



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA  
Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZADAS A MULTIGESTA EN  
TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA,  
BAJO EL ENFOQUE DE PARTO RESPETADO A  
LIBRE  
ELECCIÓN Y CON BASE EN LA TEORÍA DE  
AUTOCUIDADO DE DOROTEA E. OREM”

ESTUDIO DE CASO

PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE

**ENFERMERA ESPECIALISTA  
PERINATAL**

**PRESENTA:**

LEO MARÍA TERESA DEL  
SAGRARIO SALAS  
SANGABRIEL.

ASESORÓ: M.E. PATRICIA  
MÁRQUEZ TORRES

CIUDAD DE MÉXICO

SEPTIEMBRE 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

AUTOR: L.E.O. MARÍA TERESA DEL SAGRARIO SALAS SANGABRIEL

REVISÓ: M. E. PATRICIA MARQUEZ TORRES

UNIDAD DE POSGRADO UNAM. PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
ENFERMERÍA PERINATAL.

CIUDAD DE MÉXICO. SEPTIEMBRE 2017

## **RECONOCIMIENTOS**

Agradezco la colaboración de la Sra. Sandra para la realización de mi estudio de caso, así como el apoyo de la Maestra Patricia Márquez y colegas, por el tiempo brindado para la revisión de éste y a la Maternidad Ciudad Mujer por las facilidades.

Estas líneas y esfuerzo están dedicadas para mi familia, fuente de inspiración y para todas las mujeres, que tenemos la dicha de ser madres.

## ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. OBJETIVOS.....	8
III. FUNDAMENTACIÓN.....	9
3.1. Antecedentes.....	9
IV. MARCO CONCEPTUAL.....	12
4.1. Conceptualización de enfermería.....	12
4.2. Paradigma de enfermería.....	13
4.3. Modelo de Dorothea E. Orem.....	20
4.4. Proceso de Enfermería.....	33
V. MARCO TEÓRICO.....	39
5.1. Modelo de atención de enfermería obstétrica.....	39
5.2. Definiciones del trabajo de parto y parto.....	42
5.3. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento.....	43
VI. METODOLOGÍA.....	64
6.1. Estrategia de investigación.....	64
6.2. Selección del caso.....	66
6.3. Consideraciones éticas.....	67
VII. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	80



7.1.	Descripción del caso.....	80
7.2.	Antecedentes generales de la persona.....	81
VIII.	APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.....	82
8.1.	Requisitos de autocuidado.....	82
8.2.	Requisitos de autocuidado según las etapas del desarrollo	85
8.3.	Requisitos de autocuidado ante una desviación de la salud	85
8.4.	Análisis de estudios de laboratorio y gabinete.....	87
8.5.	Esquema metodológico.....	88
8.6.	Jerarquización de problemas.....	89
8.7.	Diagnósticos de enfermería.....	89
IX.	PLANEACIÓN DE CUIDADOS.....	90
X.	PLAN DE ALTA.....	116
XI.	CONCLUSIONES.....	119
XII.	BIBLIOGRAFÍA.....	120
XIII.	ANEXOS.....	125

## I. INTRODUCCIÓN

El nacimiento es un proceso fisiológico y natural, aunque en los últimos años ha sido muy intervenido y violentado, con prácticas rutinarias, no individualizando las necesidades de cada gestante, provocando en ocasiones malas experiencias, que no quisieran volver a recordar.

La forma actual de conducir el parto incluye maniobras y administración de medicamentos que se han hecho en forma rutinaria desde hace muchos años, sin haber realizado un análisis de sus ventajas y desventajas, muchas de ellas se han hecho a la conveniencia de la comodidad del profesional de salud.

En el trabajo de parto, la mujer se siente muy vulnerable, con ilusiones y miedos; la misión y compromiso del profesional de salud es comprender estas situaciones y tratarla de una manera respetuosa, empática, con suma paciencia, entendiendo su malestar, facilitando que la atención del parto sea lo más natural, en un ambiente seguro, donde ella como protagonista, decida sobre su cuerpo, eliminando cualquier tipo de situaciones estresantes que pudieran interferir con el proceso de parto.

El parto respetado, no requiere de herramientas especializadas o de alta tecnología, sino de saber esperar, paciencia y respeto hacia la madre, dar importancia a la orientación, para una toma de decisión correcta sobre su cuerpo y parto, favoreciendo su autocuidado y esperando el momento indicado del nacimiento.

El apego inmediato, está demostrado que favorece a crear un lazo afectivo entre el binomio madre-hijo, así como el inicio temprano de la lactancia materna, recomendaciones de la OMS.



Este estudio de caso nos demuestra que se puede conducir el parto de manera distinta a lo rutinario, teniendo muy buenos resultados, sin necesidad de tanto intervencionismo.

Afortunadamente estamos en un momento de transición, donde cada vez experimentamos un cambio en el pensamiento, siendo más respetuosos con la persona y el ambiente en el que nos desarrollamos, ejemplo de ello es la Especialista en Enfermería Perinatal que con base en sus conocimientos genera calidad, calidez y seguridad en la atención, así como detección de riesgos, valorando a la mujer de manera holística, favoreciendo en la transformación de la triada materna, a través de un modelo de atención obstétrica, llevado a cabo en la Maternidad Ciudad Mujer atendido por enfermeras, en donde su finalidad entre otras, es brindar atención integral del parto, con un alto sentido humanístico, haciendo que la madre en conjunto con su acompañante y persona recién nacido, vivan una experiencia agradable, creando vínculos a largo plazo, formando una nueva generación de seres humanos.

El presente estudio de caso, se aplica a multigesta en la Maternidad Ciudad Mujer, quien se presenta a las 19:01 horas del día 11 de octubre del 2016, en la consulta de urgencias refiriendo “contracciones”, donde es valorada e ingresa, para vigilancia del trabajo de parto y atención del parto, se utilizó como herramienta un instrumento de valoración perinatal, así como el proceso enfermero, basándonos en la teoría de Dorotea E. Orem.





## II. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Dar a conocer los cuidados específicos de enfermería en la atención obstétrica, bajo el enfoque de parto respetado, tomando en cuenta la individualidad y dignidad de la gestante, utilizando las etapas del proceso enfermero.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Anamnesis completa de la gestante.
- Utilizar la herramienta de valoración perinatal.
- Jerarquizar las intervenciones de enfermería.
- Proporcionar medidas de confort a la gestante durante el trabajo de parto con enfoque del modelo obstétrico de enfermería.
- Identificar problemas reales y/o potenciales con base a las respuestas humanas.
- Identificar requisitos universales alterados en la gestante.

### III. FUNDAMENTACIÓN

#### 3.1 Antecedentes

Por medio del proceso de atención de enfermería basado en la teoría de Dorothea E. Orem, se realiza estudio de caso sobre la Señora Sandra, misma a quien se le aplica la herramienta de valoración perinatal, detectando necesidades, que servirán para formular diagnósticos de enfermería y a su vez, intervenciones, que se verán reflejadas en una atención holística, hechas por la estudiante de la especialidad en Enfermería Perinatal.

Se utilizará información consignada en documentos y publicaciones que presentan algunas evidencias basadas en investigaciones, por lo que la investigación es de tipo documental.

Las fuentes de información han sido: buscadores y bibliotecas web como son Google Académico, Pubmed, CUIDEN, Biblioteca Cochrane Plus, Scielo, Biblioteca de SACyL, Federación de Matronas, La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (BSR) y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad español. Se seleccionaron distintos artículos