoría de Orem con el PAE	
	5.6 Daños a la salud	
	5.7 Consideraciones éticas	
	5.8 Marco legal	
VI.	PRESENTACIÓN DEL CASO .....	36
	6.1 Descripción del caso	
	6.2 Antecedentes generales de la persona	
VII.	METODOLOGÍA .....	37
	7.1 Estrategia de investigación	
	7.2 Selección del caso y fuentes de información	
VIII.	ANÁLISIS Y RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA PERINATAL .....	38
IX.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	43
	9.1 Valoración general	
	9.2 1ª valoración focalizada	
	9.3 2ª valoración focalizada	
	9.4 3ª valoración focalizada	
	9.5 4ª valoración focalizada	
X.	PLAN DE ALTA .....	76
XI.	CONCLUSIONES .....	78
XII.	SUGERENCIAS .....	78
XIII.	BIBLIOGRAFÍA .....	79
XIV.	ANEXOS .....	83

## **I.INTRODUCCIÓN**

El cuidado profesional de enfermería es una acción necesaria en todas las instituciones de salud, por ello es de suma importancia formar y generar recursos capacitados con habilidades, destrezas conocimientos científicos y humanísticos que puedan desarrollarse dentro de los diferentes niveles de atención del sistema de salud, considerando que la mayoría de las casusas de morbilidad y mortalidad perinatal son prevenibles.

El estudio de caso se sustenta en la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, con el apoyo del instrumento de valoración perinatal, identificando y priorizando la atención de acuerdo a los 8 Requisitos Universales de Autocuidado, para desarrollar, aplicar y evaluar la prescripción de cuidado, realizando una valoración general a una mujer embarazada con 29.4 SDG por FUM con edad materna de riesgo, gesta 12 y rechazo a los métodos de planificación familiar y cuatro valoraciones focalizadas posteriores a este momento, evaluando la evolución y conclusión del embarazo.

El desarrollo de un plan de cuidados en el área de Enfermería Perinatal permite establecer e iniciar la estandarización en la atención especializada en mujeres embarazadas sin alteraciones; dado que no hay una gran gama de trabajos realizados en el apoyo – educación para la atención en embarazadas de bajo riesgo. Debido a la insuficiente evidencia en la atención de Enfermería Perinatal en nuestro país, surge la necesidad para profundizar en la educación preconcepcional y perinatal de la paciente y pareja, así como el empoderamiento de las mujeres en la resolución de su embarazo, y con esto lograr recién nacidos sanos sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

## II. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud en 1992 definió la salud reproductiva como el estado del completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción.<sup>1</sup> Cuando se analiza la mortalidad materno infantil, se encuentran aspectos comunes: es mayor en países menos desarrollados, zonas rurales, mujeres con bajo nivel educacional y económico, edades tempranas o tardías, etc. Los principales instrumentos para lograr una salud reproductiva adecuada son la educación en salud, y el manejo del concepto de riesgo reproductivo, que es "la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que afectará fundamentalmente a la madre, al feto o al recién nacido". En países como Brasil, México y Venezuela se ha incrementado el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, alcanzando hasta un 25% o un 30 % del total de mujeres.

Al analizar los riesgos más frecuentes se encontró mayor predominio del bajo nivel educacional con un 73,4%, seguido por el período intergenésico corto (37,7%) y la multiparidad (33,1%). El bajo nivel escolar fue el riesgo que con mayor frecuencia se presentó debido a la infraestructura social y económica imperante acorde a un país subdesarrollado, donde se tienen que pagar los estudios y por la gran pobreza existente muchos no pueden hacerlo. El período intergenésico corto fue el segundo riesgo más frecuente, lo cual se produce por la escasa información que se brinda acerca del tiempo que debe mediar entre un embarazo y otro, así como la falta de utilización de métodos anticonceptivos para regular la fecundidad. Durante el embarazo la madre disminuye sus propios recursos biológicos y nutritivos, a causa del crecimiento del feto, después del parto necesita recuperar lo perdido y prepararse para el nuevo embarazo, esta necesidad aumenta cuando se lacta. Este factor se relaciona con la mortalidad perinatal e infantil, crecimiento intrauterino retardado, así como la mortalidad materna. La multiparidad ocupó el tercer lugar pues en esta sociedad predomina el patriarcado donde prevalece la idea de que las mujeres son propiedades de los hombres, quienes sólo las emplean para trabajos forzados y la reproducción. Además, la población en general plantea que muchas personas murieron durante la guerra de independencia y por esta razón quieren incrementar sus hijos, asociado al desconocimiento de los métodos anticonceptivos, la puesta en práctica de forma insuficiente del programa de planificación familiar y el bajo nivel cultural que posee la población. La multiparidad es un factor de riesgo importante por el desgaste del aparato reproductivo y el riesgo que aumenta proporcionalmente al número de nacimientos lo cual

---

<sup>1</sup> NORMA Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. 1994.  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4699269&fecha=30/05/1994](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4699269&fecha=30/05/1994)

tiene efectos negativos como la mortalidad materna, el prolapso uterino, la ruptura uterina, las anemias, la RCIU y la prematuridad.<sup>2</sup>

Además, se incluye que, desde mediados de la década de los años 70, la edad de la maternidad no ha cesado de incrementarse. El deseo de la mujer de tener un embarazo después de los 35 e incluso 40 años, se ha convertido por ello en un importante fenómeno social. No obstante, es unánimemente aceptado que las mujeres que se embarazan y tienen hijos a edades próximas al límite de fertilidad presentan una mayor morbimortalidad materno-fetal, sin estar bien establecido si ello se debe a la edad de forma exclusiva o a otros factores de riesgo asociados.

La edad materna avanzada se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones médicas del parto y tasa de cesáreas, especialmente en nulíparas. Todo ello repercute en la morbimortalidad materna y fetal, siendo un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada y trasciende el ámbito de la planificación sanitaria, dado el porcentaje de gestantes de edad avanzada en nuestro medio.

El embarazo representa para la mujer y el hombre una oportunidad de aprendizaje y un reto ante una realidad llena de interrogantes surgidas en esta etapa de la vida humana. La atención materno infantil constituye la mejor forma de cuidar la salud, que el personal debe aprovechar para educar a los futuros padres para encontrar las condiciones ambientales y personales más satisfactorias, que repercutan favorablemente en el binomio madre hijo y fomentar el desarrollo de actitudes saludables hacia las relaciones familiares.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Castellanos B, González A. Sexualidad y géneros desde un perspectiva humanista y crítica. En: Castellanos B, González A. Sexualidad y género. La Habana: ECIMED; 2006. p. 41-70.

<sup>3</sup> Heras Pérez, B., et al. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. 2011. <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-la-edad-materna-como-factor-riesgo-obstetrico-90034646>

### **III. OBJETIVOS DE ESTUDIO DE CASO**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería como método para la ejecución y el desarrollo de cuidados especializados en el área de la salud perinatal.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Análisis, recolección y validación de los datos obtenidos a través del instrumento de valoración, con enfoque de riesgo.
- Identificar problemas reales y de riesgo.
- Planeación y ejecución de cuidados de Enfermería Especializados, en una paciente Embarazada con 29.4 SDG, multigesta con una agencia de autocuidado parcialmente desarrollada.
- Implementar una estrategia educativa, para desarrollar recursos y habilidades para el desarrollo de la agencia de autocuidado de la paciente.
- Brindar atención de manera oportuna, eficiente y segura.
- Proporcionar atención de Enfermería basada en los principios Éticos y Bioéticos, todo basado en un actuar con ética profesional y seguridad en procedimientos, prescripciones y asesorías clínica.
- El personal de enfermería tomará decisiones, realizará intervenciones y prescripciones independientes especializadas con fundamentación científica, a partir de una valoración completa con enfoque a las necesidades de la Teoría de Orem, aplicando un plan de intervenciones para una atención individual y específica para cada paciente.

## IV. FUNDAMENTACIÓN

### 4.1 ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS)

Intervenciones De Enfermería Especializada A Una Mujer Con Edad Materna Avanzada, Cursando Su Segundo Embarazo, Atendida En El Centro De Investigación Materno Infantil Del Grupo De Estudios Al Nacimiento.<sup>4</sup>

Illescas Correa, Lucia Marcela
Datos de publicación 2003
Grado: Especialidad Enfermería Perinatal, Universidad Nacional Autónoma de México, 2003, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

#### Resumen

El embarazo es un estado natural que cursa sin eventualidades, la embarazadas y sus parejas están altamente receptivas a la información que favorezca el autocuidado, desarrollan capacidades y compromisos para el cuidado del embarazo. La atención de la mujer embarazada de edad avanzada va en incremento ya que el estilo de vida de la sociedad implica lograr una realización a nivel profesional y social por lo que el embarazo se va posponiendo a edades de riesgo (menores de 18 años y mayores de 35 años).

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

La enfermería Perinatal es una especialidad que brinda los elementos teóricos y metodológicos para la resolución de los problemas de salud perinatal en México. Uno de los aspectos más destacados de la práctica profesional como enfermeros perinatales es ser el eje las intervenciones e integrar al equipo de salud en el cuidado de la embarazada.

---

<sup>4</sup> Illescas Correa, LM. *Intervenciones De Enfermería Especializada A Una Mujer Con Edad Materna Avanzada, Cursando Su Segundo Embarazo, Atendida En El Centro De Investigación Materno Infantil del Grupo De Estudios Al Nacimiento*. 2003. Disponible en: [http://tesis.unam.mx/F/?func=direct&doc\\_number=000316409&noSistema&current\\_base=TES01](http://tesis.unam.mx/F/?func=direct&doc_number=000316409&noSistema&current_base=TES01)

## V. MARCO CONCEPTUAL

### 5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Dorothea E. Orem definió Enfermería como el servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.<sup>5</sup>

### 5.2 PARADIGMAS<sup>6</sup>

Partiendo de la consideración de la existencia de los paradigmas, S. Kérouac analiza los modelos y teorías de enfermería identificando en ellos la presencia de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que tienen en común unos con otros y procede a su clasificación en tres paradigmas: de categorización, de integración y de transformación.

- **Paradigma de la categorización:** En las ciencias de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda del factor causante de la enfermedad. Además, inspira dos orientaciones en enfermería: Una centrada en la salud pública y otra centrada en la enfermedad.
- **Paradigma de la integración:** Prolonga el paradigma anterior reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.
- **Paradigma de la transformación:** Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Entiende cada fenómeno como único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina.

Las escuelas para el desarrollo de las teorías de atención de enfermería se encuentran: la de necesidades, de interacción, de efectos deseables, promoción de la salud, ser humano unitario y del caring; por la metodología basado en la Teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem, se hace un enfoque en la Escuela de necesidades. La característica fundamental de los modelos que pertenecen a esta escuela definen la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el Autocuidado. Los modelos que presentan esta característica son los de V. Henderson, D. Orem y F. Abdellah.

---

<sup>5</sup> Sánchez G. Dorothea E. Orem aproximación a su teoría. Rol de enfermería. 1999; 22 (4): 309-11.

<sup>6</sup> Benavet Garcés, M.A., Francisco del Rey, C., Ferrer Ferrandis, E. 2001. Actualizado 2012. Capítulo 11. El Modelo Teórico de Dorothea E. Orem. Fundamentos de Enfermería. DAE.

### **5.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA**

Las teorías y modelos no son nuevos para la enfermería, existen desde que Florence Nightingale expresó sus ideas acerca de la enfermería en 1859, en la actualidad cada profesional de la enfermería tiene su propia visión sobre la enfermería que influyen en las decisiones tomadas para satisfacer las necesidades de los seres humanos.

#### **5.3.1 MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM**

Dentro de las clasificaciones para el estudio de las diferentes teorías y modelos, encontramos los modelos de suplencia o ayuda donde el rol fundamental de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por si solas en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, una de las representantes más importante de esta tendencia es Dorotea E. Orem estableciendo la teoría del déficit del autocuidado como una teoría general compuesto por tres subteorías relacionadas:

- Teoría del Autocuidado.
- Teoría del Déficit de Autocuidado.
- Teoría de los sistemas de Enfermería

Dorothea Orem es una norteamericana que desarrolla su trabajo en solitario con la colaboración de algunas colegas que le han permitido desarrollar la teoría del déficit de autocuidado; aunque no aceptó tener influencia directa de ninguna fuente teórica en su obra, cita el trabajo de muchas autoras que han contribuido a la base teórica de la enfermería tales como: Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Rogers, Roy, Travelbee y Wiendenbach entre otras.<sup>7</sup>

El modelo de Dorothea E. Orem ha alcanzado un alto nivel de aceptación por parte de la comunidad de enfermería. Es una propuesta universal, que se puede utilizar en todos los lugares y medios: en el campo asistencial, siempre que existan personas con problemas reales o potenciales de déficit de autocuidado, ya que resultados de estudios han demostrado que los enfermos se sienten con más libertad y derecho de opinar sobre sus necesidades de cuidados, mayores posibilidades para elegir entre diferentes posibilidades y participan más activamente en los cuidados adecuados a su restablecimiento y autosuficiencia; en la docencia enfermera, tanto en la formación de pregrado como de posgrado, ya que permiten abrir al estudiante mediante una perspectiva amplia de enfermería y le ayuda a encuadrar los conocimientos desde un marco teórico enfermero, la estructura mental que desarrollan los estudiantes les permite encontrar en el modelo las explicaciones teóricas en el análisis de situaciones concretas.

---

<sup>7</sup> Prado Solar, L.A., et-al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. 2014. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004)

También se ha utilizado como marco de diferentes trabajos de investigación demostrando su validez, tanto en lo que se refiere al propio desarrollo como a su aplicación en la práctica, por el hecho que se diseñan diferentes instrumentos para medir la actividad de autocuidado y la capacidad percibida por la persona para cuidar de sí misma; igualmente se utiliza como referente para la organización y gestión de los cuidados enfermeros, utilizando como referencia la consideración de las necesidades de cuidados de salud según los déficits de autocuidado y sobre las bases de estas necesidades, organizar las actividades de acuerdo a los sistemas de enfermería y en función de éstos ofrecer cuidados con los métodos de ayuda desarrollados en su modelo.<sup>8</sup>

### **Conceptos nucleares**

Considera la enfermería una ciencia práctica, incluida en el grupo de las ciencias aplicadas, entendidas estas como las que se refieren “al principio y causas de las cosas a hacer”, que incluyen “el conocimiento especulativo y el conocimiento prácticamente práctico”.

El núcleo central de la Teoría de Orem es que las personas requieren cuidados de enfermería cuando sus necesidades de cuidado exceden o se prevé que puedan exceder su propia capacidad para satisfacerlas.

La disciplina de enfermería se caracteriza por la forma particular que tiene de tratar los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno. Las relaciones que entre ellos se establecen representan los fenómenos nucleares que orientan las construcciones teóricas sobre la enfermería. La descripción que Orem hace sobre la enfermería contiene estos conceptos.

**Cuidado:** se concibe como necesidades de todas las personas a lo largo de toda la vida que contribuyen a su salud, bienestar y desarrollo. El estado de salud, las características propias de la persona y los elementos del entorno condicionan tanto las manifestaciones sobre las necesidades de cuidado que se tienen, como la forma de satisfacerlo.

**Persona:** se concibe como un todo integrado que funciona biológica, simbólica y socialmente, y que está en permanente interacción consigo misma y con su entorno intercambiando continuamente materia y energía en un proceso adaptativo que es impredecible para la vida. Un aspecto fundamental de la persona según Orem, es que tiene actividad intrínseca. Esto configura a la persona como unidad sustancial que le hace única y global.

**Entorno:** lo reconoce íntimamente ligado a la concepción de la persona, en interacción e intercambio continuo con ella. Serie de factores o elementos físicos, químicos, biológicos y sociales que originan requisitos de autocuidado y pueden influir positiva o negativamente en la vida, la salud y bienestar de las personas y los grupos, y más concretamente en la satisfacción de los requisitos de autocuidado.

---

<sup>8</sup> Benavet Garcés, M.A., Francisco del Rey, C., Ferrer Ferrandis, E. 2001. Actualizado 2012. Capítulo 11. El Modelo Teórico de Dorothea E. Orem. Fundamentos de Enfermería. DAE.

**Salud:** para Orem la salud es un estado que cambia a medida que evolucionan las características humanas y biológicas de las personas y que afectan a la globalidad e integridad, incluyendo los aspectos referidos a la persona como ser humano (forma de vida mental) que opera conjugando mecanismos psicológicos psicofisiológicos y estructurales (vida biológica) y en relación con otras personas (vida social).<sup>9</sup>

### **TEORÍA DE AUTOCUIDADO (DOROTHEA OREM):**

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. En el término autocuidado, la palabra “auto” se utiliza en el sentido del ser humano completo. El autocuidado comporta la connotación dual de “para uno mismo” y “realizado por uno mismo”. El autocuidado tiene un propósito. Es una acción que tiene un patrón y una secuencia y, cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos.

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta investigadora identifica en su teoría tres categorías de requisitos de autocuidado para el desarrollo de la actividad de enfermería teniendo en cuenta que estos requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos formalizados del autocuidado.

### **Requisitos de Autocuidado.**

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados. Tres son los requisitos que se han identificado en esta teoría:

---

<sup>9</sup> Benavet Garcés, M.A., Francisco del Rey, C., Ferrer Ferrandis, E. 2001. Actualizado 2012. Capítulo 11. El Modelo Teórico de Dorothea E. Orem. Fundamentos de Enfermería. DAE.

### **Requisitos universales:**

Son los que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como persona e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. Estos requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana, fomentando positivamente la salud y el bienestar:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.
8. Promoción del Funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, conocimiento de las limitaciones humana y el deseo de ser normal.

Cada uno de estos requisitos están relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

### **Requisitos del desarrollo:**

Estos requerimientos sobrevienen específicamente en un periodo concreto del ciclo vital. Por lo tanto, es necesario reconocer las exigencias de autocuidado según la edad de la persona. Estos se relacionan con las actividades a llevar a cabo para iniciar y promover el desarrollo en una edad y etapa particular o en un determinado momento del ciclo de vida. Orem describe dos tipos de requisitos de autocuidado del desarrollo:

Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano, hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la madurez, durante las etapas siguientes de la vida:

- Los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento.
- La etapa de la vida neonatal, ya sea nacido a término o prematuramente, o nacido con bajo peso o peso adecuado a edad gestacional.
- Infancia.
- Las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada a la edad adulta.
- Las etapas de desarrollo de la edad adulta.
- El embarazo ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que puedan afectar adversamente el desarrollo humano.

- Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones.
- Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones.<sup>10</sup>

#### **Requisitos de desviación de la salud:**

Son los requisitos que están asociados a la regulación de los efectos y resultados de las funciones afectadas, con el efecto y resultados del cuidado de salud prescrito por personal de salud, lo cual llevara a fomentar la independencia de cada persona ante su autocuidado.

Estos tres tipos de requisitos deben ser especificados para los individuos y deben estar en relación a la edad, sexo, estados del desarrollo, estados funcionales, estados de vida y condiciones ambientales.

### **FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES / FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO**

El concepto de Factores Básicos Condicionantes está relacionado al concepto de Agencia de autocuidado; dado que la capacidad de las personas para realizar el autocuidado en tipo y cantidad de autocuidado que se requiere es influenciada por ciertos factores internos y externos que constituyen los factores básicos condicionantes. En el desarrollo de la teoría se propone la utilización de los factores básicos condicionantes organizados en cuatro grupos: descriptivos de la persona, patrón de vida, estado de salud y estado de desarrollo.

Los **factores básicos condicionantes descriptivos** de la persona tienen como finalidad ofrecer información sobre la persona que va a recibir los cuidados enfermeros. Se incluyen en este grupo:

- Edad y sexo que afectan el grado en el que se deberían satisfacer los requisitos de autocuidado universal y desarrollo.
- La residencia y sus características ambientales. Pueden afectar a todos los requisitos de autocuidado en sus tres categorías.
- Factores del sistema familiar, incluyendo la posición de la persona en su familia, e información sobre otros miembros de la misma, con detalles relevantes sobre su residencia y relaciones que mantienen con el paciente. Pueden demandar requisitos de autocuidado específicos y afectar a todos los requisitos de autocuidado de las tres categorías.
- Factores socioculturales: el nivel de educación, la ocupación que desempeña, experiencias laborales, o experiencias vitales. Afectan a las capacidades de la agencia de autocuidado para satisfacer las demandas de autocuidado de todos los requisitos de autocuidado.

---

<sup>10</sup> Benavet Garcés, M.A., Francisco del Rey, C., Ferrer Ferrandis, E. 2001. Actualizado 2012. Capítulo 11. El Modelo Teórico de Dorothea E. Orem. Fundamentos de Enfermería. DAE.

- Factores socioeconómicos recursos que dispone en el momento actual o de los que se puede disponer. Al igual que el anterior puede afectar a la capacidad de agencia de autocuidado. La disponibilidad de los recursos influye en la selección que se haga de los medios para satisfacer los requisitos de autocuidado.<sup>11</sup>

Los **factores básicos condicionantes del patrón de vida** incluyen las medidas de autocuidado habituales que lleva a cabo la persona: como ocupa el tiempo, responsabilidades que asume en relación con quienes convive y formas de cuidados impuestos por la situación de enfermedad. Este factor se denomina patrón de vida del paciente. Es fundamental para determinar las demandas de autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado.

Los **factores básicos condicionantes del estado de salud y factores del sistema de salud** incluyen el estado de salud fisiológico y psicológico y agrupan.

- Las condiciones de salud, antes y durante el periodo actual de cuidado y el alta; el diagnóstico médico, las condiciones identificadas y documentadas por el médico, las condiciones nombradas e identificadas por la enfermera. Puede demandar requisitos específicos de desviación de la salud e interferir en la satisfacción de los requisitos de autocuidado universal o del desarrollo.
- Características del estado de salud identificadas y descritas por el paciente y los miembros de su familia. Determina la percepción y vivencia que supone la situación para las personas implicadas.
- Características del sistema de salud descritas por diferentes profesionales y formas de cuidado antes y durante el tratamiento.

Los **factores básicos condicionantes del estado de desarrollo**, se relacionan con los requisitos de autocuidado del desarrollo e incluye:

- Capacidades de autogobierno, observadas por enfermería y descritas por la persona en relación con las condiciones de vida actuales y proyectadas dentro de los entornos físicos y sociales específicos, y en las condiciones impuestas por el estado de salud.
- Factores necesarios para el autogobierno o factores que lo afectan negativamente, identificados por el paciente o por enfermería.
- Potencial de desarrollo personal evidenciado por la perspectiva del paciente y los objetivos fijados y la estimación objetiva de su posible desarrollo, para satisfacer los requisitos del desarrollo y universales.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Espitia Cruz, L.C. *Asociación de los Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado y la capacidad de Agencia de Autocuidado en personas con Hipertensión Arterial que asisten a consulta externa del Hospital Universitario La Samaritana (Tesis)*. 2011. Colombia.

<sup>12</sup> Benavet Garcés, M.A., Francisco del Rey, C., Ferrer Ferrandis, E. 2001. Actualizado 2012. Capítulo 11. El Modelo Teórico de Dorothea E. Orem. Fundamentos de Enfermería. DAE.

La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y las actividades de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de las personas que podrían beneficiarse del personal de Enfermería.

Para poder dar un buen manejo del modelo de Dorothea E. Orem se debe tener presente lo siguiente:

- Examinar los factores, problemas de salud y el déficit de autocuidado.
- Realizar una recolección de datos es con fin de identificar los problemas de salud y la valoración de conocimiento, habilidades, motivación y orientación que tiene cada persona conforme a su autocuidado específico.
- Analizar los daos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual funcionara para marcar la base para el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.).
- Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado para la salud.
- Poner el sistema de enfermería en acción y asumir el papel de cuidador totalmente sin intervención del paciente, de un cuidador parcial con la participación del paciente o el papel de orientador por medio del apoyo educativo.

## **TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO**

Esta sub teoría es la base del Modelo de Dorothea Orem, la cual establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionas o derivadas de su estado de salud actual, las cuales los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, que es cuando la persona no tiene intención de aplicar su autocuidado.

**Demanda de autocuidado terapéutico:** se refiere a la totalidad de medidas de cuidados necesarias en momentos específicos, o durante un periodo de tiempo, para cubrir todos los requisitos de autocuidado. Implica la realización de acciones para mantener la salud y el bienestar. La demanda de autocuidado terapéutico va variando a lo largo de la vida influida por los cambios en los factores básicos condicionantes, entre los que se encuentran los de estado de salud. Para calcular la demanda de autocuidado terapéutico requiere de un proceso hipotético-deductivo, para conocer qué acciones reguladoras del funcionamiento y desarrollo humano debería realizar la persona y en qué tiempo debe realizarlas para conseguir la finalidad que se pretende: mantener la vida, la salud o bienestar.

Las demandas de autocuidado terapéutico se determinan priorizando:

- Las que son esenciales para el mantenimiento de los procesos vitales.
- Las demandas que previenen las complicaciones de la enfermedad o lesión.
- Las que van dirigidas a mantener la salud y promover el funcionamiento humano.
- Las que tienen como finalidad el bienestar en las circunstancias en las que se encuentra la persona.

Diseño de demanda de autocuidado terapéutico sirve para establecer relaciones, entre los componentes de las acciones de autocuidado, en un marco temporoespacial, para las 24 horas del día de la persona. Consiste en relacionar las acciones de autocuidado dirigidas a satisfacer demandas de autocuidado de los diferentes requisitos de autocuidado, con el fin de hacer coincidir los esfuerzos y compatibilizar las acciones con las actividades de la vida diaria.

**Agencia de autocuidado:** se describe como la habilidad adquirida por la persona madura o en proceso de maduración, de conocer y satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas con un propósito concreto, para desarrollar su propio funcionamiento y desarrollo humano. Beneficia para identificar factores que deben ser controlados o tratados para regular el funcionamiento y desarrollo, decidir lo que se puede y debería hacerse con relación a regularlos y finalmente, realizar las actividades de cuidados destinados a cubrir los requisitos de autocuidado.

**Agencia de cuidado dependiente:** se describe como las capacidades desarrolladas y en proceso de desarrollo de las personas para conocer y cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de personas socialmente dependientes de ellas, o para regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de esa persona. Se trata de actuar de la misma manera que la agencia de autocuidado, con la única diferencia que supone realizar algo de otro y para otro, formada por las capacidades que permiten realizar operaciones estimativas, transicionales y productivas, como acciones de autocuidado en la satisfacción de la demanda de autocuidado terapéutico de otra persona.

**Agencia de enfermería:** son las capacidades desarrolladas por las personas educadas como personal de enfermería que facultan para representarse a sí mismas como enfermeras (os), y dentro del marco de una legítima relación interpersonal, actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y a regular el desarrollo o ejercicio de su agencia de autocuidado.

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

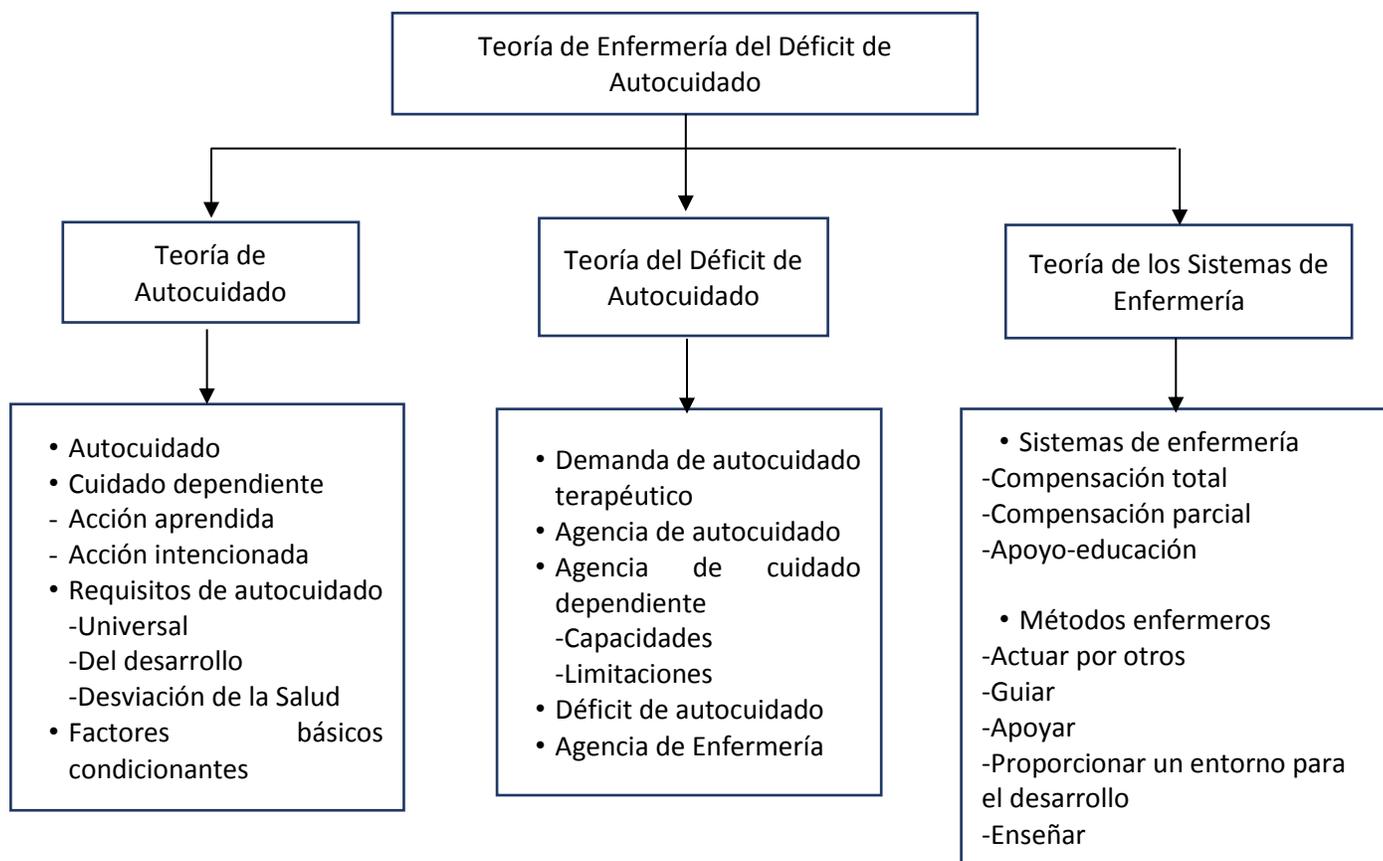
## TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Estos sistemas de cuidado, se deben individualizar y concretar en cada paciente, para ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y actividades específicas.

**Sistema parcialmente compensador:** cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.

**Sistema totalmente compensador:** cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.

**Sistema de apoyo educativo:** cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; es cuando el personal de enfermería brinda consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.



## 5.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica de enfermería es el método conocido también como Proceso de atención de Enfermería (P.A.E.), que es el instrumento empleado para realizar la interacción entre el personal de enfermería, el paciente y los familiares, con el fin de identificar los objetivos de salud, las energías y las limitaciones del paciente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud (Carpenito 1989).

El proceso de atención de enfermería (P.A.E.) es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.<sup>13</sup>

Es un método que permite a la persona participar en su propio cuidado, se da una atención individualizada y específica de cada persona de manera continua y con calidad de atención, además garantiza la respuesta a los problemas de salud reales, potenciales o a la identificación y reducción de riesgos que alteren la salud de cada persona.

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes, cuando Lydia Hall (1955) describió por primera vez la actuación de enfermería como un proceso, y es cuando las enfermeras comienzan a estudiarlo como respuesta al deseo de desarrollar la profesión con una base científica, Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) consideran un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución; Yura y Walsh (1967) escribieron el primer libro que definía cuatro de los componentes del proceso (valoración, planificación, realización y evaluación), fueron legitimados cuando la Asociación Norteamericana de Enfermería publicó las Normas de la práctica de Enfermería; 1976 aparecen varios autores se incluye la etapa diagnóstica de enfermería dando lugar a los cinco componentes actuales del Método Enfermero.

Como todo método el P.A.E. se constituye de cinco fases (valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación) que son sucesivos y mantienen relación entre ellos. Cumpliendo con las características de ser interpersonal, cíclico, universal, humanístico y con enfoque holístico.

Valoración: es la obtención de datos tanto objetivos como subjetivos, consiste en la recolección de datos, por medio de las fuentes de información primaria (paciente, entrevista, observación y exploración física del paciente). En esta fase se determina el grado de dependencia e independencia de cada persona.

Diagnóstico de Enfermería: es el juicio que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

---

<sup>13</sup> Salazar Hernández, I.Y. Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). 2013. ENEO publicaciones. <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>.

Planeación: etapa donde se da la formulación de objetivos, elección del modo de intervención y la determinación de actividades par aprevenir, minimizar o corregir problemas y promoción a la salud donde también se implique a la persona a su cuidado.

Ejecución: es la puesta en práctica de las intervenciones que son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de cada persona.

Evaluación: fase donde se comparan las respuestas de la persona, determinando si se han conseguido los objetivos establecidos, determinando los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados durante la ejecución.

## **5.5 RELACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Ésta teoría está vinculada integralmente al PAE, poniéndose de manifiesto en las diferentes fases del mismo. De aplicarse estos conocimientos por parte del personal de enfermería se lograría una atención integral con la calidad requerida, además de aumentar el razonamiento por parte de los profesionales de esta especialidad.

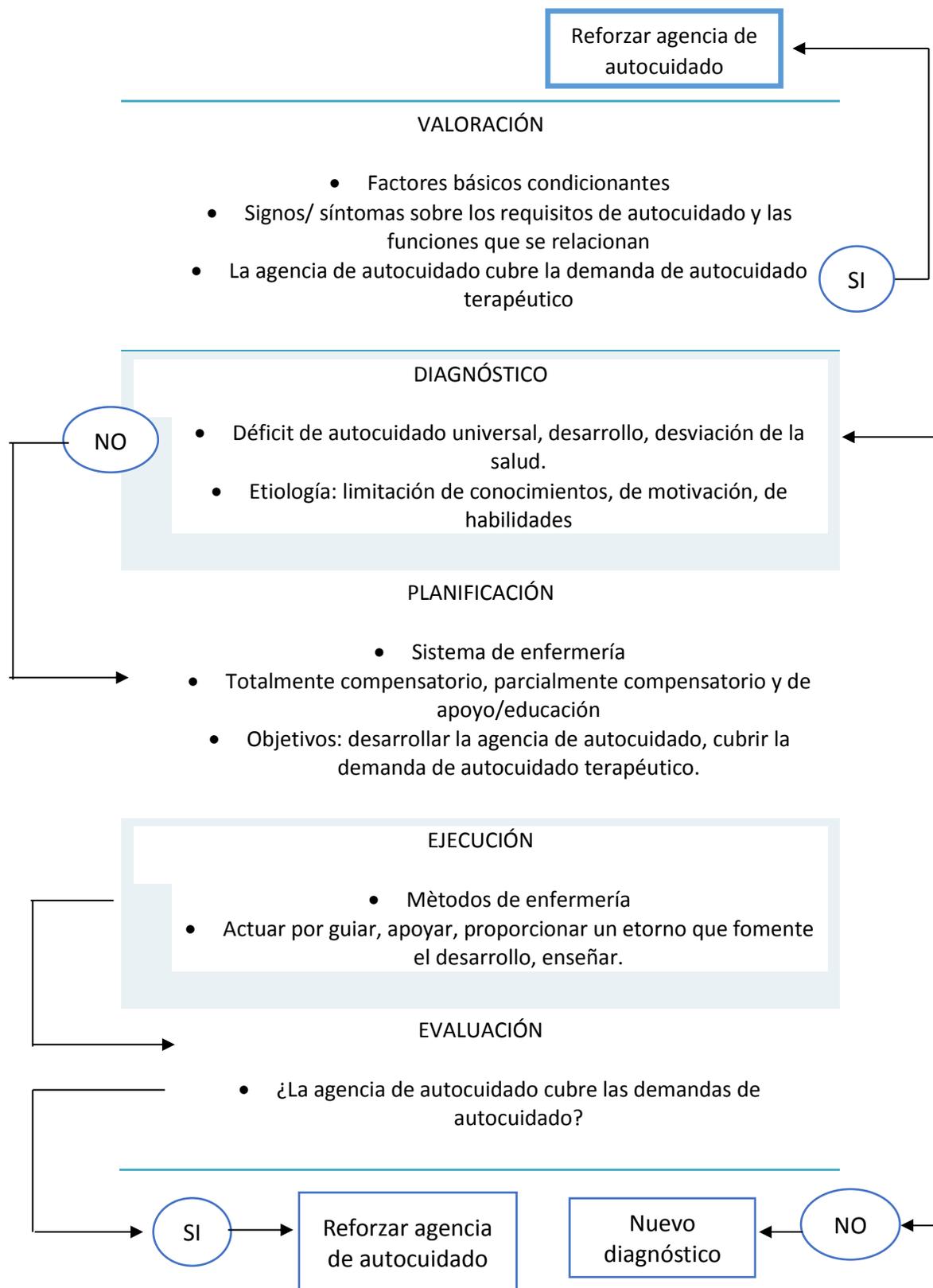
Orem describe tres etapas del proceso de enfermería, la primera implica determinación de "por qué una persona debe recibir atención de enfermería". Se considera que es la etapa de valoración, con la cual, la enfermera encaminará su marcha, detectando las necesidades afectadas y enunciando su diagnóstico.

La segunda etapa incluye el diseño de un sistema de enfermería que dé por resultado, la consecución de las metas de salud, esta etapa incluye básicamente la planificación de métodos para satisfacer las necesidades de autocuidado, teniendo en cuenta las limitaciones existentes. Se piensa que esta etapa es la ejecución, donde la enfermera diseña y aplica un plan de acción para compensar las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado, poniendo de manifiesto la relación estrecha entre enfermera y paciente durante la realización del "plan de cuidado".

Y la tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones de autocuidado, proporcionar atención terapéutica y prevenir el desarrollo de nuevas limitaciones de autocuidado. En consecuencia, de un razonamiento crítico de esta teoría, Orem forma como base, los requisitos de autocuidado universal, relativos al desarrollo y cuando falla la salud, por lo que se producen trastornos del autocuidado con respecto a esto, siempre vinculado al proceso de enfermería brinda el conocimiento para elevar el nivel de aplicación de estos datos empíricos en la práctica.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Castillo Mayedo, J., et-al. Bases Conceptuales de Enfermería. 2014. <http://es.slideshare.net/victorino66/bases-conceptuales-deenfermeria>.



Benavet Garcés, M.A., Francisco del Rey, C., Ferrer Ferrandis, E. 2001. Actualizado 2012. Capítulo 11. El Modelo Teórico de Dorothea E. Orem. Fundamentos de Enfermería. DAE.

## 5.6 DAÑOS A LA SALUD

### 5.6.1 EMBARAZO Y EDAD MATERNA DE RIESGO

El embarazo es considerado como un evento fisiológico y es recibido, en la mayoría de los casos, como un regalo concedido al sexo femenino. El retraso de la maternidad se ha convertido en un fenómeno común en el mundo desarrollado como resultado de factores sociales, educacionales y económicos.<sup>15</sup>

La edad permite identificar varios factores de riesgo asociados al estado de madurez fisiológica de cada individuo; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al producto en gestación y/o recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir.

El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.<sup>16</sup>

A medida que avanza la edad, las posibilidades de que una mujer quede embarazada disminuyen, motivado por el deterioro en la calidad de sus óvulos sobre todo aquellas que esperan, para obtener descendencia, hasta la perimenopausia.

La mujer de esta edad frecuentemente padece de alguna enfermedad crónica a lo que se añaden los cambios fisiológicos propios del embarazo en todos los sistemas del organismo que ponen a prueba sus reservas corporales y que empeoran el pronóstico y los resultados de la gestación.

Unas de las más importantes modificaciones se producen en el aparato cardiovascular. En la mujer de edad avanzada embarazada la circulación se adapta a la existencia de un nuevo lecho vascular, la placenta, a la que se derivan de 500 a 1 000 mL/min de sangre. Se presenta un aumento del gasto cardiaco en 1,5 L/min con relación a 5 L/min de valor basal. Este incremento se debe a un aumento de la frecuencia cardiaca (de 70 a 85 latidos/min) y a un aumento del volumen de eyección (de 64 a 71 mL). Estos cambios se establecen entre el 2do. Y el 3er. mes, y se mantienen hasta el parto. La compresión del útero grávido sobre la vena cava inferior y sobre las ilíacas determina un aumento de la presión venosa en los miembros inferiores, prolonga el tiempo de circulación pie-ingle y contribuye a la producción de edema.

---

<sup>15</sup> García Alonso, I., Alemán Mederos, M.M. Riesgos del Embarazo en la Edad Avanzada. 2010. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(4)481-489.

<sup>16</sup> Donoso, E., et-al. La Edad de la Mujer como Factor de Riesgo de la Mortalidad Materna, Fetal, Neonatal e Infantil. 2014. Rev. Med. Chilena; 142: 168-174.

En la gestación aumenta progresivamente el consumo de oxígeno hasta incrementarse en 33 mL/min al final del embarazo, el aumento de masa del útero dificulta los movimientos del diafragma. El aumento de la ventilación pulmonar se debe a la acción de la progesterona, incrementando el esfuerzo ventilatorio a través de un efecto directo sobre el centro respiratorio.

El flujo plasmático renal y la fracción de filtración se mantienen durante toda la gestación por encima de los valores de la mujer no embarazada. Se produce una retención de iones y agua (4 a 6 litros) que expande el volumen extracelular. El embarazo produce una serie de adaptaciones metabólicas para garantizar los sustratos que el feto demanda. Entre las gestantes con edad avanzada es frecuente encontrar el antecedente o el diagnóstico durante el embarazo de diabetes mellitus donde la disponibilidad excesiva de glucosa al feto ocasiona sobrepeso fetal y complicaciones a la madre.<sup>17</sup>

### **5.6.1.1 NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO**

Existen grupos de riesgo en los que debe asegurarse una buena nutrición, como en los casos de historia de malnutrición, bajo peso, intolerancias alimentarias, patologías añadidas que alteran la nutrición y embarazo múltiple.

El embarazo es uno de los periodos de mayor demanda nutricional en la vida de una mujer, ya que tienen que cubrir las necesidades de nutrientes de la madre, del feto en crecimiento y del niño en sus primeros meses de vida cuando se inicia la lactancia materna, garantizando la salud de ambos. Un importante número de estudios han demostrado la relación de un déficit de nutrientes y el exceso o falta de peso de la madre con la aparición de malformaciones fetales, parto prematuro, bajo peso del neonato, aumento de cesáreas y dificultades en la evolución del neonato.

La dieta durante el embarazo y la lactancia debe ser balanceada y cubrir las recomendaciones energéticas. Se debe prestar atención a las fuentes dietéticas de hierro y calcio. El incremento de las necesidades nutricionales durante el embarazo y la lactancia hacen necesaria la suplementación de vitaminas y minerales, especialmente, de ácido fólico, hierro y calcio para proporcionar niveles adecuados de estos, debido a la dificultad de ingerirlos durante la dieta. La calidad de esta repercute en el estado nutricional previo de la gestante y constituye un factor que afecta la salud de la embarazada y el niño, por lo que ganancias insuficientes de peso al final del embarazo llevan a una mayor incidencia del bajo peso al nacer.

---

<sup>17</sup> García Alonso, I., Alemán Mederos, M.M. Riesgos del Embarazo en la Edad Avanzada. 2010. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(4)481-489.

Los alimentos deben consumirse en una frecuencia de seis veces al día, con la siguiente distribución de la energía total<sup>18</sup>:

Desayuno	20%
1er Colación	10%
Almuerzo	30%
2da Colación	10%
Comida	20%
3er Colación	10%

- Proteínas: Calculadas como 12% de la ingestión de energía diaria total. El 50% de la ingestión debe ser en forma de proteína animal.
- Grasas: Calculadas sobre la base del 25% para mujeres excepcionalmente activas, embarazadas y que lactan; 23% de 7 a 13 años de edad y 20% para el resto de los grupos de edades. El 60% del consumo de grasa debe ser de origen vegetal.
- CHO (carbohidratos): Calculado por diferencia, una vez establecidas las cifras de proteínas y grasas. 75% de la ingestión debe ser en forma de CHO complejos. La ingestión adecuada de fibra dietética total debe ser 25 g/día para mujeres de 19 a 50 años de edad. La contribución del azúcar al total de la energía no debe superar el 10%.
- Vitaminas y Minerales: Las vitaminas y minerales son compuestos indispensables para el crecimiento, desarrollo y mantenimiento del organismo humano, pero que se necesitan adquirir a través de la alimentación ya que este no tiene la capacidad de sintetizarlos. Las concentraciones plasmáticas de muchas vitaminas y minerales disminuyen durante la gestación tal vez por la hemodilución; otras son sensibles al calor, luz, aire y se eliminan por el sudor.
- Vitamina A: Es esencial para una visión normal, el crecimiento, la diferenciación de los tejidos corporales y la integridad del sistema inmune. Su déficit se asocia a partos prematuros, retraso del crecimiento intrauterino, así como bajo peso al nacer. Los requerimientos diarios son: 6 000U/día. Se pueden encontrar los alimentos de origen animal (hígado, aceites de hígado de pescado, huevos y productos lácteos); ciertos vegetales de color amarillo intenso (zanahoria) verduras de hojas de color verde intenso (espinacas y lechugas) y frutas amarillas (fruta bomba y mango).
- Folatos: El ácido fólico tiene vital importancia para la división celular y el crecimiento por lo que su déficit se asocia con bajo peso al nacer, desprendimiento prematuro

---

<sup>18</sup> UNICEF, Díaz Sánchez, ME., et al. Consejos útiles sobre la alimentación y nutrición en el embarazo. 2013. [www.unicef.org/lac/consejos\\_nutricion\\_full.pdf](http://www.unicef.org/lac/consejos_nutricion_full.pdf)

de la placenta y defectos del tubo neural. Son fuentes ricas de este, el hígado, las carnes, el huevo, las leguminosas, los cereales integrales, las viandas (papa, calabaza, boniato), vegetales (quimbombó, berro, nabo, pimientos, tomates) y diversas frutas (melón, plátano y cítricos). Es destruido en casi su totalidad durante la cocción. Se recomiendan en el embarazo de 200-300 mg/día y durante la lactancia de 100-200 mg/día.

- Hierro: En la actualidad, se dispone de suficiente evidencia que relacionan la anemia por déficit de hierro al inicio del embarazo con prematuridad y bajo peso al nacer, causa más frecuente de morbilidad neonatal. Los requerimientos diarios son relativamente bajos durante el embarazo, alrededor de 1 000 mg; sin embargo, solamente 0,8mg/día durante el 1er. trimestre y en el resto de la gestación puede alcanzar 6,3mg/día. Las fuentes fundamentales de hierro hemínico (con absorción entre 20-30%), se encuentra en elevada concentración en el hígado, productos de sangre, carnes de res, verduras, aves y mariscos. El no hemínico se encuentra en cereales, leguminosas y verduras, solo se absorbe en menos de 5%. La ingesta de Vitamina C, carne de res, aves y pescados son capaces de incrementar esta absorción, pero solo si se encuentran en la misma comida.<sup>19</sup>

### **Nutrición en Perinatología**

La nutrición durante el desarrollo marcará el desarrollo del futuro ser a nacer, ya que hoy en día se ha demostrado que la dieta, el realizar o no una actividad física que lleva a cabo cada mujer embarazada más su patrón de vida (actualmente la población mexicana en general lleva una vida sedentaria), llevan al desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas como la Diabetes Mellitus Gestacional, Enfermedades Hipertensivas Inducidas por el Embarazo o la Restricción de Crecimiento Intrauterino entre otras llevan a una afección principalmente en el desarrollo fetal y neonatal que van desde alteraciones fetales epigenéticas (cambios heredables en el ADN e histonas que no implican alteraciones en la secuencia de nucleótidos y modifican la estructura y condensación de la cromatina, por lo que afectan la expresión génica y el fenotipo); que llevan al desarrollo y crecimiento de neonatos con enfermedades crónicas degenerativas.

Todo parte desde la valoración del peso previo al embarazo para determinar la ganancia de peso durante el embarazo (Ver Tabla 1). Y también considerando las modificaciones de acuerdo a la ganancia de peso durante el embarazo (Ver Tabla 2).

---

<sup>19</sup> Cruz Almagueri, CC., et al. Nutrición y embarazo: algunos aspectos generales para su manejo en la atención primaria de salud. 2012. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2012000100020](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000100020)

## 5.6.2 COMUNICACIÓN EFECTIVA Y EL CUIDADO EN LA SALUD

La importancia de la comunicación en el ámbito de la salud es una realidad por todos admitida. Se ha avanzado mucho frente a esta temática a partir de los logros de la psicología, de la medicina, y de la ciencia en general; sin embargo, estos logros no llegan a una concreta aplicación de los mismos y como consecuencia a que se dé un cambio en el público. Es decir, que los profesionales de la salud tienen, cada vez más, grandes conocimientos sobre la prevención de la enfermedad, así como sobre la promoción de la salud, sin embargo, no saben cómo comunicar efectivamente esa información, tan imprescindible, a la sociedad.<sup>20</sup>

En el campo de la salud, la comunicación es considerada esencial para establecer la relación personal de salud-paciente; implementarla de forma eficiente y confiable permite mejorar la calidad en la atención médica y más aún la seguridad para el paciente. El médico debe establecer empatía con el paciente desde que lo conoce en el consultorio, ello le permitirá recabar más fácilmente la información necesaria para determinar el diagnóstico y para proponerle alternativas en su tratamiento. Este importante proceso se fundamenta en la experiencia, competencia y en la capacidad que tenga para comunicarse.

Si la comunicación es clara, abierta y adecuada, permite obtener fácilmente la confianza del paciente y, en cuyo caso resulte apremiante, también la de su familia. Toda la información que se les proporcione debe ser explicada conforme a terminología comprensible para los pacientes o personas que acudan a una atención.<sup>21</sup>

Se puede afirmar que la continua interacción comunicativa con los profesionales de la salud, es la que le permite al paciente designar atributos, calificativos y dimensiones a la vivencia de la enfermedad y de la hospitalización. Sin olvidar, también, que este significado está determinado, a su vez, por el mundo simbólico que cada persona posee, es decir, las creencias, costumbres y valores que le son propios.<sup>22</sup>

En efecto, se reconoce que un factor importante, en la comprensión de la experiencia de enfermar, lo configuran las relaciones interpersonales que se establecen en el ámbito asistencial. Así, la manera según la cual el profesional sanitario trate al paciente y lo aborde, va a influir en el sentido que éste le dé a la dolencia o padecimiento.

Los procesos de asistencia sanitaria, los que más demandan la construcción de espacios de comunicación eficaz para que el individuo que recibe atención no se convierta en un “objeto”, si no en un “sujeto” que solicita el apoyo necesario para comprender y reorganizar sus sentimientos, pensamientos y su estructura psíquica, frente a la eventualidad de la enfermedad. La comunicación efectiva con los pacientes, - entendida ésta no sólo como

---

<sup>20,22</sup> Noreña Peña, AL., et al. *La interacción comunicativa en el cuidado de la Salud*. 2010. Revista Española de Comunicación en Salud. ISSN:1989-9882. [www.aecs.es/1\\_2\\_interaccion%20comunicativa.pdf](http://www.aecs.es/1_2_interaccion%20comunicativa.pdf)

<sup>21</sup> Ramírez Arias, JL., et al. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011. Acta Médica Grupo Ángeles Vol. 9 No. 3. [www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf)

una claridad en lo que decimos, sentimos y pedimos al paciente, sino también y sobre todo en mostrar empatía y solicitar del paciente un feedback que nos permita tener la garantía de que nos ha escuchado y comprendido - permite fomentar una asistencia humana más personalizada, lograr la cercanía al paciente y, a su vez, poder negociar y/o acordar, conjuntamente con él, los cuidados (Carbelo 2000, Cano 2001).

Cuando se trate de prescripciones o recomendaciones, éstas deben ser cuidadosamente explicadas, dado que el paciente las puede confundir y, por ello, su tratamiento puede resultar inefectivo o conducir a un error que pueda afectarlo<sup>23</sup>; cada persona tiene una forma distinta de interpretar el contenido del mensaje intercambiado, pero a pesar de esta situación, deben de existir acuerdos, es decir, se debe evitar que queden dudas acerca de la intencionalidad real que tenían los interlocutores al expresarse. La gran mayoría de los malos entendidos que se presentan en las comunicaciones guardan relación con deducciones equivocadas que se hacen del contenido del mensaje. Cuando no queda claro con el otro el modo de pensar o de expresarse se pueden generar distorsiones del mensaje original, dando lugar a interpretaciones erróneas de la información (Defleur 2005).

## **5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer, es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal. Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes. La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano.

La práctica de enfermería consta de la unión de los valores morales, así como de los conocimientos, habilidades y destrezas que son las que propician a un ambiente seguro y de total conformidad hacia las personas que acuden a una valoración, atención o simplemente para ser escuchados. En este caso estudiado, me implica que toda mujer tiene derecho a recibir atención de enfermería de calidad, con sentido humano y con respeto hacia su dignidad; el humanizar el trabajo de parto, significa dar atención con los procedimientos adecuados que no comprometan la vida del binomio madre-hijo. Es visualizar holísticamente a la persona, lo que nos demuestra que humanizar no solo implica acciones para mejorar la calidad de atención, tomando en cuenta una atención hacia personas como seres vivos dotados de pensamientos, valores, virtudes, responsabilidades, etc. Por lo que durante el ejercicio profesional y en el desarrollo del estudio de caso se aplica la ética para respetar y atender a la paciente como un ser humano único e irremplazable, que es a lo que nos comprometemos como profesionales de enfermería y reflejado en el Decálogo de Código y Ética para las enfermeras y enfermeros de México.

---

<sup>23</sup> Levinson W. Physician-patient communication: A key to malpractice prevention. JAMA 1994.  
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=383201>

La atención brindada se rige en el código de ética para las enfermeras y enfermeros de México, para proporcionar una relación y un ambiente de confianza y respeto, lo cual lleva a una comunicación efectiva entre personal de salud y población demandante.

**Beneficencia y no maleficencia:** La selección de la paciente fue con la finalidad de reducir riesgos en el binomio y lograr un desarrollo de un autocuidado para una vida de bienestar sin riesgos a la salud ni compromiso a la vida.

**Justicia:** Se brinda una atención equitativa sin distinción alguna, para la satisfacción de las demandas de la misma paciente. Y dentro de su hogar se hace partícipe a la pareja con el fin de mantener un respeto, apoyo y participación activa en el autocuidado de la paciente, como del resto de los integrantes de la familia.

**La Autonomía:** se brinda orientación y consejería a la señora M.E.S. sin imposición o condicionamiento alguno, con la finalidad de que ella tome sus propias decisiones, brindándole un empoderamiento en su embarazo y vida. Dentro del respeto a su autonomía se le brinda a la paciente un consentimiento informado donde autoriza seguimiento a su atención con fines de investigación y estudio de caso para la obtención de grado, permitiéndole la libertad de abandonar el estudio en caso en el momento que desee, sin suspensión alguna de su atención y tratamiento, por lo que al brindarse la información sobre el uso de los datos de la señora M.E.S. se respeta el principio de la **veracidad**.

## 5.8 MARCO LEGAL

### 5.8.1 RESÚMEN NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993; “De los Servicios de Planificación Familiar”.

**Servicios de planificación familiar:** Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población.

Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades:

- Promoción y difusión.
- Información y educación.
- Consejería.
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
- Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

1.1 La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.

1.2 Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público.

1.3 Todo solicitante de los servicios de planificación familiar debe quedar protegido para evitar embarazos no deseados y prevenir el embarazo de alto riesgo, para lo cual, además de la información que reciba, se le debe proporcionar consejería adecuada y, en caso de aceptarlo, se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención.

1.4 Todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar para recibir atención adecuada cuando tenga alguna duda o se presente algún efecto colateral importante imputable al uso del método anticonceptivo, aun cuando no tuviera cita.

**Promoción y difusión:** La promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.

**Información y educación:** Deben impartirse tanto a hombres como a mujeres a nivel grupal o individual y comprender los siguientes aspectos:

- a) Sexualidad y reproducción humana desde los puntos de vista biológico, psicológico y social.
- b) Información y orientación sobre salud reproductiva, con énfasis en los principales factores de riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida, con el fin de que los individuos lleguen al auto reconocimiento de sus factores de riesgo.
- c) Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres, su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo.
- d) Información sobre lo que el usuario debe esperar de los prestadores de los servicios con respecto a asesoría técnica y abastecimiento de métodos anticonceptivos.
- e) Información y orientación sobre esterilidad e infertilidad.

**Consejería:** La consejería en Planificación Familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca

de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. En parejas infértiles o estériles debe acompañarse de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario.

### **Características de la consejería**

1. Proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a:
  - Sus características.
  - Efectividad anticonceptiva.
  - Indicaciones.
  - Contraindicaciones y precauciones.
  - Forma de administración.
  - Lineamientos generales para la prescripción.
  - Duración de la protección anticonceptiva.
  - Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir.
  - Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva.
  - Cuando proceda, información sobre el costo.
  - La consejería también debe proporcionar información, orientación y apoyo adecuado a las parejas infértiles y estériles.
2. Debe hacer énfasis en la correlación entre los atributos y limitaciones de los métodos anticonceptivos, con las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles aceptantes. Se debe poner especial atención en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como de sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios, para lograr la efectividad del método seleccionado.
3. Tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial.
4. El consejero debe constatar que los aceptantes han recibido y comprendido la información completa sobre las características, usos y riesgos de los diferentes métodos anticonceptivos, así como de su responsabilidad por el buen uso de ellos. En virtud de que no existe un anticonceptivo 100% efectivo, el aceptante asume el riesgo de la falla de cada método.
5. La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) debe ir precedida por consejería y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la ficha individual o expediente clínico personal.

Este documento debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento.

**Perfil del prestador de servicios que proporciona consejería:** La consejería debe ser impartida por cualesquiera de los integrantes del personal de salud que hayan recibido capacitación especial (personal médico, de enfermería, trabajo social, u otro personal paramédico, promotores de salud y agentes de salud comunitaria). Debido a que el consejero y el usuario potencial establecen comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería en planificación familiar, para que aliente al solicitante a expresarse con absoluta confianza y libertad.

**Tiempo y lugar para efectuar la consejería:** La consejería puede impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario potencial haga al prestador de servicio y puede llevarse a cabo en las unidades médicas de consulta, externa y hospitalización, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los usuarios potenciales y activos. El proceso de consejería debe realizarse con anterioridad a la decisión del usuario, y a la selección y aplicación de los métodos anticonceptivos. Debe tenerse especial interés en proporcionar consejería individual y de pareja durante el periodo prenatal, posparto, poscesárea, postaborto y cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo. No debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional.

**Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos:** Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes:

### **Temporales**

- a) Hormonales orales.
- b) Hormonales inyectables.
- c) Hormonales subdérmicos.
- d) Dispositivo intrauterino.
- e) De barrera y espermicidas.
- f) Naturales o de abstinencia periódica.

### **Permanentes**

- a) Oclusión tubaria bilateral.
- b) Vasectomía.

Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos se deben efectuar:

- Interrogatorio.
- Examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios, así como de los requerimientos de los métodos anticonceptivos.
- Valoración de riesgo reproductivo.
- Consejería que garantice selección informada de un método específico por el usuario.
- Señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso.
- Seguimiento de los usuarios de métodos anticonceptivos, para detectar oportunamente embarazo, uso incorrecto del método y efectos colaterales.
- Referencia a otra unidad de salud, cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método anticonceptivo seleccionado.
- Localización y promoción de la reincorporación de usuarios inasistentes al control periódico.
- Cuando la mujer se encuentre en periodo de lactancia, se deben preferir métodos anticonceptivos no hormonales, o bien, utilizar únicamente los que contienen sólo progestina.
- Cuando, además de la prevención de embarazos no deseados, se desee evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA, deberá usarse el condón o preservativo, solo o en asociación con otro método, ya que es el único método que contribuye a evitar dichas enfermedades.

### 5.8.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ANTICONCEPCIÓN.<sup>24</sup>

El reglamento de la **Ley General de Población** específica: "queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación contra la fecundidad" subrayando que "las personas que opten por un método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias recabarán previamente su consentimiento por escrito." (Diario Oficial de la Federación, 31/08/1992, Capítulo 1, Sección 2, Artículo 15, Párrafo 2).

El consentimiento informado se basa en el principio bioético del respeto a la dignidad y autonomía de las personas y tiene que ser un proceso esencial y cotidiano de la atención a la salud. El propósito de dicho proceso es salvaguardar el derecho de las personas para que tomen decisiones de manera libre, voluntaria e informada con respecto a un procedimiento o tratamiento médico. El consentimiento informado tiene como propósito que las necesidades y los valores de las usuarias y los usuarios estén reflejados en las decisiones médicas que se tomarán para atender sus problemas de salud.

En el área de la anticoncepción, está orientado a favorecer la autodeterminación de mujeres y hombres en cuanto a sus decisiones reproductivas, mediante un proceso de comunicación orientado a responder a sus necesidades y expectativas personales, reproductivas, sociales

---

<sup>24</sup> IMSS, Ipas. Consentimiento Informado y Anticoncepción. 2003.  
<http://informe.gire.org.mx/rec/consentimiento.pdf>.

y de salud. Este proceso de comunicación debe ser claro, veraz, oportuno y comprensible, para favorecer la toma de decisiones, y debe registrarse en forma detallada a fin de dejar constancia de la aceptación voluntaria de la conducta de salud propuesta (por ejemplo, aceptación de un método anticonceptivo), así como asegurar el respeto a la misma.

## **PRINCIPIOS EN LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL PROCESO DE OTORGAMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

**Tomar decisiones de manera libre e informada:** Este principio se basa en el derecho de los y las usuarias a ejercer su autonomía al aceptar o rechazar un tratamiento o procedimiento. Se entiende por autonomía el respeto por la capacidad de cada persona a adoptar conductas favorables para su salud, con base en información que le permita reconocer los beneficios de la propuesta planteada, sin que con ello tenga que renunciar a sus deseos y proyectos. La toma de decisiones de manera informada significa que los usuarios y las usuarias adoptan una conducta, un tratamiento o un procedimiento, mediante un proceso de comunicación en el que la información que se aporta es comprendida de manera suficiente para valorar los beneficios de la propuesta.

El proceso de consentimiento informado incluye el derecho de las usuarias y los usuarios a decidir si aceptan o no algún tipo de método anticonceptivo.

**Satisfacer las necesidades de información de las y los usuarias y usuarios:** Las necesidades de información varían de una persona a otra, de acuerdo con su contexto cultural, económico, social y político, así como por las experiencias vividas por cada individuo y la concepción que tengan acerca de lo que significa ser hombre o mujer, entre otras cuestiones.

**Proporcionar información específica:** La información deberá dar respuesta a las necesidades manifiestas o identificadas por los y las usuarias. Con respecto a la información sobre los beneficios de la protección anticonceptiva, ésta se expresará como la posibilidad que tienen las personas de postergar, espaciar o limitar con oportunidad su reproducción. Este aspecto debe ser considerado siempre por el prestador o la prestadora de servicios. La información relacionada con las características de un determinado tratamiento o procedimiento, como ventajas y desventajas, duración, eficacia y efectos secundarios en el caso de los métodos anticonceptivos, también será proporcionada. La comunicación deberá ser clara, precisa, imparcial y entendible para la persona, y se dará en un momento en el que la o el usuario tenga tiempo suficiente para reflexionar y tomar la decisión.

**Dejar constancia de la aceptación voluntaria e informada de un método anticonceptivo y del respeto a la decisión tomada:** Este principio se cumple como resultado del proceso de comunicación. La firma del documento debe entenderse como la manifestación, por parte de las personas, de decidir ejercer su derecho, así como también de su compromiso a atender las instrucciones que favorezcan su utilización correcta y

satisfacción con el método; y la firma por parte del personal de salud, como el compromiso de que se verificó que la información proporcionada fue comprendida y que la decisión será respetada.

## **PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL PROCESO DE OTORGAMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Se identifican tres etapas para obtener el consentimiento informado con base en los lineamientos descritos:

- **Diagnóstico y motivación:** nos sirve para identificar expectativas personales, reproductivas y condiciones de salud de la usuaria o el usuario, y a veces la pareja, que permitirán proporcionar información relevante, reforzando los beneficios de la protección anticonceptiva.
- **Selección del método anticonceptivo (Aceptación o No Aceptación):** Confirmar la selección y aceptación del método y asegurar la comprensión de sus características y del procedimiento para la entrega del mismo, para lo cual el personal de salud solicitará al hombre o a la mujer que le explique con sus propias palabras que entendió y confirmará que se haya reflexionado sobre la utilidad de adoptar un método anticonceptivo que dé respuesta a sus expectativas personales y reproductivas. Al término de este intercambio de información, la o el usuario estará en posibilidades de tomar la decisión de aceptar o rechazar cualquier método anticonceptivo, sin olvidar que puede cambiar su decisión en cualquier momento
- **Adopción:** Confirmar la aceptación del método y asegurar la comprensión de sus características y del procedimiento para la entrega del mismo. Las actividades de esta etapa pretenden que la población perciba que su decisión es y será respetada, incluyendo la no aceptación o cambio oportuno del método seleccionado.

### **5.8.3 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

**La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos**, protege por igual a hombres y a mujeres, y contiene garantías individuales, sociales y principios básicos, incluyendo el derecho de cada persona a la protección de su salud. En México, el individuo, por el solo hecho de ser persona, tiene derechos que la propia Constitución reconoce y protege. Los derechos consignados y su protección, pertenecen a todos los individuos sin distinción de nacionalidad, sexo, edad, raza o creencia. Esos derechos sólo pueden ser restringidos o suspendidos en los casos y en las condiciones que la propia Constitución señala.

El artículo cuarto constitucional indica: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos." La reglamentación de éste artículo se encuentra en la Ley General de Población; y los aspectos específicos de los temas de salud reproductiva en la Ley General de Salud.

El reglamento de la **Ley General de Población** especifica: "queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación contra la fecundidad" subrayando que "las personas que opten por un método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias recabarán previamente su consentimiento por escrito." (Diario Oficial de la Federación, 31/08/1992, Capítulo 1, Sección 2, Artículo 15, Párrafo 2).

## **INVOLUCRAMIENTO MASCULINO**

La potenciación social de la mujer y seguridad económica contribuyen a la buena salud de la reproducción y dependen de ella. Pero su acceso a los servicios de salud de la reproducción queda limitado por su falta de recursos, por las restricciones a la participación social y por su limitado acceso a la información, debido al analfabetismo.

Con frecuencia los hombres no son sensibles a las necesidades de las mujeres en materia de salud sexual y de la reproducción. Es preciso que los hombres aprendan a asumir responsabilidad en cuestiones de sexualidad y procreación, para que comprendan los riesgos que enfrentan las mujeres a raíz de prácticas tradicionales perjudiciales, iniciación sexual demasiado precoz y números compañeros sexuales de ellas o de sus cónyuges: dado que los hombres dominan los puestos de poder, tienen una función fundamental que desempeñar en cuanto a eliminar la desigualdad de género.

## VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

### 6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 39 años de edad, G12, P 10 A 1 C 0, cursando embarazo de 29.4 semanas de gestación, edad gestacional incierta, edad materna de riesgo, sin control prenatal, aparentemente sana.

### 6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

- **Nombre:** M. E. S.
- **Edad:** 39 Años
- **Sexo:** femenino
- **Talla:** 157cm.
- **Peso actual:** 62kg, desconoce peso previo al embarazo.
- **Grupo y Rh:** desconocidos.
- **Originaria y residente:** Ciudad de México.
- **Escolaridad:** primaria trunca
- **Ocupación:** ama de casa, actividades de campo y comerciante.
- **Religión:** creyente.
- **Estado civil:** unión libre
- **No. De Expediente:** aún no registrada acude por primera vez para apertura de expediente e historia clínica en el Hospital Materno Infantil Topilejo.

**Diagnóstico:** Gesta: 12, Partos: 10, Abortos: 1 + Embarazo de 29.4 SDG x FUM+ Edad gestacional incierta + Edad Materna de Riesgo.

### Motivo De Consulta

Acude el día martes 13 de octubre del 2015, al servicio de consulta externa para apertura de expediente médico e inicio de su control prenatal

Se realiza historia clínica por medio de la anamnesis y la exploración física, ginecológica y obstétrica; se canaliza al servicio de Clínica de la Mujer, para llevar orientación Psicoprofiláctica y a consulta externa de Gineco-Obstetricia para llevar un control prenatal, la paciente no cuenta con control prenatal previo.

## VII. METODOLOGÍA

### 7.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO

Se realiza consulta de base de datos de las páginas PubMed, ClinicalKey, Scielo, por medio de:

- Palabras claves: nutrición y embarazo, edad materna de riesgo, multiparidad, hidratación y embarazo, elderly and pregnancy, multiparity and elderly, Nutrition and pregnancy.
- Filtros: recientes de 5 años, desde 2012, textos completos / Full Text
- De los cuales se hizo revisión de 17 artículos.

### 7.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

La presente investigación y elaboración de caso clínico de una paciente de 39 años multigesta y múltipara con embarazo de 29.4 Semanas de Gestación por Fecha de Última Menstruación al día 29 de octubre del 2015, se realizó por medio de una recopilación de datos a través de la entrevista directa con la paciente M. E. S. en los servicios de Consulta Externa (Historia Clínica) y en Clínica de la Mujer del Hospital Materno Infantil Topilejo, así como en el apoyo de la aplicación del instrumento de valoración perinatal, previamente elaborado.

FECHA	ACTIVIDAD
13 DE OCTUBRE DEL 2015	<ul style="list-style-type: none"><li>• Selección de paciente para estudio de caso.</li><li>• Brindar Consentimiento Informado a la paciente.</li><li>• Recopilación de datos por medio de la elaboración de Historia Clínica y por la aplicación de guía de valoración perinatal.</li></ul>
29 DE OCTUBRE DEL 2015	<ul style="list-style-type: none"><li>• Primera valoración Focalizada en Clínica de la Mujer</li></ul>
12 DE NOVIEMBRE DEL 2015	<ul style="list-style-type: none"><li>• Análisis de la historia clínica.</li><li>• Búsqueda sistematizada de: nutrición y embarazo, edad materna de riesgo, métodos de planificación familiar</li><li>• Operaciones de diagnóstico</li><li>• Prescripción del cuidado y control de casos.</li><li>• Valoración focalizada en el área de urgencias</li><li>• Revisión de estudio de caso por la coordinadora de posgrado de Enfermería Perinatal.</li></ul>
23 DE NOVIEMBRE DEL 2015	<ul style="list-style-type: none"><li>• Segunda Valoración Focalizada en Urgencias</li></ul>
30 DE NOVIEMBRE DEL 2015	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrega a coordinadora de posgrado para segunda revisión de avances.</li></ul>
02 DE DICIEMBRE DEL 2015	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tercera Valoración Focalizada</li></ul>
04 DE DICIEMBRE DEL 2015	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuarta Valoración Focalizada</li></ul>

## **VIII. ANÁLISIS Y RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA PERINATAL**

13 de Octubre de 2015

### **1.- FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES**

M.E.S., 39 años, talla 157cm, con peso actual de 62kg, desconoce peso previo al embarazo, Grupo y Rh desconocidos, con domicilio por Rancho Mágico km 31 (no refiere más información), su pareja es responsable de la paciente con edad de 42 años y escolaridad de secundaria trunca.

### **2.- ETAPA DE DESARROLLO**

GESTA 12: Embarazo de 29.4 SDG x FUM + Edad Materna de Riesgo

### **3.- FACTORES SOCIOCULTURALES**

Originaria y residente de México Distrito Federal, escolaridad de primaria trunca, ocupación ama de casa, actividades de campo y comerciante, actividades que requieren de sobre-esfuerzo físico, se considera con una religión creyente, refiere un estado civil de unión libre y hace mención que sus ingresos económicos son variantes en ocasiones escasos y moderados frecuentemente.

### **4.- FACTORES AMBIENTALES**

Casa propia en zona suburbana, hecha con materiales perdurables, techo de lámina, escasa iluminación y adecuada ventilación refiere contar con 3 ventanas amplias (1 en dormitorio, 1 en sala-comedor y 1 en la cocina, donde se localiza un asador de leña) y 1 ventana pequeña que se localiza en el baño, 3 habitaciones: una recámara, un baño y la otra con uso de cocina, comedor y sala; servicios intradomiciliarios de luz y drenaje, agua de pipa, refiere no contar con servicio de teléfono, manejan el uso de teléfonos de prepago del cual se hace cargo su pareja, cuenta con los servicios extra domiciliarios de basura (cada 3er día cada vez se destina a orgánica y otra a inorgánica), alumbrado público, no cuenta con pavimento al 100% la zona de su hogar y donde llega haber pavimentación no se encuentra en condiciones adecuadas, refiere convivencia con 2 mascotas que son perros vacunados y desparasitados, flora y fauna que la rodean no las considera nocivas para su salud, ya que no recurre al uso de pesticidas para el cuidado de sus productos cultivados en su huerta.

### **5.- FACTORES DE SISTEMA FAMILIAR**

Una familia extensa e integrada donde cohabitan 10 personas, sus 8 hijos, la paciente y su pareja, donde la paciente refiere realizar actividades del hogar como limpieza, elaboración de alimentos, cosecha y cultivo de productos en su huerta los cuales los días domingo los vende, dichas actividades las realiza con algunos de sus hijos, la paciente ocupa el 2do. Lugar en el hogar ya que el mayor sustento es su pareja, en el hogar el sustento son ella y su pareja.

## **6.- FACTORES DEL ESTADO DE SALUD Y SISTEMA DE SALUD**

Paciente que acude por primera vez la unidad Hospital Materno Infantil Topilejo, actualmente cursa con un embarazo de bajo riesgo y estado de salud aparentemente sano, sin control prenatal previo; por lo que se indica uso de ácido fólico y citas a consultas subsecuentes para control prenatal.

## **7.- FACTORES DE PATRON DE VIDA.**

Realiza limpieza del hogar, preparación de alimentos y cuidados de sus cultivos en su huerta y venta de los mismos, dichas actividades las comparte con sus hijos mayores y pareja (cuando no tiene trabajo de albañilería), exposición a emanaciones por cocinar en asador de leña, refiere no realizar grandes esfuerzos en sus actividades diarias por el apoyo de sus hijos y pareja y un embarazo no planeado pero deseado.

## **REQUISITOS DE AUTOCAUIDADO**

### **1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire**

No presenta dificultad para respirar, sin datos de infección de vías respiratorias, tabaquismo negado; refiere que en la elaboración de sus alimentos cuenta con un asador de leña, del cual los gases de la combustión de la leña los deja salir por medio de una ventana localizada en el área donde elabora los alimentos.

### **2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.**

Refiere un consumo aproximado de entre 1 y 2 lt de agua al día exclusivamente de agua natural, refiere ser agua de purificadora. Desconoce importancia de consumo de líquidos claros y calidad de los mismos.

### **3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

Refiere realizar ella y su familia 2 comidas al día: desayuno y comida:

- Desayuno entre las 7 y 8 horas:

4 huevos, en ocasiones embutidos, 2 tzas frijol aproximadamente, 1 a 2 tortillas por persona, 1 pan por persona, leche, té, 2 a 3 vasos de agua y fruta, dichas porciones divididas entre los integrantes de la familia.

- Comida entre las 17 y 18 horas:

4 porciones de carne de pollo o res, verdura, frijol, fruta, 2 a 3 vasos de agua y/o té, 1 a 2 tortillas por persona; porciones divididas entre los integrantes de la familia.

- Colación entre las 13 y 14 horas:

1 pieza de fruta: lo más común manzana, mango, mandarina, naranja o fruta de temporada.

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

No refiere dificultades para la eliminación fisiológica, sin certeza de frecuencia exacta, refiere una frecuencia aproximada de 4 veces al día con características formada, fétida y en poca cantidad; en micciones solo refiere que la primer orina del día se mantiene oscura y olorosa y en el transcurso del día es más clara, no identifica frecuencia y cantidad de micciones pues refiere son variadas.

#### **5.- Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.**

Las actividades del hogar como son la limpieza, compra de despensa, elaboración de alimentos, encendido del asador de leña y cosecha de productos de su huerta, refiere no ser de sobre-esfuerzo físico, ya que comparte actividades con resto de integrantes de la familia, no realiza ningún deporte, su tiempo libre es dedicado a convivir con la pareja e hijos, duerme entre 8 y 9 horas al día, lo cual al despertar le da una sensación de descanso y relajación, tiene aproximadamente de 2 a 3 periodos de descanso de aproximadamente 1 o 2 horas los cuales los destina a descansar o simplemente a darle riego a su huerta.

#### **6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.**

Refiere sentir desconfianza hacia el personal de salud, refiere que la atención de sus partos previos fue con una partera y personas que recomiendan remedios caseros que considera funcionales en ocasiones además de los usados por las enseñanzas de sus familiares, la comunicación durante la entrevista es directa, realiza contacto visual y no presenta barreras o mecanismos de defensa ante el interrogatorio, presenta un tono de voz adecuado, su comprensión a las interrogantes se muestra con incoherencia al responder, por dificultades de comprensión y baja preparación académica. Refiere buena comunicación con sus hijos y pareja, con quien refiere mantiene nula actividad sexual durante los embarazos.

#### **7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.**

La paciente refiere desconocer signos y síntomas de alarma en el embarazo; Papanicolaou negado; desconoce medidas preventivas de autocuidado de acuerdo a su etapa de desarrollo, refiere que sus medidas de automedicación son remedios caseros; alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías negados; aplicación de inmunizaciones de tétanos hace aproximadamente un mes; el día de hoy acude por primera vez a una plática de educación prenatal en el servicio de Clínica de la Mujer con los temas de "Cesárea y Lactancia Materna"; refiere haber llevado a cabo la lactancia materna con sus hijos hasta la edad poco mayor del año.

#### **8.- Promoción del Funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, conocimiento de las limitaciones humana y el deseo de ser normal.**

Baño y cambio de ropa cada tercer día, aseo bucal esporádico, realiza lavado de manos después de ir al baño y antes de preparar alimentos y de consumirlos, religión creyente; se

le informan los talleres del servicio de Clínica de la Mujer para la orientación sobre Educación Perinatal, dándose las próximas citas para el mes de Noviembre y Diciembre del 2015 por las Semanas de Gestación de su embarazo.

## **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO SEGÚN LA ETAPA DE DESARROLLO**

### **ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS**

Menarca 16 años aproximadamente; Ritmo y Frecuencia 28\*5; IVSA: 22 años; NPS: 1; ETS: Negadas; Métodos de Planificación Familiar: NINGUNO, refiere no desear ningún método de planificación familiar posterior al nacimiento de su bebé.

G=12 P=10 A=1 C=0

G=1 03/05/1993; Parto Vaginal, Hombre; talla, peso y APGAR desconocidos; atendido con partera Lactancia Materna poco más del año.

G=2 20/01/1995; Parto Vaginal, Hombre; talla, peso y APGAR desconocidos; atendido con partera; Lactancia Materna poco más del año.

G=3 12/01/1997; Parto Vaginal, Hombre; talla, peso y APGAR desconocidos; atendidos con parteras, finado en el año de 1998 por diarreas frecuentes; Lactancia Materna si.

G=4 05/06/1998; Parto Vaginal, Hombre; talla, peso y APGAR desconocidos; atendido con partera; Lactancia Materna poco más del año.

G=5 23/12/2001 Parto Vaginal, Mujer; talla, peso y APGAR desconocidos; atendido con partera; Lactancia Materna poco más del año.

G=6 22/11/2003, Parto Vaginal, Hombre, talla 50cm, Peso 3,000kg APGAR desconocido; Lactancia Materna poco más del año.

G=7 02/04/2005; Parto Vaginal, Hombre, Talla 48cm, Peso 2,500kg APGAR desconoce, finado el mismo año por enfermedad respiratoria. Lactancia Materna si.

G=8 10/07/2008, Parto Vaginal, Mujer, Talla 48cm, Peso 2,800kg, APGAR desconocido; Lactancia Materna poco más del año.

G=9 16/03/2010, Parto Vaginal, Mujer, talla 47cm, Peso 2,500kg, APGAR desconocido; Lactancia Materna poco más del año.

G=10 Aborto 2013 de aproximadamente 9 semanas de gestación.

G=11 10/08/2014, Parto Vaginal, Hombre, Talla 48cm, Peso 2,600, APGAR desconocido; Lactancia Materna poco más del año.

G=12 FUM: 20 de Marzo del 2015; FPP: 27 de Diciembre 2015; fondo uterino de 25 cm, con producto único vivo en presentación cefálica con dorso a la derecha, situación longitudinal, FCF 148 lpm, refiere motilidad fetal, sin actividad uterina palpable; paciente que acude por primera vez sin control prenatal previo por lo que no cuenta con estudios de gabinete y laboratorio. Refiere aplicación de inmunización de tétanos y difteria. No consume vitaminas durante el embarazo.

DX: Embarazo de 29.4 SDG x FUM + Edad Materna de Riesgo + Gran Multiparidad

## **EXPLORACIÓN FÍSICA**

**ESTADO DE CONCIENCIA:** Paciente consiente y orientada, pero demuestra dificultad de comprensión por nivel escolar.

**CABEZA:** normocefálica, sin masas palpables a la exploración; presenta palidez de tegumentos, ojos simétricos, conjuntivas deshidratadas. Cuero cabelludo con resequedad y descamación.

**NARIZ:** simétrica, sin desviación del puente (tabique) de la nariz; fosas nasales sin datos de obstrucción con presencia de vello nasal; sin dificultad a la inspiración y espiración

**BOCA:** simétrica, con labios delgados, deshidratación de mucosa oral, encías inflamadas, enrojecidas y sangrantes, con ausencia de piezas dentales posteriores, halitosis presente perceptible a la exploración bucal.

**OÍDO:** ambas membranas timpánicas con coloración rosada por buena circulación sin datos de infección, ligera obstrucción de canales auditivos por presencia de serumen. Orejas con buena inserción y simétricas.

**CUELLO:** simétrico con pulso carótido presente y ganglios sin datos de inflamación, cuello sin masas palpables.

**TÓRAX:** sin masas palpables, a la auscultación con ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares ventilados, no murmullos, sin sibilancias ni estertores; glándulas mamarias no turgentes con galactogénesis y lactopoyesis ausente, pezón formado. Piel deshidratada

**ESPALDA:** con ligero encorvamiento.

**ABDOMEN:** abdomen globoso por útero gestante con fondo uterino de 25 cm, con producto único vivo en presentación cefálica con dorso a la derecha, situación longitudinal, FCF 148 lpm, refiere motilidad fetal, sin actividad uterina palpable; a la auscultación peristaltismo poco perceptible por embarazo.

**GENITALES:** adecuados a edad y sexo; al tacto se percibe pelvis útil para parto, con cérvix posterior y blando, cerrado, refiere no presentar pérdidas transvaginales.

**MIEMBROS SUPERIORES / TORÁCICOS:** sin presencia de masas; sin compromiso ni alteración y red vascular visible y palpable en área de antebrazo. Piel deshidratada con datos de descamación

**MIEMBROS INFERIORES / PÉLVICOS:** sin compromiso vascular, con Reflejos Osteo Tendinosos normales y sin datos de edema. Piel deshidratada con datos de descamación por resequedad.

No presenta datos de vasoespasmo, refiere presencia de contracciones esporádicas de corta duración refiere de un aproximado de 10 segundos.

## **IX. APILCACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Valoración general:	13 de octubre del 2015	29.4 SDG
1ª Valoración focalizada:	29 de octubre del 2015	31.6 SDG
2ª Valoración focalizada:	23 de noviembre del 2015	35.3 SDG
3ª Valoración focalizada:	02 de diciembre del 2015	36.5 SDG
4ª Valoración focalizada:	04 de diciembre del 2015	Puerperio Fisiológico

Etapa de desarrollo:

Embarazo + edad adulta

Requisitos de Autocuidado Universales.

1. Aporte suficiente de aire
2. **Aporte suficiente de agua**
3. **Aporte suficiente de alimentos**
4. Provisión de cuidados asociados de eliminación y excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
7. **Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano.

Agencia de autocuidado se encuentra desarrollada pero no estabilizada por lo que requiere un sistema de enfermería de apoyo-educación.

Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud.

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada. (NO busca una ayuda que oriente sobre los cuidados y riesgos pertinentes a su condición).
2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo. (NO toma en cuenta riesgos propios de un embarazo a una edad añosa y la gran multiparidad, refiere no solicitar Método de Planificación Familiar)
3. Llevar a cabo efectivamente las medias diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas. (NO lleva a cabo las medidas terapéuticas indicadas por el hecho de ser gestas 12 y con edad materna de riesgo)
4. Tiene conciencia y presta atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico. (NO toma en cuenta el uso de método de planificación familiar).
5. Modificar el auto concepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado particular de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnóstico y tratamiento médico.

### Unidad de Observación

G:12 P:10 A:1; Embarazo de 29.4 SDG + Edad Materna de Riesgo + Gran Multiparidad

#### Factores Básicos Condicionantes

Edad	39 años
Escolaridad	Primaria Trunca
Residencia	México Distrito Federal
Sistema Familiar	Extensa
Factores socioculturales	Ama de Casa y Comerciante
Factores socioeconómicos	Recursos variables de Bajos a Moderados
Patrón de vida	Actividades del hogar y actividades de campo y comerciante.
Estado de Salud	Edad materna de riesgo y multiparidad
Sistema de Salud	Público

### Exposición a Riesgos

Maternos:

- Hemorragia Postparto: ruptura uterina, atonía, inversión.
- Histerectomía.
- Muerte.

Fetales:

- Parto prematuro.
- RCIU.
- Malformaciones congénitas.
- Óbito.
- Retraso en el desarrollo psicomotor.
- Trisomías.

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Alteración del bienestar materno fetal <b>R/C</b> patrón de vida <b>M/P</b> inicio tardío de control prenatal.</i>	
Objetivo	<i>La paciente identificará la importancia de un cuidado prenatal durante su embarazo</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo – educación</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Crear un ambiente de confianza y respeto entre la paciente y personal de salud.</i></li> <li>• <i>Mencionar a la paciente sus derechos como paciente de una unidad hospitalaria, así como sus obligaciones en seguimiento de prescripciones de salud.</i></li> <li>• <i>Fomentar interés en el autocuidado y la asistencia de la paciente a control prenatal y talleres de educación perinatal.</i></li> </ul>	<p><i>Los métodos de planificación familiar no solo son para evitar embarazos sino para prevenir riesgos, el personal de salud se ve impulsado a dar promoción y consejería sobre anticoncepción cuando hay riesgo en la vida.<sup>1</sup></i></p> <p><i>El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo. La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación.<sup>2</sup></i></p> <p><sup>1</sup> NOM 005-SSA2-1993 <sup>2</sup> NOM 007-SSA2-1993</p>	
Control de Casos	<i>La paciente verbaliza interés por asistir a consultas prenatales y talleres educación perinatal.</i>	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #2: MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Riesgo de infección de vías urinarias <b>R/C</b> aporte insuficiente de líquidos</i>	
Objetivo	<i>La paciente identificará la importancia de la calidad y cantidad del consumo de líquidos claros durante el embarazo, puerperio y vida cotidiana.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo – educación</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Brindar a la paciente la orientación sobre la cantidad de líquidos claros que debe consumir durante el embarazo, así como la importancia que tienen durante el embarazo.</i></li> <li>• <i>Recomendar incrementar de 2.5 a 3 litros de agua al día.</i></li> <li>• <i>Favorecer micciones cada 3 horas</i></li> <li>• <i>La calidad de los líquidos también es importante, la mejor opción es el agua embotellada o hervida.</i></li> </ul>	<p><i>La gestante debe tomar entre 2,5 y 3 litros de agua, según el trimestre en el que esté. El agua en el embarazo es fundamental para aumentar el volumen plasmático y mantener la cantidad de líquido amniótico y un correcto desarrollo fetal.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>El agua facilita el transporte de nutrientes hacia el torrente sanguíneo del feto y su distribución por todo el organismo.</i></li> <li>• <i>El estreñimiento, un problema habitual en la embarazada, puede empeorar si no se beben los suficientes líquidos.</i></li> <li>• <i>Ingerir líquidos a pequeños intervalos ayuda a prevenir la acidez creada por los jugos gástricos y las náuseas.</i></li> <li>• <i>Beber más incrementa la cantidad de orina y favorece la depuración de toxinas, reduce la formación de cálculos renales y el desarrollo de infecciones de vías urinarias, habituales en las embarazadas. Para evitar estas últimas es fundamental orinar con asiduidad.*</i></li> </ul> <p><i>Los líquidos claros son los de mayor importancia ya que no contienen más que las sales y electrolitos necesarios para el organismo, y al no contener sales ni sustancias químicas no se retienen sedimentos que favorecen el desarrollo de bacterias en los riñones que tienen la función de filtro del organismo, además de un consumo adecuado favorece la cantidad de líquido amniótico para el feto y el peristaltismo intestinal.</i></p> <p><i>La mejor opción es el agua embotellada, la cual viene filtrada y tratada, además de tener embaces limpios lo cuales a las 2 horas de haber sido destapadas comienzan con proliferación bacteriana, por lo que se debe consumir el agua antes de un día</i></p> <p><small>* Sociedad Española de Nutrición. Agua, Hidratación y Salud en el Embarazo y Lactancia. 2012.</small></p>	
Control de Casos	<i>La paciente se compromete a un incremento de ingesta en cantidad de vasos de agua al día.</i>	

Requisito de Autocuidado	<b>REQUISITO#3: MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS</b>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Compromiso del desarrollo materno - fetal <b>R/C</b> bajo aporte nutricional materno <b>M/P</b> fondo uterino de 25cm menor a edad gestacional por fecha de última menstruación y bajo peso materno en el embarazo.</i>	
Objetivo	<i>La paciente identificará alternativas para el aporte de micro y macro nutrientes.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo - educación.</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Asesorar sobre nutrición en calidad de alimentos y porciones.</i></li> <li>• <i>Dar consejería sobre consumo de suplementos de micronutrientes recomendados durante el embarazo, como hierro y ácido fólico.</i></li> <li>• <i>Indicar que realice 3 comidas y 2 colaciones al día, basados en el plato del bien comer con 4-6 raciones de cereales, 5-7 raciones de fruta más verdura, 3-4 raciones de lácteos y 2 1/2 raciones de alimentos proteicos o un consumo al día de carne de lo que quepa en su puño.</i></li> <li>• <i>Mencionar que la importancia de sus alimentos puede provenir de su propia huerta ya que no se manejan con tanto químico como en el caso de los grandes campos, y el consumo de proteína cada tercer día y se obtiene tanto de carne, pescado, huevo, leche y derivados y de las leguminosas.</i></li> <li>• <i>Evitar alimentos crudos o semi cocidos, aconsejar. Reducir consumo de cafeína de 200mg al día como máximo.</i></li> </ul>	<p><i>Un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos.</i></p> <p><i>Deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño.<sup>1</sup></i></p> <p><i>Las comidas al día se pueden fraccionar para consumir alimentos a lo largo del día, por ejemplo: desayuno, 20%; media mañana, 10%; comida principal, 30-35%; merienda, 10%; cena, 20-25%; post-cena 5%, para evitar hipoglucemias, los vómitos y la pirosis.</i></p> <p><i>El llevar control de alimentos reduce riesgos y alteraciones del binomio.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Existe competencia en la absorción de algunos minerales. El exceso del consumo de Fe puede afectar a la absorción del Zn, y la de éste a la del Cu.</i></li> <li>• <i>El exceso de vitamina A es teratogénico (disminución crecimiento, anomalías del crecimiento facial, espina bífida). Adecuar la ingesta de equivalentes de retinol con beta-carotenos.</i></li> <li>• <i>El exceso de vitamina B6 produce disfunción sistema nervioso.</i></li> <li>• <i>El exceso de vitamina C (&gt; 2 g/día) incrementa el riesgo de escorbuto en el neonato, y el riesgo de cálculos renales de ascorbato, posiblemente interfiere con el estrógeno placentario y con el metabolismo y absorción de vitamina B12, produciendo en las gestantes cefaleas, fatiga, hemólisis, náuseas, vómitos, hipoglucemia, hipercolesterolemia.<sup>2</sup></i></li> </ul> <p><sup>1</sup> OMS, Damton-Hill, I. 2013  <sup>2</sup> Sánchez Muñiz, F. J., et-al. 2013</p>	
Control de Casos	<i>La paciente verbaliza combinaciones de grupos alimenticios y alternativas de micro y macronutrientes más accesibles.</i>	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #3: APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS. REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Riesgo de feto hipotrófico R/C aporte insuficiente de alimentos por parte de la madre.</i>	
Objetivo	<i>La paciente identificará la importancia de una adecuada alimentación durante el embarazo para el desarrollo fetal adecuado.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo – educación.</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Brindar al paciente asesoramiento sobre nutrición enfocándose en la calidad de la dieta, alimentos y cantidades que es necesario consumir para tener una ingesta alimentaria óptima.</i></li> <li><i>Orientar sobre el consumo de suplementos de micronutrientes recomendados durante el embarazo, como por ejemplo suplementos de micronutrientes múltiples que contengan hierro y ácido fólico.</i></li> <li><i>Indicar que realice 3 comidas y 2 colaciones al día, basados en el plato del bien comer.</i></li> <li><i>Mencionar que la importancia de sus alimentos puede provenir de su propia huerta ya que no se manejan con tanto químico como en el caso de los grandes campos, y el consumo de proteína cada tercer día y se obtiene tanto de carne, pescado, huevo, leche y derivados y de las leguminosas.</i></li> <li><i>Informar sobre la importancia de la realización de ultrasonido.</i></li> </ul>	<p><i>Un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos.</i></p> <p><i>Deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño.*</i></p> <p><i>Las comidas al día se pueden fraccionar para consumir alimentos a lo largo del día, por ejemplo: desayuno, 20%; media mañana, 10%; comida principal, 30-35%; merienda, 10%; cena, 20-25%; post-cena 5%, para evitar hipoglucemias, los vómitos y la pirosis.</i></p> <p><i>El llevar control de alimentos reduce riesgos y alteraciones del binomio.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Existe competencia en la absorción de algunos minerales. El exceso del consumo de Fe puede afectar a la absorción del Zn, y la de éste a la del Cu.</i></li> <li><i>El exceso de vitamina A es teratogénico (disminución crecimiento, anomalías del crecimiento facial, espina bífida). Adecuar la ingesta de equivalentes de retinol con beta-carotenos.</i></li> <li><i>El exceso de vitamina B6 produce disfunción sistema nervioso.</i></li> <li><i>El exceso de vitamina C (&gt; 2 g/día) incrementa el riesgo de escorbuto en el neonato, y el riesgo de cálculos renales de ascorbato, posiblemente interfiere con el estrógeno placentario y con el metabolismo y absorción de vitamina B12, produciendo en las gestantes cefaleas, fatiga, hemólisis, náuseas, vómitos, hipoglucemia, hipercolesterolemia.**</i></li> </ul> <p><small>* OMS, Darnton-Hill, I. 2013 ** Sánchez Muñiz, F. J., et-al. 2013</small></p>	
Control de Casos	<i>La paciente identifica la importancia de una buena alimentación y combinación de grupos alimenticios y se proporciona solicitud para ecografía obstétrica.</i>	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Riesgo de Alteración del bienestar materno-fetal R/C proceso infeccioso dental secundario a hábitos higiénico-dietéticos.</i>	
Objetivo	<i>La paciente identificará los riesgos asociados a un aseo dental deficiente durante el embarazo.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo – educación.</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Orientar a la paciente sobre una técnica adecuada de aseo bucal y la importancia de una adecuada salud bucal y su relación con el embarazo.</i></li> <li>• <i>Brindar consejería sobre el uso de dentífricos.</i></li> <li>• <i>Canalizar al servicio de Estomatología para una atención gratuita debido a sus limitantes económicos.</i></li> <li>• <i>Brindar atención prenatal estrecha para descartar</i></li> </ul>	<p><i>La saliva tiene varias funciones en la salud bucal entre ellos el efecto antimicrobiano, el cual se ve afectado ya que en el embarazo la saliva cambia su pH (aumento en consumo de carbohidratos, vómitos, etc), por lo cual se vuelve vulnerable durante el embarazo a contraer infecciones bucales como las caries. *</i></p> <p><i>De acuerdo a la Academia Americana de Periodoncia, las mujeres embarazadas con enfermedad periodontal pueden tener siete veces más probabilidades de tener un parto prematuro o con peso bajo al nacimiento. Los recién nacidos prematuros tienen una mayor incidencia de problemas respiratorios, anemia, ictericia, retraso mental, parálisis cerebral, insuficiencia cardíaca congestiva, desnutrición y tienen mayor riesgo de tener debilidad en el esmalte, entre otras. Se han determinado niveles séricos elevados de prostaglandinas en mujeres con casos severos de enfermedad periodontal y ésta elevación podría ser la causa del parto prematuro.**</i></p> <p><small>*Pérez Oviedo, AC., et al. Caries Dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. 2011</small></p> <p><small>**Martínez Menchaca, HR., et al. Directriz para el cuidado oral durante el embarazo. 2012</small></p>	
Control de Casos	<i>La paciente posterior a la consulta prenatal solicita en archivo cita para servicio de Estomatología.</i>	

29 de Octubre del 2015

1ª Valoración focalizada.

Servicio: Clínica de la Mujer

Unidad Hospitalaria: Hospital Materno Infantil Topilejo

Factores básicos condicionantes

M. E. S., femenino de 39 años, talla 157cm, con peso actual de 63.200kg, con antecedente de un peso de 62kg el día 13 de Octubre del 2015, Grupo y Rh pendiente, por no cumplir la asistencia al cita al servicio de laboratorio de la unidad hospitalaria.

Diagnóstico.

Embarazo de 31.6 semanas de gestación con edad materna de riesgo probablemente sana.

Exploración física

La paciente se mantiene con constante vitales dentro de los parámetros adecuados, cabeza normocefálica, sin presencia de zonas alopecicas, sin masas palpables; ojos simétricos con pupilas isocóricas y normorefléxicas, sin datos de edema bipalpebral, conjuntivas de coloración pálida; pabellón auricular formado e implantado, sin datos de hipoacusia con membrana timpánica íntegra y con palidez en su coloración; nariz simétrica, sin desviación del puente, coanas permeables con vello nasal presente, sin presencia de secreciones; boca con mucosa oral hialina, sin ulceraciones, encías enrojecidas, con ausencia de piezas dentales, resto de piezas dentales en tratamiento por el servicio de estomatología, lengua móvil y rosada; cuello cilíndrico, con tráquea central-móvil, sin adenomegalias, tiroides no palpable, pulsos carotídeos homocrotos y sincrónicos con el radial; tórax simétrico con glándulas mamarias no turgentes con lactopoyesis inicial, pezón formado; a la palpación sin presencia de masas a nivel axilar, ruidos cardíacos rítmicos presentes; abdomen globoso por útero gestante, fondo uterino de 26 cm, producto único vivo en presentación cefálica, dorso izquierdo, longitudinal, FCF 133 lpm, motilidad fetal presente, peso estimado por regla de Jhonson de 2.170 kg, actividad uterina no palpable; al tacto pelvimetría útil, sin datos de dilatación, con orificio cervical dehiscente e interno cerrado; miembros pélvicos sin datos de edema.

Síntesis de Valoración Focalizada del Requisito Universal

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

La paciente refiere no haber acudido a la cita programada al servicio de laboratorio para la toma de muestras sanguíneas y de orina, no presenta primer ultrasonido solicitado en consulta previa, al referir comprender que se solicitaría el día de su segunda consulta prenatal en el servicio de gineco-obstetricia; al momento de su ingreso, presenta datos de ganancia de peso de 1,200kg, refiere iniciar consumo ácido fólico y hierro prescrito que se le indicó en su primera consulta en del mes de octubre. Manifiesta rechazo a método de planificación familiar.

Etapa de desarrollo:

Embarazo + Edad Adulta

Requisitos de Autocuidado Universales.

1. Aporte suficiente de aire
2. Aporte suficiente de agua
3. Aporte suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados de eliminación y excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
- 7. Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano.

Agencia de autocuidado se encuentra desarrollada pero no estabilizada por lo que requiere un sistema de enfermería de apoyo-educación.

Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud.

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada. (Actualmente SI busca una ayuda que oriente sobre los cuidados y riesgos pertinentes a su condición).
2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo. (NO toma en cuenta riesgos propios de un embarazo a una edad añosa y la gran multiparidad, refiere no solicitar Método de Planificación Familiar)
3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas. (NO lleva a cabo las medidas terapéuticas indicadas por el hecho de ser gestas 12 y con edad materna de riesgo, no acudir a cita en laboratorio)
4. Tiene conciencia y presta atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico. (NO toma en cuenta el uso de método de planificación familiar).
5. Modificar el auto concepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado particular de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnóstico y tratamiento médico.

Unidad de Observación

G:12 P:10 A:1; Embarazo de 31.6 SDG + Edad Materna de Riesgo

Factores Básicos Condicionantes

Edad	39 años
Escolaridad	Primaria Trunca
Residencia	México Distrito Federal
Sistema Familiar	Extensa
Factores socioculturales	Ama de Casa y Comerciante
Factores socioeconómicos	Recursos variables de Bajos a Moderados
Patrón de vida	Actividades del hogar y actividades de campo y comerciante.
Estado de Salud	Edad materna de riesgo y multiparidad
Sistema de Salud	Público

Exposición a Riesgos

Maternos:

- Hemorragia Postparto: ruptura uterina, atonía, inversión.
- Histerectomía.
- Muerte.

Fetales:

- Parto prematuro.
- RCIU.
- Malformaciones congénitas.
- Óbito.
- Retraso en el desarrollo psicomotor.
- Trisomías.

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO.</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Alteración del bienestar materno fetal <b>R/C</b> limitación económica y cognitiva <b>M/P</b> incumplimiento de las prescripciones de médicas y de enfermería.</i>	
Objetivo	<i>La paciente identificara los beneficios de asistencia continua al control prenatal.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo-educación y Parcialmente compensatorio</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Desarrollar una comunicación efectiva con la paciente.</i></li> <li>• <i>Desarrollar un lenguaje comprensible y de fácil recordar para la paciente, con el fin de lograr una comprensión de prescripciones de salud, adaptando la información a su estilo de vida, para que relacione la información con sus necesidades personales y fomentarle una participación activa de la paciente al solicitar que enuncie las prescripciones de cuidado y su importancia.</i></li> <li>• <i>A través de una plática descriptiva se le informa a la paciente la importancia del seguimiento de un tratamiento y de laboratorios durante el embarazo.</i></li> <li>• <i>Desarrollar y proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante.</i></li> </ul>	<p><i>La comprensión de lo que el paciente asimila dentro de la interacción comunicativa (mensajes transmitidos) constituye una red de significados que posiblemente repercuten de manera directa en que éste acepte y asimile su situación, cómo de respuesta al tratamiento y a las intervenciones terapéuticas y aliente su mejoría (Rubio, et al., 1998). La comunicación efectiva con los pacientes, no sólo como la claridad en lo que decimos, sentimos y pedimos al paciente, sino también y sobre todo en mostrar empatía y solicitar del paciente un feedback que nos permita tener la garantía de que nos ha escuchado y comprendido, permite fomentar una asistencia humana más personalizada, lograr la cercanía al paciente y, a su vez, poder negociar y/o acordar, conjuntamente con él, los cuidados.*</i></p> <p><small>*Noreña Peña, AL., et al. <i>La interacción comunicativa en el cuidado de la Salud.</i> 2010.</small></p>	
Control de Casos	<i>La paciente identifica y enuncia los cuidados próximos en el resto de su embarazo, como la importancia del seguimiento de prescripciones de salud.</i>	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO.</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Déficit de conocimientos <b>R/C</b> método de planificación familiar <b>M/P</b> verbalización de rechazo y duda</i>	
Objetivo	<i>La paciente identificará los riesgos relacionados con la multiparidad y la ausencia de método de planificación familiar.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo – educación</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hacer participe a la pareja en los talleres de educación perinatal del servicio de Clínica de la Mujer</i></li> <li>• <i>Por medio de una plática descriptiva en los talleres de Clínica de la mujer se brindará consejería e informarán sobre los diferentes tipos de métodos de planificación, forma de acción y eficiencia de cada método.</i></li> <li>• <i>Informar a la paciente los riesgos de próximos embarazos por el rechazo y duda de uso de un método de planificación familiar, como son: hemorragia obstétrica, ruptura de útero, muerte materna y fetal, partos prematuros, productos con problemas de Neurodesarrollo y trisomía 21/Síndrome de Down.</i></li> <li>• <i>Orientar a la paciente y pareja sobre los talleres de educación perinatal, mencionando los beneficios de asistencia de las pláticas, como el conocer los métodos de planificación familiar.</i></li> </ul>	<p><i>La orientación a la paciente sobre los riesgos relacionados con la multiparidad, despejan dudas en la paciente y su pareja sobre el uso de los métodos de planificación familiar, lo que facilita la decisión sobre la elección del algún método posterior al parto, reduciendo con esto los riesgos para embarazos posteriores y al crear interés sobre la importancia y beneficios de los talleres de educación perinatal y la gratuidad de los mismos facilitan una mejor asistencia así como el interés y atención a la información brindada en cada una de las pláticas.</i></p> <p><i>Los métodos de planificación familiar no solo son para evitar embarazos sino para prevenir riesgos, el personal de salud se ve impulsado a dar promoción y consejería sobre anticoncepción cuando hay riesgo en la vida.*</i></p> <p><i>Informar que la lactancia materna es un método anticonceptivo no garantizado ya que la Lactancia Materna solo retrasa el ciclo menstrual pero la ovulación se restablece y continua el riesgo de embarazo con periodo intergenésico corto.</i></p> <p><i>*NOM 005-SSA2-1993</i></p>	
Control de Casos	<i>La paciente muestra interés, expresa dudas durante el taller y verbaliza pensamiento de platica con su pareja para el posible uso del dispositivo intrauterino MIRENA posterior al parto.</i>	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO.</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Alteración del bienestar materno <b>R/C</b> entorno familiar <b>M/P</b> limitación del seguimiento de las prescripciones médicas y de enfermería.</i>	
Objetivo	<i>Reforzar y motivar a la paciente.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo – educación.</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Crear un ambiente de confianza y respeto entre la paciente y personal de salud.</i></li> <li>• <i>Motivar y ofrecer alternativas de prescripciones como la realización de rastreos en consultas prenatales.</i></li> <li>• <i>Fomentar la participación de la pareja en el fortalecimiento del autocuidado de la paciente.</i></li> <li>• <i>Desarrollar un lenguaje comprensible y de fácil recordar para la paciente, con el fin de lograr una comprensión de prescripciones de salud.</i></li> <li>• <i>Adaptar la información para que cumpla con su estilo de vida, relacionando la información con las necesidades personales de la paciente.</i></li> <li>• <i>Fomentar la participación activa de la paciente al solicitar que enuncie las prescripciones de cuidado y la información importante.</i></li> </ul>	<p><i>La mujer embarazada se sentirá mejor si se cuida y sabe que con ello, favorecerá su salud y la de su bebé. Es normal que reciba consejos de los especialistas que le hará el seguimiento, pero también es inevitable que los reciba de sus allegados: familiares, amigos, compañeros de trabajo e incluso extraños. A veces la proliferación de mensajes, a menudo contradictorios, puede llegar a confundirla. En realidad, mantenerse sana durante el embarazo sólo depende de la propia mujer, que tendrá que seguir unas pautas de vida simples y someterse a chequeos regulares.</i></p> <p><i>El manejo de trípticos con imágenes facilita la comprensión y seguimiento de prescripciones de salud. Así como fomentar la verbalización de las prescripciones indicadas en las consultas por parte de la paciente, permite el valorar el grado de entendimiento de cada persona.*</i></p> <p><small>*Calleja, C. Salud Gestacional. 2005</small></p>	
Control de Casos	<i>La paciente verbaliza compromiso de seguimiento de prescripciones médicas y de enfermería como compromiso en asistencia a consultas de control prenatal.</i>	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO.</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Disposición para mejorar la agencia de autocuidado <b>M/P</b> asistencia a taller de educación perinatal.</i>	
Objetivo	<i>Seguir motivando a la paciente para que continúe asistiendo a taller de educación perinatal.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo - educación</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Informar la importancia de acudir a sus citas médicas y de laboratorio, así como de la importancia sobre el cumplimiento de su tratamiento farmacológico.</i></li> <li>• <i>Orientar a la paciente sobre todos los cuidados.</i></li> <li>• <i>Brindar información sobre los datos de alarma en el embarazo:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Dolor de cabeza intenso.</i></li> <li>✓ <i>Dolor en la boca del estómago o en el costado derecho.</i></li> <li>✓ <i>Ver luces o destellos.</i></li> <li>✓ <i>Zumbido de oídos.</i></li> <li>✓ <i>Hinchazón en manos, pies y cara (generalizado).</i></li> <li>✓ <i>Salida de líquido o sangre vaginal de manera abundante.</i></li> <li>✓ <i>Que él bebe deje de moverse.</i></li> </ul> </li> <li>• <i>Informar que tiene cita abierta a urgencias en cualquier circunstancia de riesgo que ella presente.</i></li> </ul>	<p><i>Los datos de alarma en el embarazo facilitan una pronta atención e identificación de complicaciones en el embarazo.</i></p> <p><i>El cumplimiento de su tratamiento de suplementos alimenticios, favorece la reducción de riesgos al binomio, así como asistir a sus consultas programadas en control prenatal y laboratorio, con el fin de identificar y tratar factores que pudiesen alterar el embarazo.</i></p> <p><i>La orientación insistente en la paciente sobre sus cuidados y desarrollo de agencia de autocuidado favorecen crear como un hábito todos los cuidados necesarios para que pueda fortalecer una agencia de autocuidado y desempeñar posteriormente el rol de cuidadora del recién nacido.</i></p>	
Control de Casos	<i>La paciente identifica y verbaliza los datos de alarma en el embarazo, y verbaliza continuidad asistencial a talleres de clínica de la mujer</i>	

23 de Noviembre del 2015

2da. Valoración focalizada.

Servicio: Urgencias de Gineco Obstetricia

Unidad Hospitalaria: Hospital Materno Infantil Topilejo

#### Factores básicos condicionantes

M.E.S., femenino de 39 años, talla 157cm, con peso actual de 63.850kg, con antecedente de un peso de 63,200kg del día 29 de Octubre del 2015, Grupo y Rh pendiente, por no cumplir la asistencia al cita al servicio de laboratorio de la unidad hospitalaria, y esperar cita de reprogramación para laboratorios, por falta de insumos hospitalarios; ocupación ama de casa, agricultora y comerciante de frutas y verduras; familia extensa integrada, con casa propia en zona suburbana con los servicios intradomiciliarios básicos a excepción de teléfono, y con servicios públicos limitados.

#### Diagnóstico

Embarazo de 35.3 semanas de gestación con edad materna de riesgo + CervicoVaginitis + Amenaza de Parto Pretérmino + Infección de Vías Urinarias a descartar.

#### Exploración física

La paciente registra constante vitales dentro de los parámetros adecuados, cabeza normocefálica, sin presencia de zonas alopecicas, sin masas palpables; ojos simétricos con pupilas isocóricas y normorefléxicas, sin datos de edema bpalpebral, conjuntivas deshidratadas de coloración pálida; pabellón auricular formado e implantado, sin datos de hipoacusia con membrana timpánica íntegra y con palidez en su coloración; nariz simétrica, sin desviación del puente, coanas permeables con vello nasal presente, sin presencia de secreciones; boca con mucosa oral deshidratada, sin ulceraciones, con ausencia de piezas dentales, resto de piezas dentales en tratamiento por el servicio de estomatología, lengua móvil y coloración blanquecina por datos de deshidratación, úvula pálida; cuello cilíndrico, con tráquea central-móvil, sin adenomegalias, tiroides no palpable, pulsos carotídeos homocrotos y sincrónicos con el radial; tórax simétrico con glándulas mamarias no turgentes con lactopoyesis inicial, pezón formado; a la palpación sin presencia de masas a nivel axilar, ruidos cardíacos rítmicos presentes; abdomen globoso por útero gestante, fondo uterino de 29 cm, producto único vivo en presentación cefálica, dorso izquierdo, longitudinal, FCF 128 lpm, motilidad fetal presente, peso estimado por regla de Jhonson de 2,635kg, actividad uterina no palpable a la exploración, verbaliza actividad uterina esporádica, Giordano lateral izquierdo positivo, refiere datos de disuria; al tacto pelvimetría útil, sin datos de dilatación, con orificio cervical dehiscente e ínterno cerrado, con flujo vaginal de características blanquecina grumosa y fétido con prurito persistente; miembros pélvicos sin datos de edema ni compromiso vascular.

## Síntesis de Valoración Focalizada del Requisito Universal

### 2.- Mantenimiento de un aporte Suficiente de Agua

La paciente refiere mayor consumo de líquidos, pero al momento de la exploración física se identifica Giordano lateral Izquierdo positivo, disuria y datos de deshidratación a nivel de mucosas, por lo que se solicita EGO que reporta: amarillo oscuro turbio, densidad 1.023, pH 5.5, proteínas 30, nitritos negativo, sangre 80, esterasa leucocitaria negativo, bacterias de 5, No. de leucocitos de 50. No se identifican datos de infección de vías urinarias por lo que se solicita Urocultivo.

### 3.- Mantenimiento de un aporte Suficiente de Alimentos.

Se mantiene con un aumento mínimo de peso de 650g de su última valoración al día de hoy, considerando el peso inicial del 13 de octubre a la fecha ha tenido un aumento de peso durante el embarazo de aproximadamente 1, 850kg; refiere un consumo deficiente de proteínas y grasas de origen animal debido a ingresos económicos.

### 7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.

La paciente refiere no haber acudido a la cita programada al servicio de laboratorio para la toma de muestras sanguíneas y de orina, no presenta primer ultrasonido solicitado en consulta previa, al referir comprender que se solicitaría el día de su segunda consulta prenatal en el servicio de obstetricia; el día de hoy solicita consulta en el servicio de urgencias, por referir el abdomen duro de manera esporádica y salida de flujo blanquecino acompañado de comezón en genitales; se canaliza a servicio de dental para tratamiento de probable gingivitis.

Sabina refiere realizar su aseo perianal de atrás hacia adelante.

Hábitos higiénico dietéticos deficientes, sus demandas superan sus capacidades por limitaciones cognitivas

Al momento de su ingreso, presenta datos de deshidratación, pero con inicio de ganancia mínima de peso, refiere continuar consumo de ácido fólico y hierro que se le indico en su primera consulta en el mes de octubre. Se identifica una restricción de crecimiento por clínica, por fondo uterino menos a edad gestacional en base a fecha de ultima menstruación, así como indica duda sobre el uso del dispositivo intrauterino MIRENA.

Etapa de desarrollo:

Embarazo + Edad Adulta

Requisitos de Autocuidado Universales.

1. Aporte suficiente de aire
2. Aporte suficiente de agua
3. Aporte suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados de eliminación y excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
7. **Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano.

Agencia de autocuidado se encuentra desarrollada pero no estabilizada por lo que requiere un sistema de enfermería de apoyo-educación.

Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud.

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada. (Actualmente SI busca una ayuda que oriente sobre los cuidados y riesgos pertinentes a su condición).
2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo. (NO toma en cuenta riesgos propios de un embarazo a una edad añosa y la gran multiparidad, refiere no solicitar Método de Planificación Familiar)
3. Llevar a cabo efectivamente las medias diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas. (NO lleva a cabo las medidas terapéuticas indicadas por aspecto socioeconómico)
4. Tiene conciencia y presta atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico. (presenta interés en el uso de método de planificación familiar).
5. Modificar el auto concepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado particular de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnóstico y tratamiento médico.

### Unidad de Observación

G:12 P:10 A:1; Embarazo de 35.3 semanas de gestación con edad materna de riesgo + CervicoVaginitis + Amenaza de Parto Pretérmino + Infección de Vías Urinarias a descartar.

### Factores Básicos Condicionantes

Edad	39 años
Escolaridad	Primaria Trunca
Residencia	México Distrito Federal
Sistema Familiar	Extensa
Factores socioculturales	Ama de Casa y Comerciante
Factores socioeconómicos	Recursos variables de Bajos a Moderados
Patrón de vida	Actividades del hogar y actividades de campo y comerciante.
Estado de Salud	Edad materna de riesgo y multiparidad
Sistema de Salud	Público

### Exposición a Riesgos

#### Maternos:

- Ruptura prematura de Membranas
- Coriamnioitis
- Parto pretérmino
- Hemorragia Postparto: ruptura uterina, atonía, inversión.
- Histerectomía.
- Muerte.

#### Fetales:

- Parto prematuro.
- RCIU.
- Malformaciones congénitas.
- Retraso en el desarrollo psicomotor.
- Trisomías.
- Óbito.

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Riesgo de pérdida del bienestar fetal <b>R/C</b> procesos infecciosos maternos Riesgo de parto pretérmino <b>R/C</b> proceso infeccioso materno</i>	
Objetivo	<i>La paciente identificará y verbalizará la importancia de los hábitos higiénicos y dietéticos durante el embarazo.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo – educación.</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Informar a la paciente sobre las medidas higiénicas necesarias durante el embarazo como: baño y cambio de ropa diaria, uso de ropa interior principalmente de algodón y restringir el uso de ropa justa o apretada. Y evitar aseos vaginales</i></li> <li>• <i>Brindar información sobre alimentación rica en vitamina C y E.</i></li> <li>• <i>Por medio de una plática descriptiva informar a la paciente sobre la técnica adecuada de aseo perianal de adelante hacia atrás.</i></li> <li>• <i>Reforzar información sobre los datos de alarma en el embarazo:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Dolor de cabeza intenso.</i></li> <li>✓ <i>Dolor en la boca del estómago o en el costado derecho.</i></li> <li>✓ <i>Ver luces o destellos.</i></li> <li>✓ <i>Zumbido de oídos.</i></li> <li>✓ <i>Hinchazón en manos, pies y cara (generalizado).</i></li> <li>✓ <i>Salida de líquido o sangre vaginal de manera abundante.</i></li> <li>✓ <i>Que él bebe deje de moverse.</i></li> </ul> </li> </ul>	<p><i>Una mala técnica de higiene perianal favorece la proliferación bacteriana en genitales y vías urinarias. Por lo tanto el aseo perianal debe ser de adelante hacia atrás.</i></p> <p><i>El uso de medicamentos en tiempo y dosis favorece una adecuada evolución del estado de salud.</i></p> <p><i>Las infecciones vaginales principalmente llegan a ser ascendentes lo que favorece la infección congénita del recién nacido o la descomposición del colágeno de las membranas amnióticas que elevan el riesgo de RPM y un parto pretérmino.</i></p> <p><i>La identificación de datos de alarma favorece una intervención pronta y oportuna permitiendo una uteroinhibición y valoración de continuidad del embarazo por la edad gestacional NO se valora el uso de maduradores pulmonares (dexametasona o betametasona). Los beneficios estaban presentes cuando el tratamiento se iniciaba entre las 26 y las 35 semanas de gestación y en los niños que nacían entre 1 y 7 días después de haber comenzado el tratamiento; también se observaron beneficios en los subgrupos de mujeres con rotura prematura de membranas y trastornos hipertensivos. Las muertes fetales y neonatales combinadas se redujeron incluso en neonatos que nacieron a menos de las 24 horas de haber administrado la primera dosis.<sup>1</sup></i></p> <p><i>La toma y valoración del RCTG permite valorar el estado fetal.</i></p> <p><small><sup>1</sup> Roberts D, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006; Issue 3. Art. No.: CD004454; DOI: 10.1002/14651858.CD004454.pub2.</small></p>	
Control de Casos	<i>La paciente identifica la importancia de seguir medidas higiénico dietéticas y enuncia el baño y cambio de ropa diaria, uso de ropa cómoda, refiere dificultad para el uso de ropa de algodón por limitaciones económicas</i>	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Riesgo de ruptura prematura de membranas <b>R/C</b> proceso infeccioso secundario a hábitos higiénicos dietéticos.</i>	
Objetivo	<i>La paciente identificara los riesgos asociados con los procesos infecciosos en el embarazo por medidas higiénicas alteradas</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo – educación.</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Informar a la paciente sobre las medidas higiénicas necesarias durante el embarazo como: baño y cambio de ropa diaria, uso de ropa interior principalmente de algodón y restringir el uso de ropa justa o apretada.</i></li> <li>• <i>Evitar aseos vaginales</i></li> <li>• <i>Brindar información sobre alimentación rica en vitamina C y E.</i></li> <li>• <i>Consumo de líquidos claros de 2.5 a 3 litros por día; mas el consumo de medio vaso al día de jugo de arándano natural.</i></li> </ul>	<p><i>La higiene diaria es muy importante durante todo el embarazo, ya que la sudoración y el flujo vaginal están aumentados, por lo tanto, la ropa interior ha de ser preferentemente de algodón y el uso de ropa cómoda, holgada y transpirable.*</i></p> <p><i>El consumo de jugo de arándano en las mañanas aumenta el pH de la orina lo que impide la proliferación de agentes bacterianos, reduciendo riesgo de infecciones de vías urinarias, junto con el consumo de vitamina C y E de frutas cítricas, benefician a un mejor estado inmunológico, que en conjunto con su función antioxidantes reducen el riesgo de RPM por infecciones que dañen el colágeno de las membranas amnióticas, lo cual favorezca partos pretérmino, mas afecciones al desarrollo fetal por infecciones ascendentes o bridas amnióticas por RPM altas.</i></p> <p><i>El aseo vaginal se contraindica ya que modifica el pH vaginal permitiendo la proliferación de bacterias que produzcan infecciones ascendentes</i></p> <p><small>* F, Rayburn, W., T. Phelan, S. Promoción de hábitos saludables durante el embarazo. 2008</small></p>	
Control de Casos	<i>La paciente identifica la importancia de seguir medidas higiénico dietéticas y enuncia el baño y cambio de ropa diaria, uso de ropa cómoda, refiere dificultad para el uso de ropa de algodón por limitaciones económicas</i>	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Alteración del bienestar Materno-Fetal <b>R/C</b> hábitos higiénico dietéticos <b>M/P</b> presencia de prurito en genitales, leucorrea fétida y actividad uterina.</i>	
Objetivo	<i>La paciente identificara las medidas de autocuidado para la prevención de infecciones urinarias y cervico vaginales</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo - educación</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Brindar consejería a la paciente sobre la importancia de las medidas higiénicas correctas en su cuidado personal durante su embarazo para la prevención de riesgos prenatales; así como el consumo de medio vaso de jugo de arándano natural en el desayuno, y el consumo de frutas ricas en vitamina C y E.</i></li> <li>• <i>Informar la importancia del uso correcto de prendas de vestir durante el embarazo.</i></li> <li>• <i>Informar la importancia del baño y cambio de ropa diario.</i></li> <li>• <i>Brindar datos de alarma durante el embarazo y signos y síntomas de infecciones cervico-vaginales y de vías urinarias.</i></li> <li>• <i>Informar que en caso de algún dato de alarma tiene cita abierta a urgencias.</i></li> </ul>	<p><i>La higiene íntima durante el <b>embarazo</b> es de vital importancia debido a que previene <b>infecciones</b> vaginales y el riesgo de <b>partos</b> prematuros o infecciones intraamniótica que afecten el desarrollo fetal o la salud materno-fetal.</i></p> <p><i>La higiene diaria es muy importante durante todo el embarazo, ya que la sudoración y el flujo vaginal están aumentados, por lo tanto, la ropa interior ha de ser preferentemente de algodón y el uso de ropa cómoda, holgada y transpirable. Ya que todo esto reduce considerablemente la aparición de infecciones urogenitales.*</i></p> <p><i>El consumo de jugo de arándano en las mañanas aumenta el pH de la orina lo que impide la proliferación de agentes bacterianos, reduciendo riesgo de infecciones de vías urinarias, junto con el consumo de vitamina C y E de frutas cítricas, benefician a un mejor estado inmunológico, que en conjunto con su función antioxidantes reducen el riesgo de RPM por infecciones que dañen el colágeno de las membranas amnióticas.</i></p> <p><small>* F, Rayburn, W., T. Phelan, S. Promoción de hábitos saludables durante el embarazo. 2008</small></p>	
Control de Casos	La paciente identifica y enuncia las medidas higiénicas y dietéticas durante el resto de su embarazo, así como identifica y verbaliza también los datos de alarma en el embarazo.	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #2: MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Déficit de un aporte suficiente de agua <b>R/C</b> calidad y cantidad de líquidos <b>M/P</b> mucosas orales deshidratadas.</i>	
Objetivo	<i>La paciente reforzará la importancia, calidad y cantidad de los líquidos en el embarazo y vida diaria.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo – educación.</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>A través de una plática descriptiva reforzar sobre los beneficios del agua hacia la paciente y su bebé en gestación.</i></li> <li>• <i>Reforzar el aumento del consumo de agua natural de 2.5 a 3 litros (8 a 10 vasos mínimos al día). Y conjuntar con uresis cada 3 horas.</i></li> <li>• <i>Orientar sobre el consumo de 250 a 300ml cada 2 o 3 horas.</i></li> <li>• <i>Brindar diferentes opciones de agua de consumo, marcando que la de mejor opción es la embotellada.</i></li> </ul>	<p><i>La gestante debe tomar entre 2,5 y 3 litros de agua, según el trimestre en el que esté. El agua en el embarazo es fundamental para aumentar el volumen plasmático y mantener la cantidad de líquido amniótico y un correcto desarrollo fetal.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>El agua facilita el transporte de nutrientes hacia el torrente sanguíneo del feto y su distribución por todo el organismo.</i></li> <li>• <i>El estreñimiento, un problema habitual en la embarazada, puede empeorar si no se beben los suficientes líquidos.</i></li> <li>• <i>Ingerir líquidos a pequeños intervalos ayuda a prevenir la acidez creada por los jugos gástricos y las náuseas.</i></li> <li>• <i>Beber más incrementa la cantidad de orina y favorece la depuración de toxinas, reduce la formación de cálculos renales y el desarrollo de infecciones de vías urinarias, habituales en las embarazadas. Para evitar estas últimas es fundamental orinar con asiduidad.*</i></li> </ul> <p><i>El consumo de agua en cantidad moderada no permite la expansión del estómago aumentando el deseo de hambre por una cavidad gástrica expandida.</i></p> <p><i>La mejor opción es el agua embotellada, la cual viene filtrada y tratada, además de tener embaces limpios lo cuales a las 2 horas de haber sido destapadas comienzan con proliferación bacteriana, por lo que se debe consumir el agua antes de un día.</i></p> <p><small>* Sociedad Española de Nutrición. Agua, Hidratación y Salud en el Embarazo y Lactancia. 2012.</small></p>	
Control de Casos	<i>La paciente enuncia beneficios, cantidad y calidad del agua durante su embarazo y en su vida diaria; considerará por limitantes económicas el agua embotella (a su alcance agua de purificadora en garrafón).</i>	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #3: MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.</i>																												
Operaciones Diagnóstico	<i>Riesgo de producto de bajo peso <b>R/C</b> un aporte insuficiente de alimentos secundario a limitaciones económicas.</i>																												
Objetivo	<i>La paciente identificara los alimentos ricos en hierro y proteínas de origen animal durante su estancia en el servicio de urgencias y el resto de su embarazo.</i>																												
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo – educación.</i>																												
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica																												
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>• Informar a la paciente la importancia de una adecuada alimentación para un buen desarrollo fetal.</i></li> <li><i>• Reforzar consejería sobre las diferentes opciones de alimentación (el apoyo de su huerta para consumo de alimentos).</i></li> <li><i>• Reforzar información sobre consumo de alimentos ricos en ácido fólico, hierro, vitamina A, B, C y E principalmente, alimentos ricos en calcio, etc. (leche, quesos blancos, verduras de hoja verde, frutas cítricas, betabel, berenjena, cebolla y ajo, etc.), consumo de proteínas de origen animal, evitando consumo de alimentos crudos o semi cocidos, grasosos, condimentados y fritos. Evitando suplementos alimenticios innecesarios.</i></li> <li><i>• Reforzar que la paciente debe realizar 3 comidas y 2 colaciones al día, basados en el plato del bien comer con 4-6 raciones de cereales, 5-7 raciones de fruta más verdura, 3-4 raciones de lácteos y 2 1/2 raciones de alimentos proteicos o un consumo al día de carne de lo que quepa en su puño.</i></li> </ul>	<p><i>Deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño.*</i>  <i>Se incluye información actual sobre la ganancia de peso durante el embarazo considerando que su peso valorable al iniciar control prenatal era de 62kg dando un IMC de 19.7 considerado un IMC Normal su ganancia de peso al momento debería ser de 8 a 10kg aproximadamente considerando una ganancia total de 11.5 a 16 kg en todo el embarazo. Todo parte desde la valoración del peso previo al embarazo para determinar la ganancia de peso durante el embarazo.**</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PESO</th> <th>BAJO</th> <th>NORMAL</th> <th>SOBREPESO</th> <th>OBESIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IMC</td> <td>-18.5kg/m2</td> <td>18.5 – 24.9 kg/m2</td> <td>25.0 – 29.9 kg/m2</td> <td>= ó + 30.0 kg/m2</td> </tr> <tr> <td>1er. Trimestre</td> <td>0.5 – 2.0 kg</td> <td>0.5 – 2.0 kg</td> <td>0.5 – 2.0 kg</td> <td>0.5 – 2.0 kg</td> </tr> <tr> <td>2do y 3er Trimestre</td> <td>0.5 kg/semana</td> <td>0.5 kg/semana</td> <td>0.25 kg/semana</td> <td>0.25 kg/semana</td> </tr> <tr> <td>Ganancia de peso total</td> <td>12.5 – 18.0 kg</td> <td>11.5 – 16.0 kg</td> <td>7.0 – 11.5 kg</td> <td>5 – 9 kg</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>* OMS, Darnton-Hill, I. 2013  ** 31 Reunión INPer, Perichart Perera, O. 2016</small></p>				PESO	BAJO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	IMC	-18.5kg/m2	18.5 – 24.9 kg/m2	25.0 – 29.9 kg/m2	= ó + 30.0 kg/m2	1er. Trimestre	0.5 – 2.0 kg	2do y 3er Trimestre	0.5 kg/semana	0.5 kg/semana	0.25 kg/semana	0.25 kg/semana	Ganancia de peso total	12.5 – 18.0 kg	11.5 – 16.0 kg	7.0 – 11.5 kg	5 – 9 kg			
PESO	BAJO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD																									
IMC	-18.5kg/m2	18.5 – 24.9 kg/m2	25.0 – 29.9 kg/m2	= ó + 30.0 kg/m2																									
1er. Trimestre	0.5 – 2.0 kg	0.5 – 2.0 kg	0.5 – 2.0 kg	0.5 – 2.0 kg																									
2do y 3er Trimestre	0.5 kg/semana	0.5 kg/semana	0.25 kg/semana	0.25 kg/semana																									
Ganancia de peso total	12.5 – 18.0 kg	11.5 – 16.0 kg	7.0 – 11.5 kg	5 – 9 kg																									
Control de Casos	<i>La paciente identifica como se fraccionar las comidas e identifica alimentos de mayor beneficio para el resto de su embarazo, y solicita información de servicio de nutrióloga (no se cuenta con nutrióloga en la unidad).</i>																												

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Alteración del bienestar materno <b>R/C</b> limitación de motivación <b>M/P</b> duda y rechazo de método de planificación familiar.</i>	
Objetivo	<i>La paciente razonará la importancia del uso de un método de planificación familiar posterior a su parto.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo - educación.</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Reforzar la información a la paciente en compañía de su pareja sobre los diferentes tipos de métodos de planificación, forma de acción y eficiencia de cada método, así como los riesgos de próximos embarazos por el rechazo y duda de uso de un método de planificación familiar, como son: hemorragia obstétrica, ruptura de útero, muerte materna y fetal, partos prematuros, productos con problemas de Neurodesarrollo y trisomía 21/Síndrome de Down.</i></li> <li><b>Canalizar a la paciente y pareja con el servicio de psicología.</b></li> <li><i>Brindar motivación a la paciente sobre los beneficios de los métodos de planificación familiar y el impacto económico de una adecuada anticoncepción</i></li> </ul>	<p><i>Más de 800 mujeres mueren aún hoy cada día en el mundo por causas maternas muchas de estas prevenibles. Siendo común en áreas rurales y en las zonas más pobres de los países en desarrollo. *</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Factores de riesgo clínicos y de salud pública que atentan contra la integridad física de la mujer indígena producto de condiciones de infraestructura inadecuada para la atención de su salud, falta de una apropiada operación y diseño de servicios de salud pública, así como los ocasionados por la violencia intrafamiliar.</i></li> <li><i>Factores de riesgo socioeconómicos condiciones de exclusión social derivadas de la falta de bienes materiales que orillan a las mujeres indígenas a tener prácticas de riesgo durante el embarazo.</i></li> <li><i>Factores de riesgo socioculturales que limitan la decisión de la mujer por usos, costumbres y tradiciones de orden cultural, como la presión conyugal, comunitaria y de grupos religiosos que favorecen maternidades tempranas o tardías; embarazos no espaciados; lactancia prolongada y a temprana edad que provoca el abandono de la escuela; falta de información sobre métodos anticonceptivos. **</i></li> </ul> <p><small>* Jurado Ocampo, N. Factores de Riesgo para morbi mortalidad materna extrema. 2014 ** Comisión Nacional para el Desarrollo de las Comunidades Indígenas. La Mortalidad Materna Indígena y su Prevención. 2010</small></p>	
Control de Casos	<i>La paciente identifica importancia de los métodos de planificación familiar y refiere interés por manejo del tema de anticoncepción con su pareja.</i>	

02 de diciembre del 2015

3ª Valoración focalizada

Servicio: Urgencias de Gineco Obstetricia  
Unidad Hospitalaria: Hospital Materno Infantil Topilejo

Factores básicos condicionantes

M.E.S., femenino de 40 años, talla 157cm, con peso actual de 65kg, con antecedente de un peso de 63,850kg del día 23 de noviembre del 2015, Grupo y Rh O (+); ocupación ama de casa, agricultora y comerciante de frutas y verduras; familia extensa integrada, con casa propia en zona suburbana con los servicios intradomiciliarios básicos a excepción de teléfono, y con servicios públicos limitados.

Diagnóstico

Embarazo de 36.5 SDG por FUM + Edad Materna de Riesgo + TDP en Fase latente.

Exploración física

La paciente registra constante vitales dentro de los parámetros adecuados, cabeza normocefálica, sin presencia de zonas alopecicas, sin masas palpables; ojos simétricos con pupilas isocóricas y normorefléxicas, sin datos de edema bipalpebral, conjuntivas deshidratadas de coloración pálida; pabellón auricular formado e implantado, sin datos de hipoacusia con membrana timpánica íntegra, adecuada coloración de tegumentos; nariz simétrica, sin desviación del puente, coanas permeables con vello nasal presente, sin presencia de secreciones, se observa aleteo nasal; boca con mucosa oral hidratada, sin ulceraciones, con ausencia de piezas dentales, resto de piezas dentales sin alteraciones, lengua móvil y rosada, úvula rosada, presenta respiraciones tipo jadeo; cuello cilíndrico, sin adenomegalias, tiroides no palpable, pulsos carotídeos homocrotos y sincrónicos con el radial; tórax simétrico con glándulas mamarias turgentes con galactogénesis y lactopoyesis presente, pezón formado; a la palpación sin presencia de masas a nivel axilar, ruidos cardíacos rítmicos presentes; abdomen globoso por útero gestante, fondo uterino de 30 cm, producto único vivo en presentación cefálica, dorso izquierdo, longitudinal, avocado, FCF 141 lpm, motilidad fetal presente y disminuida, peso estimado por regla de Jhonson de 2,945kg, actividad uterina regular; al tacto pelvimetría útil, cérvix posterior blando con 4cm de dilatación y 60% de borramiento, membranas íntegras y abombadas; miembros pélvicos sin datos de edema ni compromiso vascular.

Síntesis de Valoración Focalizada del Requisito Universal

1.- Mantenimiento de un Aporte suficiente de Aire

la paciente se mantiene con un aporte suficiente de aire alterado, por actividad uterina del trabajo de parto en fase latente; presenta aleteo nasal y respiraciones tipo jadeo durante el trabajo de parto en fase latente, con Glasgow de 15 puntos, EVA de 7, verbaliza mareo.

Etapa de desarrollo:

Embarazo + Edad Adulta

Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud.

7. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada. **SI LO HACE YA QUE ACUDE A LA UNIDAD HOSPITALARIA; DESDE SU CONTROL PRENATAL Y ASISTENCIA A TALLERES DE CLÍNICA DE LA MUJER.**
8. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo **SI LOS TIENE POR LO QUE SIGUE INDICACIONES DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LOS TALLERES DE EDUCACIÓN PERINATAL.**
9. Llevar a cabo efectivamente las medias diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas **SI AL ADAPTAR SU DIETA A SUS LIMITANTES ECONÓMICAS.**
10. Tiene conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico. **SI LO HACE AL MOMENTO DE PONER ATENCIÓN A LAS INDICACIONES.**
11. Modificar el auto concepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado particular de salud. **CAMBIA HÁBITOS ALIMENTICIOS.**
12. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnóstico y tratamiento médico. **SI Y SU PAREJA SE DESARROLLA PARTICIPACIÓN ACTIVA.**

Requisitos de Autocuidado Universales.

9. Aporte suficiente de aire
10. Aporte suficiente de agua
11. Aporte suficiente de alimentos
12. Provisión de cuidados asociados de eliminación y excrementos.
13. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo
14. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
15. Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
16. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano.

Agencia de autocuidado se encuentra desarrollada por lo que requiere un sistema de enfermería de apoyo-educación, para mantener reforzada esa agencia de autocuidado

#### Unidad de Observación

G:12 P:10 A:1; Embarazo de 36.5 SDG por FUM + Edad Materna de Riesgo + TDP en Fase latente.

#### Factores Básicos Condicionantes

Edad	40 años
Escolaridad	Primaria Trunca
Residencia	México Distrito Federal
Sistema Familiar	Extensa
Factores socioculturales	Ama de Casa y Comerciante
Factores socioeconómicos	Recursos variables de Bajos a Moderados
Patrón de vida	Actividades del hogar y actividades de campo y comerciante.
Estado de Salud	Edad materna de riesgo y multiparidad
Sistema de Salud	Público

#### Exposición a Riesgos

##### Maternos:

- Hemorragia Postparto: ruptura uterina, atonía, inversión.
- Histerectomía.
- Muerte.

##### Fetales:

- Hipotrófico.
- Asfixia Perinatal
- Malformaciones congénitas.
- Retraso en el desarrollo psicomotor.
- Trisomías.

Requisito de Autocuidado	<b>REQUISITO #1: MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.</b>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Déficit en el aporte suficiente de aire R/C Fase Activa Trabajo de Parto M/P taquipnea, jadeo y aleteo nasal. Patrón respiratorio ineficaz R/C Fase Activa Trabajo de Parto M/P taquipnea, jadeo y aleteo nasal.</i>	
Objetivo	<i>La paciente realiza técnicas adecuadas durante su fase activa del trabajo de parto El personal de enfermería perinatal brindará acompañamiento para realizar técnicas respiratorias aprendidas durante talleres de educación perinatal.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo – educación</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mencionar a la paciente la importancia de un aporte adecuado de oxígeno durante la fase activa tanto para ella como el aporte que necesita su producto durante las contracciones uterinas.</i></li> <li>• <i>Reforzar en la paciente las técnicas de respiración adecuada, como iniciar con las de limpieza y continuar con la rítmica modificada y terminar con otra de limpieza.</i></li> <li>• <i>Brindar acompañamiento para el momento en que la paciente pierda el ritmo respiratorio de las respiraciones de limpieza, rítmica modificada.</i></li> <li>• <i>Respiración lenta y suave: Indicándole que tome aire lentamente por la nariz. Cuando vaya a soltar el aire, forme un beso con los labios y sople lentamente; siguiente tome aire lenta y profundamente y luego dé soplos rápidos y breves; por último, que sople rápido y con fuerza para ayudar a variar la forma de respirar a lo largo del parto.</i></li> <li>• <i>Al término de las técnicas de respiración se brindará un periodo de descanso en posición decúbito lateral izquierdo.</i></li> <li>• <i>Si fuese necesario dar oxígeno complementario por medio de mascarilla y/o puntas nasales, a 3 lts por minuto y bajar gradualmente.</i></li> <li>• <i>Orientar a la paciente que el pujo no es necesario hasta que la dilatación este en 10cm y borramiento 100%.</i></li> </ul>	<p><i>La respiración de limpieza está mentalmente unida a la idea de dejar ir toda la tensión y relajar todo el cuerpo, es usada al principio y al final de cada contracción.</i></p> <p><i>La respiración rítmica modificada es una respiración ligeramente más rápido de lo normal y un poco superficial, facilita el estado de alerta y la concentración; además en conjunto con una serie de pequeños soplos ayuda a contrarresta el deseo de pujo antes de que esté completamente dilatado y borrado el cuello uterino.<sup>1</sup> Y con esto se reduce el riesgo de caput succedaneum.</i></p> <p><i>Las diferentes modalidades de efectuar la oxigenación pulmonar, la que a su vez mejora la oxigenación celular en la madre y el bebé, dependiendo del momento y la necesidad de la gestante o parturienta, con lo cual logrará también mayor comodidad, tranquilidad, facilitando la relajación y control de las molestias propias de cada fase de la gestación o trabajo de parto.<sup>2</sup></i></p> <p><i>El colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo favorece la irrigación sanguínea al producto porque no se comprime la vena cava, por lo tanto, mejora el aporte de oxígeno al producto en gestación.</i></p> <p><small><sup>1</sup>Piscoprofilaxis Perinatal. 2012 <sup>2</sup>Morales Alvarado, S., et-al. 2014</small></p>	
Control de Casos	<i>La paciente mejoró su proceso respiratorio durante las contracciones, así como aporte de aire por medio de la aplicación de técnicas de respiración las mantiene durante su trabajo de parto en fase activa de trabajo de parto.</i>	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #1: MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Disposición para mejorar un aporte suficiente de aire durante el trabajo de parto en fase activa <b>M/P</b> ejecución de las técnicas de respiración.</i>	
Objetivo	<i>El personal de enfermería perinatal brindara acompañamiento para continuar con técnicas de respiración en el área de labor.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Parcialmente Compensatorio y Apoyo - educación</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulator	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Continuar con el acompañamiento, ejemplificar y recordar en todo momento las técnicas respiratorias, iniciar con las de limpieza y continuar con la rítmica modificada y terminar con otra de limpieza.</i></li> <li>• <i>Estar presente en todo momento con la Paciente.</i></li> <li>• <i>Escuchar a la paciente.</i></li> <li>• <i>Realizar contacto físico con masaje lumbar y profundo</i></li> </ul>	<p><i>El acompañamiento durante el parto es un derecho (OMS), éste permite que la paciente disminuya significativamente su percepción de dolor y temor en el trabajo de parto y parto.<sup>1</sup></i></p> <p><i>Esta comprobado que el acompañamiento facilita el trabajo de parto y trae importantes beneficios para el binomio.</i></p> <p><i>El masaje lumbar profundo reduce el dolor a nivel pélvico por la elasticidad que adquiere la pelvis durante los mecanismos de trabajo de parto del producto, así como brinda una relajación de los músculos pélvicos</i></p> <p><small><sup>1</sup> Edda Pugin P, et-al, 2008.</small></p>	
Control de Casos	<i>La paciente se mostró motivada y realizo las técnicas de respiración en el área de labor , con la asesoría del Estudiante de Enfermería Perinatal.</i>	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Alteración del bienestar materno R/C trabajo de parto en fase activa M/P verbalización de presencia de dolor, diaforesis y taquicardia</i>	
Objetivo	<i>La paciente realizara técnicas de relajación y cambios de posición durante la fase activa del trabajo de parto en el área de labor.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Parcialmente- compensatorio y Apoyo - educación</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulator	Fundamentación Científica	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Enseñar las distintas posiciones que puede adoptar durante el trabajo de parto: posición semi fowler o decúbito lateral izquierdo con la finalidad de mantenerla el confort y la comodidad.</i></li> <li>• <i>Respetar su intimidad, cuidar su privacidad.</i></li> <li>• <i>Orientar sobre los beneficios de cambios de posición.</i></li> <li>• <i>Explicarle técnicas de respiración limpieza, rítmica modificada.</i></li> <li>• <i>Apoyar a la paciente brindándole un masaje profundo en región lumbar</i></li> <li>• <i>Explicarle momento indicado y técnica de pujo.</i></li> </ul>	<p><i>La psicoprofilaxis perinatal es una analgesia verbal, basada en la educación racional de la embarazada y es fundamentalmente distinta de otros métodos de analgesia obstétrica.<sup>1</sup></i></p> <p><i>El masaje de la región lumbar durante el parto se considera eficaz para la reducción del dolor.</i></p> <p><i>Los principales beneficios de la aplicación de masoterapia son:</i>  <i>Ayuda a aliviar la presión en la espalda, relajación física y emocional, a eliminar líquidos y toxinas, por lo que combate la fatiga y a mantener la elasticidad y flexibilidad del cuerpo.<sup>2</sup></i></p> <p><small>1 Tte. Enfra. Guadalupe del Socorro Chable-Uitz, 2013.</small></p> <p><small>2 Fernández Medina, Isabel María, 2014</small></p>
Control de Casos	<i>La Paciente se mantiene cómoda, encuentra confort y con esto participa de manera activa en las respiraciones favoreciendo su bienestar durante el trabajo de parto.</i>	

Requisito de Autocuidado	<b>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO</b>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Dolor agudo R/C contracciones uterinas regulares del trabajo de parto M/P verbalización, cambios en la frecuencia cardíaca y respiratoria, cambio en la FCF y facies de dolor.</i>	
Objetivo	<i>La paciente controlará el dolor de las contracciones por medio de las respiraciones durante su fase activa del trabajo de parto</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo – educación</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulator	Fundamentación Científica	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Explicar los principios de control de dolor, que las respiraciones de limpieza que en conjunto con las rítmicas lentas y las rítmicas modificadas benefician el control del dolor. Cuando explicar a la paciente que inicie una contracción iniciar con una respiración de limpieza fijar la atención en un punto y comenzar con la respiración rítmica.</i></li> <li>• <i>Utilizar métodos no farmacológicos para la disminución del dolor como fomentar la elección de postura que considere más cómoda la paciente durante su fase activa del trabajo de parto. Orientando sobre la importancia de la posición decúbito lateral izquierdo.</i></li> <li>• <i>Valorar la Frecuencia Cardíaca Fetal cada 15 o 30 minutos.</i></li> </ul>	<p><i>La respiración contribuye a liberar tensiones, facilitan y profundizan la relajación</i></p> <p><i>Cuando comienza una verdadera contracción la respiración de limpieza beneficia la relajación del cuerpo y la liberación de tensión, así como el uso de las respiraciones rítmicas ya sean lentas o modificadas con un soplido o serie de pequeños soplos a la exhalación ayudan a contrarrestar el deseo de pujo antes de la dilatación completa, así como la poca profundidad de las respiraciones ayudan a controlar el dolor.</i></p> <p><i>El valorar la Frecuencia Cardíaca Fetal facilita la detección oportuna de factores que pongan en riesgo la integridad física y vida del binomio.</i></p>
Control de Casos	<i>La paciente se muestra más tranquila y participativa con las respiraciones por medio de las respiraciones y la selección de cambios posturales durante su trabajo de parto.</i>	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Disposición para mejorar el bienestar materno <b>M/P</b> solicitud de Dispositivo Intrauterino MIRENA posterior al nacimiento de su neonato.</i>	
Objetivo	<i>La paciente mantendrá el interés sobre el uso de DIU MIRENA. La paciente identificará la importancia y cuidados necesarios en el uso del DIU</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo - educación</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulator	Fundamentación Científica	
	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Informar a la paciente la técnica de colocación del método de planificación familiar. Su colocación es muy sencilla, más aún si se realiza durante los días del periodo, en los que el cuello el útero está más dilatado.</i></li> <li><i>Brindar a la paciente ventajas y desventajas de dicho método de planificación familiar.</i></li> <li><i>Informar tiempo de vida del MIRENA el proveedor refiere una utilidad de 5 años, su revisión periódica en su centro de salud correspondiente la primera revisión es a los 7 días de puerperio.</i></li> </ul>	<p><i>MIRENA. Es eficaz desde el primer día, y se puede retirar en cualquier momento sin problemas, recuperando su estado anterior con igual rapidez, e incluso aumenta la fertilidad.</i></p> <p><i>A diferencia de otros anticonceptivos hormonales como la píldora, no es necesario acordarse de tomarla diaria o mensualmente, ya que tiene una eficacia de hasta cinco años.</i></p> <p><i>Reduce el sangrado menstrual, tanto en abundancia como en duración, por eso está especialmente indicado para mujeres que sufren hipermenorrea.</i></p> <p><i>Sin embargo, no todo son ventajas en el uso del DIU Mirena. Entre las desventajas y posibles complicaciones que implica este método podemos encontrar:</i></p> <p><i>El dispositivo puede deslizarse de su lugar y deslizarse fuera del útero, total o parcialmente. Si se sale en parte existe el riesgo de que haya menor protección, y si se sale completamente debe extraerse.</i></p> <p><i>Durante los primeros meses, algunas mujeres experimentan dolor menstrual y dolores de espalda, así como algo de sangrado fuera del periodo de la menstruación. Suele remitir con analgésicos y desaparece con el tiempo, de lo contrario debemos consultar al médico.</i></p> <p><i>Si la mujer es muy sensible a los cambios hormonales pueden aparecer algunos efectos secundarios que van desde el aumento de peso o la caída de cabello a la aparición de síntomas de estrés o depresión.</i></p>
Control de Casos	<i>La paciente verbaliza solicitar en el servicio de Alojamiento Conjunto, el dispositivo intrauterino MIRENA como método de planificación Familiar.</i>	

04 de diciembre del 2015

4ª Valoración focalizada

Servicio: Hospitalización

Unidad Hospitalaria: Hospital Materno Infantil Topilejo

Diagnóstico

Puerperio Fisiológico

Antecedentes

- 18:23 nace producto único vivo de sexo femenino por vía vaginal con un peso de 2,810kg de 48cm de talla PC 34, PT 32, PA 31, PIE 5, APGAR 8/9, Silverman de 1, Capurro de 35.4 SDG sin complicaciones; presenta un sangrado subjetivo aproximado de 700ml se brinda masaje bimanual para favorecer la contractibilidad uterina, se administra metilergonovina 0,2mg IM, en DU.
- Ingresa al área de recuperación; se mantiene a recién nacido en cuna radiante por recuperación materna por sangrado subjetivo de 700ml más datos de atonía uterina.
- Solución glucosa 5% + 20 UI de oxitocina para 6 horas
- Ketorolaco 60mg IV DU
- Sulfato ferroso 500mg cada 24 hrs.

Exploración física

Paciente consciente, alerta y cooperadora, con signos vitales dentro de los parámetros normales, palidez de tegumentos, mucosas hidratadas; cuello cilíndrico, sin adenomegalias, tiroides no palpable, pulsos carotídeos homocrotos y sincrónicos con el radial; tórax simétrico con glándulas mamarias turgentes con galactogénesis y lactopoyesis presente, pezón formado; a la palpación sin presencia de masas a nivel axilar, ruidos cardíacos rítmicos presentes; abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, con involución uterina por debajo de cicatriz umbilical; Venocclisis permeable en miembro torácico derecho con punzo calibre #18, y fecha de instalación 02-12-15; loquios sero-hemáticos escasos, miembros pélvicos sin compromiso. La paciente verbaliza solicitar método de planificación familiar MIRENA.

Síntesis de Requisito Universal de Autocuidado

7.- Prevención de Peligros para la Vida el Funcionamiento y Bienestar Humano.

La paciente verbaliza solicitud de DIU MIRENA como método de planificación familiar, muestra rechazo a OTB por recuperación tardía y preocupación por cuidado de sus hijos. Inicia lactancia materna el día 03 de diciembre del 2015, verbaliza no llenar la demanda alimentaria del neonato.

Etapa de desarrollo:

Edad Adulta

Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud.

13. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada. **SI LO HACE YA QUE ACUDE A LA UNIDAD HOSPITALARIA; DESDE SU CONTROL PRENATAL Y ASISTENCIA A TALLERES DE CLÍNICA DE LA MUJER.**
14. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo **SI LOS TIENE POR LO QUE SIGUE INDICACIONES DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LOS TALLERES DE EDUCACIÓN PERINATAL.**
15. Llevar a cabo efectivamente las medias diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas **SI AL ADAPTAR SU DIETA A SUS LIMITANTES ECONÓMICAS.**
16. Tiene conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico. **SI LO HACE AL MOMENTO DE PONER ATENCIÓN A LAS INDICACIONES.**
17. Modificar el auto concepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado particular de salud. **CAMBIA HÁBITOS ALIMENTICIOS.**
18. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnóstico y tratamiento médico. **SI Y SU PAREJA SE DESARROLLA PARTICIPACIÓN ACTIVA.**

Requisitos de Autocuidado Universales.

17. Aporte suficiente de aire
18. Aporte suficiente de agua
19. Aporte suficiente de alimentos
20. Provisión de cuidados asociados de eliminación y excrementos.
21. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo
22. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
23. Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
24. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano.

#### Unidad de Observación

G:12 P:11 A:1; Puerperio Fisiológico

#### Factores Básicos Condicionantes

Edad	40 años
Escolaridad	Primaria Trunca
Residencia	México Distrito Federal
Sistema Familiar	Extensa
Factores socioculturales	Ama de Casa y Comerciante
Factores socioeconómicos	Recursos variables de Bajos a Moderados
Patrón de vida	Actividades del hogar y actividades de campo y comerciante.
Estado de Salud	Edad materna de riesgo y multiparidad
Sistema de Salud	Público

Agencia de autocuidado se encuentra desarrollada por lo que requiere un sistema de enfermería de apoyo-educación, para mantener reforzada esa agencia de autocuidado

#### Exposición a Riesgos

##### Maternos:

- Hemorragia Postparto: ruptura uterina, atonía, inversión.
- Histerectomía.
- Muerte.

##### Fetales:

- Hipotrófico.
- Asfixia Perinatal
- Malformaciones congénitas.
- Retraso en el desarrollo psicomotor.
- Trisomías.

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Disposición para mejorar el desarrollo materno - neonatal <b>M/P</b> enuncia y realiza posiciones de amamantamiento de balón de futbol y sentada, verbalización de beneficios y tiempos de Lactancia Materna Exclusiva</i>	
Objetivo	<i>La paciente mantendrá una Lactancia Materna Exclusiva por 6 meses.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Apoyo – educación</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Reforzar en la paciente los beneficios maternos y neonatales de la Lactancia Materna, como el tiempo de Lactancia Materna exclusiva (solo seno materno a libre demanda) y Lactancia Materna Mixta (complemento de seno materno) hasta los 2 años.</i></li> <li>• <i>Reforzar en la paciente técnicas para lograr un apego inmediato y diferentes posiciones de amamantamiento.</i></li> <li>• <i>Observar técnica y tetada.</i></li> <li>• <i>Reforzar información sobre dieta durante la lactancia materna. (dieta rica en fibra, de 8 a 10 vasos de agua)</i></li> </ul>	<p><i>La lactancia materna es la única fuente que suministra todos los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo del niño en los primeros meses de vida. Así lo han reconocido tanto la OMS como los informes de sociedades científicas. Así también se menciona que los beneficios de la lactancia materna van desde los aspectos nutricionales e inmunitarios hasta los psicológicos e intelectuales. <sup>1</sup></i></p> <p><i>La influencia positiva de la educación prenatal podría utilizarse para mejorar las condiciones de LM, pues es un recurso simple y de bajo costo. La promoción y apoyo de la lactancia materna se puede lograr a través de intervenciones en el transcurso del embarazo, en el momento del parto, después del parto y la lactancia. En estas se deben enfatizar en los beneficios de la lactancia y brindar consejos prácticos para aumentar las tasas de inicio de lactancia materna. <sup>2</sup></i></p> <p><i>La dieta rica en fibra y el aumento del consumo de agua favorecen la producción de una lecha más digerible para el recién nacido, evitándole riesgo de distensión abdominal y cólicos estomacales.</i></p> <p><sup>1</sup>OMS 2010 <sup>2</sup>Araya, Z. 2013</p>	
Control de Casos	<i>La paciente continua con lactancia materna cada 3 horas y el RN presenta adecuada coordinación de la succión, deglución y respiración con adecuada técnica de tetada</i>	

Requisito de Autocuidado	<i>REQUISITO #7: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.</i>	
Operaciones Diagnóstico	<i>Disposición para mejorar el bienestar materno <b>M/P</b> solicitud de Método de Planificación Familiar DIU MIRENA al 2do. Día post parto</i>	
Objetivo	<i>La paciente identificara beneficios, efectos secundarios y tiempo de uso de Método de Planificación Familiar.</i>	
Sistema de Enfermería	<i>Parcialmente Compensador y Apoyo - educación</i>	
Prescripción del Cuidado / Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>• Informar a la paciente técnica de colocación de DIU.</i></li> <li><i>• Orientar a la paciente sobre cuidados y revisiones periódicas durante el uso del Dispositivo Intrauterino. (se realizan en centro de salud a los 7 días en la primera consulta del puerperio, y posteriormente cada mes posterior a la menstruación o en caso de molestia).</i></li> <li><i>• Consumo de alimentos ricos en hierro, verduras de hoja verde (espinaca, acelga, berros, etc.), legumbres, hígado, pescado y yema del huevo, de fácil acceso por costo.</i></li> <li><i>• Consumir el sulfato ferroso principalmente entre alimentos y acompañado de jugo de naranja</i></li> </ul>	<p><i>Dentro de las ventajas que tiene el uso del MIRENA están: Reduce el sangrado menstrual, tanto en abundancia como en duración, por eso está especialmente indicado para mujeres que sufren hipermenorrea.</i></p> <p><i>Entre las desventajas y posibles complicaciones: El dispositivo puede deslizarse de su lugar y deslizarse fuera del útero, total o parcialmente. Si se sale en parte existe el riesgo de que haya menor protección, y si se sale completamente debe extraerse.</i></p> <p><i>Durante los primeros meses, algunas mujeres experimentan dolor menstrual y dolores de espalda, así como algo de sangrado fuera del periodo de la menstruación. Suele remitir con analgésicos y desaparece con el tiempo, de lo contrario debemos consultar al médico.</i></p> <p><i>Si la mujer es muy sensible a los cambios hormonales pueden aparecer algunos efectos secundarios que van desde el aumento de peso o la caída de cabello a la aparición de síntomas de estrés o depresión.</i></p> <p><i>Por el sangrado presente durante el parto es recomendable el uso sulfato ferroso y ácido fólico, además del consumo de alimentos de origen animal y vegetal ricos en hierro. Si se toman suplementos de hierro, es recomendable ingerirlos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>• Entre comidas, ya que la absorción aumenta cuando el estómago está vacío.</i></li> <li><i>• Acompañados de zumo de naranja, porque la vitamina C favorece la conservación del hierro e incrementa la absorción.</i></li> </ul>	
Control de Casos	<i>La paciente se mantiene segura en el uso de DIU MIRENA y continua con espera de alta hospitalaria.</i>	

## X. PLAN DE ALTA

- MEDIDAS HIGIÉNICO – DIETÉTICAS.

Consumir alimentos ricos en fibra frutas y verduras con cáscara consumible como manzana, pera, chayote, etc.: ya que estos alimentos mejorarán el proceso de digestión que se modifica por el embarazo. Alimentos ricos en hierro, verduras de hoja verde (espinaca, acelga, berros, etc.), legumbres, hígado, pescado y yema del huevo, de fácil acceso por costo. Consumo de cereales, frutas ricas en vitamina C para regular sistema inmunológico.

Aumentar consumo de agua natural, 8 a 10 vasos mínimos al día

Reducir grasas y condimentos.

Baño y cambio de ropa diaria. Usar ropa de algodón, cómoda no ajustada. El aseo perianal se realiza de adelante hacia atrás.

- CUIDADOS GENERALES

Acudir a la primer Consulta: a los 7 días para revisión de DIU y posteriormente cada mes posterior al ciclo menstrual o en caso de presentar alguna molestia.

- CUIDADOS ESPECÍFICOS

DATOS DE ALARMA EN EL PUERPERIO: las enfermedades hipertensivas propias del embarazo se pueden presentar en el puerperio. Identificar datos de alarma:

- Dolor de cabeza intenso.
- Ver luces o destellos.
- Zumbido de oídos.
- Dolor abdominal (en la boca del estómago).
- Náuseas y vómitos.

Llevar un diario de toma de presión arterial en reposo y después de alguna actividad y glucosa en ayuno y a la hora de haber tomado el primer alimento; mínimo las 6 semanas del puerperio.

Flujo genital: Parecido a las menstruaciones, se llaman loquios e irán cambiando de color con el transcurso de los días. Al comienzo son sanguinolentos, luego más rosados, hasta volverse cada vez más pálidos. No debe presentarse sangrado abundante mayor al de una menstruación, no debe haber flujo fétido. Ante algún dato de alarma **ACUDIR A URGENCIAS DE SU UNIDAD DE SALUD.**

- TERAPIA MEDICAMENTOSA

Consumir Sulfato Ferroso 500mg cada 24 horas por 15 días.

Tomar medicamentos de acuerdo a indicaciones, no auto medicarse, en caso de una molestia presentarse en su centro de salud para su atención y medicación.

## CUIDADOS Y DATOS DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO

### Alimentación:

- Lactancia maternal a libre demanda cada que lo solicite el recién nacido
- Entre más succión, más producción de leche.
- Alimento al bebé de los dos senos.
- Sacar el aire después de las comidas durante 10 minutos.
- Acueste al bebe en un Angulo de 45 grados, espalda y cabeza más elevada sin usar almohada.
- Si hay presencia de cólico masajear suavemente el abdomen por 5 minutos antes de iniciar la alimentación.

### Aseo:

- Realizar baño diario, corto, rápido, con agua tibia, donde no existan corrientes de aire.
- Secar bien los pliegues (cuello, axila, antebrazo, ingles) y abrigar muy bien.
- Utilizar jabón neutro

## CUIDADOS DE CORDÓN UMBILICAL

- Seque el ombligo posterior al baño.
- Se debe mantener limpio y seco, NO colocar semillas, monedas ni otro objeto a los 7 días se deshidrata y cae el muñón umbilical; al caerse, solo limpiar con agua y jabón durante el baño y secar.

## SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO

- Fiebre (temperatura mayor a 38°C)
- Coloración azul o morada en manos, pies, cara, pecho.
- Colora amarillento del cuerpo y ojos.
- Mal olor del cordón umbilical.
- Evacuaciones con sangre.
- Llanto exagerado sin presencia de lágrimas, hundimiento de fontanela.
- No come adecuadamente y dormido.

- OBSERVACIONES

Acudir a centro de salud para consejería con apoyo del servicio de psicología para cambio de método de planificación familiar a definitivo, por riesgos maternos.

Suspender actividad sexual durante 42 días (cuarentena).

Madre e hijo cita abierta a Urgencias en presencia de algún dato de alarma.

## **XI. CONCLUSIONES**

El estudio de caso es una herramienta metodológica que nos permite analizar y reflexionar sobre dos aspectos, el primero es todos aquellos factores que contribuyen al desarrollo de la agencia de autocuidado y que influyen en el estado de salud de la mujer embarazada; el segundo es la calidad, eficacia, seguridad y ejecución de los cuidados especializado de enfermería.

A través de investigaciones y estudios de caso está demostrado que las intervenciones de la Enfermera Perinatal son una estrategia segura y efectiva para disminuir e incidir en las causas de morbilidad y mortalidad perinatal, considerando que la mayoría de ellas son prevenibles.

Los especialistas a través de la valoración con enfoque de riesgo son capaces de identificar, intervenir y referir a las pacientes de forma oportuna para su atención.

Las estrategias educativas son una herramienta fundamental para generar capacidades de autocuidado; la motivación y el acompañamiento son cuidados de enfermería cuyo objetivo es generar cambios en los estilos de vida y así modificar de manera positiva los resultados maternos, fetales y neonatales, por lo que habría impacto sobre tasas de morbi mortalidad.

## **XII. SUGERENCIAS**

Continuar con el desarrollo de estudio de caso desde el primer semestre a inicio de prácticas con la finalidad de valorar que las intervenciones de enfermería especialista tienen un impacto dentro del estado de salud de cada persona.

En la especialidad de enfermería perinatal dentro del plan de estudios desarrollar talleres de educación pre gestacional y perinatal, ya que por medio de la búsqueda en bases de datos y otras fuentes se ha encontrado que la aportación de mayor impacto por parte de los enfermeros perinatales es por medio de la educación para que la población desarrolle o fortalezca una agencia de autocuidado lo cual tendrá resultados positivos en el desarrollo del binomio.

El implementar los modelos y teorías en enfermería guían el actuar profesional de enfermería, pero la manera indicada de saber abordar a las personas para poder influir en su autocuidado es por medio del desarrollo de una empatía lo cual por medio de la materia de bioética para un trato humano y respetuoso es como las personas aceptan sugerencias y modificaciones, se recomienda la impartición de dicha materia desde un principio del posgrado, ya que en la actualidad mucha gente no sigue las prescripciones de salud por que siente una imposición y agresión ante las prescripciones, por lo que aprender a desarrollar empatía y trato digno a las personas mejorará el autocuidado en la sociedad.

### XIII. BIBLIOGRAFÍA

- Benavet Garcés, M.A., Francisco del Rey, C., Ferrer Ferrandis, E. 2001. Actualizado 2012. Capítulo 11. *El Modelo Teórico de Dorothea E. Orem. Fundamentos de Enfermería. DAE. pp. 313-367*
- Berghella, Vincenzo; Hayes, Edward; Visintine, John; Baxter, Jason K. *Fetal fibronectin testing for reducing the risk of preterm birth. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2008, Número 4. Art. n.º: CD006843. DOI: 10.1002/14651858.CD006843.pub2.
- Blanco Fraile, C., Sarabia Lavín, R., Lázaro Otero, M.M. *Metodología de la Enfermería. El proceso enfermero*. Datos en Línea. [Consultado Diciembre 2015]. Disponible en: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/metodologia-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/metodologia%20\(pdf\)/2-proceso-enfermero.pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/metodologia-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/metodologia%20(pdf)/2-proceso-enfermero.pdf).
- Castillo Mayedo, J., et-al. *Bases Conceptuales de Enfermería*. 2014. Datos en Línea. [Actualizado Marzo 2014; Consultado Diciembre 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/victorino66/bases-conceptuales-deenfermeria>.
- CONAMED, *Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México*. 2007. Datos en Línea. [Actualizado 2007; Consultado Diciembre 2015]. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf).
- Cruz Almagueri, CC., et al. *Nutrición y embarazo: algunos aspectos generales para su manejo en la atención primaria de salud*. 2012. Datos en Línea. [Actualizado 2012; Consultado Noviembre 2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2012000100020](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000100020)
- Donoso, E., et-al. *La Edad de la Mujer como Factor de Riesgo de la Mortalidad Materna, Fetal, Neonatal e Infantil*. 2014. Rev. Med. Chilena; 142: 168-174. Datos en Línea. [Actualizado en 2014; Consultado Diciembre 2015]. Disponible en: [www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf)
- ELSEVIER. *Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran múltipara: estudio retrospectivo observacional*. (2011). Revista Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia Vol. 38. Núm. 05. Datos en Línea. [Actualizado Octubre 2011; Consultado Octubre 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-riesgo-hemorragia-posparto-paciente-gran-90027077>
- Espitia Cruz, L.C. *Asociación de los Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado y la capacidad de Agencia de Autocuidado en personas con Hipertensión Arterial que asisten a consulta externa del Hospital Universitario La Samaritana (Tesis)*. 2011. Colombia. Pp. 39-42.
- F, Rayburn, W., T. Phelan, S. *Promoción de hábitos saludables durante el embarazo*. 2008. Obstet-Gynecol Clin N Am. Datos en Línea. [Actualizado 2008; Consultado Enero 2016]. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/502/502v35n03a13136993pdf001.pdf>.

- García Alonso, I., Alemán Mederos, M.M. *Riesgos del Embarazo en la Edad Avanzada*. 2010. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 36(4)481-489. Datos en Línea. [Actualizado en 2010; Consultado en Diciembre 2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0138-600X2010000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0138-600X2010000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Heras Pérez, B., et al. *La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada*. (2011). Vol. 54. Núm. 11. [Actualizado 2011; Consultado Octubre 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-la-edad-materna-como-factor-riesgo-obstetrico-90034646>
- Ipas, IMSS. *Consentimiento Informado y Anticoncepción*. 2003. Datos en línea. [Actualizado 2003; Consultado Diciembre 2015]. Disponible en: <http://informe.gire.org.mx/rec/consentimiento.pdf>.
- Instituto de Salud del Estado de México. *Atención Prenatal con Enfoque de Riesgo*. (2006). Datos en Línea. [Actualizado 2006; Consultado Octubre 2015]. Disponible en: [www.salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/.../atencion\\_prenatal.pdf](http://www.salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/.../atencion_prenatal.pdf)
- Martínez Menchaca, HR., et al. *Directriz para el cuidado oral durante el embarazo*. 2012. Revista ADM. Vol. 69. No. 1. Datos en Línea. [Actualizado Enero-Febrero 2012; Consultado Noviembre 2015]. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od121e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od121e.pdf)
- Ministerio de Salud de Chile. *Guía Clínica AUGE, Salud oral Integral de la Embarazada*. 2013. Serie Guías Clínicas MINSAL. Datos en Línea. [Actualizado en 2013; Consultado Noviembre 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a24ef2ae04001011f01678a.pdf>.
- *Modelos para el Análisis de la Mortalidad Materna Perinatal*. Datos en línea. [Actualizado en Octubre 2005; Consultado Noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/Departamentos/ObstetriciaGinecologia/disenio/documentos/definiciondeterminos.pdf>
- Molina de Pardiñas, R.M. *Derechos Reproductivos y Equidad de Género*. Datos en línea. [Consultado Diciembre 2015]. Disponible en: [www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/38/.../pr26.pdf](http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/38/.../pr26.pdf)
- Noreña Peña, AL., et al. *La interacción comunicativa en el cuidado de la Salud*. 2010. Revista Española de Comunicación en Salud. ISSN:1989-9882. Datos en Línea. [Actualizado Diciembre 2010; Consultado Enero 2016]. Disponible en: [www.aecs.es/1\\_2\\_interaccion%20comunicativa.pdf](http://www.aecs.es/1_2_interaccion%20comunicativa.pdf)

- Parra C, M., et al. *Partograma en mujeres multiparas con manejo médico del trabajo de parto*. (2007). REV CHIL OBSTET GINECOL; 72(3): 160. Datos en Línea. [Actualizado 2007; Consultado Octubre 2015]. Disponible en: [www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n3/art05.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n3/art05.pdf)
- Pérez Oviedo, AC., et al. *Caries Dental asociada a factores de riesgo durante el Embarazo*. 2011. Revista Cubana de Estomatología. Datos en Línea. [Actualizado 2011; Consultado Noviembre 2015]. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/revcubest/esc-2011/esc112b.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubest/esc-2011/esc112b.pdf)
- Prado Solar, L.A., et-al. *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención*. 2014. Rev. Med. Electron. vol.36 no.6. versión ISSN 1684-1824. Datos en Línea [Actualizado en Noviembre 2014; Consultado Diciembre 2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004)
- Ramírez Arias, JL., et al. *La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica*. 2011. Acta Médica Grupo Ángeles Vol. 9 No. 3. Datos en Línea. [Actualizado julio-septiembre 2011; consultado Diciembre 2015]. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf)
- Sachse M., Sesia, P. *Desafíos en Salud Materna en México: universalidad, calidad y respeto a derechos humanos*. Revista CONAMED. Vol. 17. Suplemento 1, 2012. ISSN 1405-6704.
- Salazar Hernández, I.Y. *Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.)*. 2013. ENEO publicaciones. Datos en Línea. [Actualizado 2013; Consultado Diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20e n%20Enfermeria.pdf>.
- Sánchez G. Dorothea E. Orem aproximación a su teoría. Rol de enfermería. 1999; 22 (4): 309-11.
- Sánchez Muniz, FJ., et al. *La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico*. 2013. Datos en Línea. [Actualizado 2013; Consultado Noviembre 2015]. Disponible en: [www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6307.pdf](http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6307.pdf)
- Secretaría de Salud. *Evidencias y Recomendaciones. Guía de Práctica Clínica. Control Prenatal con Enfoque de Riesgo*. IMSS-028-08. (2008). Datos en Línea. [Actualizado 2008; Consultado Octubre 2015]. Disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx/.../PrenatalRiesgo/IMSS\\_028\\_08\\_GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/.../PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_GRR.pdf)
- Secretaría de Salud. *Evidencias y Recomendaciones. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino*. IMSS-063-08. (2008). Datos en Línea. [Actualizado 2008; Consultado Noviembre 2015]. Disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/.../Parto\\_Pretermino\\_Rapida\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/.../Parto_Pretermino_Rapida_CENETEC.pdf)

- Secretaría de Salud [Base de datos en línea]. *México: Gobierno federal Normas Oficiales de salud* [acceso Noviembre 2015] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- Sociedad Española de Nutrición. *Agua, Hidratación y Salud en el Embarazo y Lactancia*. 2012. Datos en Línea. [Actualizado 2012; Consultado Noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/agua-hidratacion-y-salud-en-el-embarazo-y-lactancia/>
- UNICEF, Díaz Sánchez, ME., et al. *Consejos útiles sobre la alimentación y nutrición en el embarazo*. 2013. Datos en Línea. [Actualizado 2013; Consultado Noviembre 2015]. Disponible en: [www.unicef.org/lac/consejos\\_nutricion\\_full.pdf](http://www.unicef.org/lac/consejos_nutricion_full.pdf)
- Ticona Rendón, M., Huanco Apaza, D. *Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú*. (2011). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*; 37(3):431-443. Datos en Línea. [Actualizado 2011; Consultado Octubre 2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000300017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300017)

#### XIV. ANEXOS.

**TABLA #1**

<b>PESO</b>	<b>BAJO</b>	<b>NORMAL</b>	<b>SOBREPESO</b>	<b>OBESIDAD</b>
<b>IMC</b>	-18.5kg/m <sup>2</sup>	18.5 – 24.9 kg/m <sup>2</sup>	25.0 – 29.9 kg/m <sup>2</sup>	= ó + 30.0 kg/m <sup>2</sup>
<b>1er. Trimestre</b>	0.5 – 2.0 kg	0.5 – 2.0 kg	0.5 – 2.0 kg	0.5 – 2.0 kg
<b>2do y 3er Trimestre</b>	0.5 kg/semana	0.5 kg/semana	0.25 kg/semana	0.25 kg/semana
<b>Ganancia de peso total</b>	12.5 – 18.0 kg	11.5 – 16.0 kg	7.0 – 11.5 kg	5 – 9 kg

Perichart Perera, O. Nutrición en Perinatología: Control de IMC gestacional. 31 Reunión INPer.  
2016

**TABLA #2**

<b>Ganancia de peso materno en el embarazo</b>	Baja	Alta
<b>Peso al nacimiento (neonato)</b>	Bajo	Macrosómico
<b>Duración de la gestación</b>	Pretérmino	Postérmino
<b>Complicaciones (al nacimiento)</b>	Pequeño para edad gestacional	
<b>Complicaciones posteriores al nacimiento</b>		Obesidad Infantil
<b>Postparto</b>		Retención materna de peso

Noreña Peña, AL. Et al. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. 2010. . Revista Española de Comunicación en Salud. ISSN:1989-9882.

## GLOSARIO

- **Alumbramiento:** es la extracción o expulsión automática posterior al parto o nacimiento de la placenta y sus anexos (resto de cordón umbilical, membranas amnióticas y cotiledones placentarios).
- **Amniotomía:** rotura artificial de las membranas. Se realiza mediante un instrumento con forma de gancho llamado amniotomo, y se utiliza para conseguir una inducción o aceleración del parto. Es una maniobra obstétrica que debe realizarse cuando hay un progreso adecuado del trabajo de parto.
- **Atonía Uterina:** es la pérdida del tono de la musculatura del útero y una consecuencia del retraso de la involución uterina.
- **Borramiento cervical:** se refiere al adelgazamiento progresivo que presentan las paredes del cuello uterino durante el trabajo de parto va de 0% (en su grosor total) hasta el 100% (un adelgazamiento total).
- **Coagulación Intravascular Diseminada:** este defecto de la coagulación se produce debido a que los fragmentos de tejido placentario pasan a la circulación sistémica, lo cual activa la coagulación dentro de los vasos sanguíneos y en poco tiempo se agotan los factores de coagulación y por consiguiente las hemorragias no las controla el cuerpo humano por la falta de factores de coagulación.
- **Contracción uterina:** acortamiento rítmico de la musculatura del segmento superior del útero. Al principio del proceso las contracciones son suaves, pero progresivamente se vuelven más intensas y más frecuentes hasta finalizar con la expulsión del feto y de la placenta de la cavidad uterina.
- **Cotiledones placentarios:** La placenta está formada por vellosidades coriónicas (son las vellosidades que salen del corion o capa que protege al embrión y permite el intercambio de nutrientes entre el producto y la madre, estas vellosidades se adhieren al endometrio la capa interna del útero), las cuales se unen y forman cotiledones. Cada cotiledón está formado por dos o más troncos vellosos principales y sus ramas, a través de ellos circula la sangre de la madre al feto.
- **Dilatación cervical:** se refiere a la apertura progresiva que presenta el cuello del útero (cérvix), lo que indica que el orificio cervical aumentó su tamaño para permitir la salida del producto, va desde 0 cm (cérvix completamente cerrado) hasta los 10 cm (dilatación completa para permitir la salida del producto del útero).
- **Eclampsia:** trastorno propio del embarazo, complicación de la preeclampsia y que lleva a una elevación de la tensión arterial, así como convulsiones (movimientos corporales no controlados), que no tiene relación con una afección cerebral preexistente.
- **Embarazo:** estado fisiológico que cursa la mujer desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide en el tercio externo de la tuba uterina o trompa de Falopio, hasta el nacimiento del producto; no se toma en cuenta el alumbramiento.

- **Hemorragia obstétrica:** pérdida sanguínea en una mujer durante el embarazo, parto y puerperio, con pérdida del 25% de la volemia o volumen sanguíneo circulante total. La hemorragia obstétrica se refiere a la pérdida sanguínea mayor a 500 ml en caso de parto y mayor a 1000 ml pos cesárea.
- **Hemostasia:** es el fenómeno fisiológico que detiene el sangrado. La hemostasia es un mecanismo de defensa que junto con la respuesta inflamatoria y de reparación ayudan a proteger la integridad del sistema vascular después de una lesión tisular.
- **Hipoxia:** trastorno en el cual el cuerpo por completo (hipoxia generalizada), o una región del cuerpo (hipoxia de tejido), se ve privado del suministro adecuado de **oxígeno**.
- **Involución uterina:** es el regreso del útero a su tamaño original, así como su retorno a su sitio anatómico pre gestacional (antes del embarazo).
- **Muerte materna:** La muerte materna se define como la muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo (puede ser extrauterino), debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por, el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
- **Muerte materna directa:** las muertes maternas directas son la que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente. Algunos ejemplos son la eclampsia, el parto obstruido, el aborto séptico y la atonía uterina.
- **Muerte materna indirecta:** Las muertes maternas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que surge durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero sí agravada por los cambios fisiológicos del embarazo. Algunos ejemplos son las enfermedades cardiovasculares, el VIH/SIDA, la anemia y el paludismo.
- **Muerte materna tardía:** La muerte materna tardía se define como la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.
- **Oxitocina:** hormona uterotónico producida por el hipotálamo, y almacenada en la hipófisis. Se libera para comenzar o fortalecer el trabajo de parto, y para disminuir la hemorragia posparto, así como también se libera para la estimulación a la liberación de la prolactina que es la que ayuda a la producción de leche materna.
- **Parto:** es la culminación del embarazo, el periodo de salida del **bebé** del **útero** materno; dependiendo del autor se considera desde la salida total del producto del canal vaginal o canal de parto y en ocasiones desde la salida del hombro anterior del producto. Es considerado por muchos el inicio de la vida de una persona.

- **Puerperio:** periodo de tiempo que media entre la expulsión del feto y la placenta y el retorno del organismo femenino a las condiciones normales previas al embarazo.
- **Recién nacido:** producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.
- **Recién nacido pretérmino,** al producto de la concepción menor a 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Usher, Capurro, Ballard y Ballard modificado.
- **Recién nacido a término,** al producto de la concepción de 37 hasta 41 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así equivale a un producto de 2,500 gramos o más. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Usher, Capurro, Ballard y Ballard modificado.
- **Recién nacido de peso bajo para edad gestacional,** al recién nacido que tiene peso inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional. De acuerdo con las tablas de crecimiento anexas. (Gráficas de Battaglia/Lubchenco y Jurado García)
- **Recién nacido de peso adecuado para edad gestacional,** al producto cuyo peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y el 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional. De acuerdo con las tablas de crecimiento anexas. (Gráficas de Battaglia/Lubchenco y Jurado García)
- **Restricción en el crecimiento intrauterino,** al producto de la concepción que en su exploración prenatal tiene un crecimiento menor a lo esperado para la edad gestacional, identificado por clínica y/o ultrasonido, nace con un peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional, implicándole una restricción patológica en su capacidad para crecer.
- **Riesgo Reproductivo:** Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.
- **Salud Reproductiva:** Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad.
- **Trabajo de parto:** proceso fisiológico por medio del cual las contracciones periódicas del útero grávido producen borramiento y dilatación del cuello del útero (cérvix), que permiten la salida del producto y culmina con el nacimiento o parto.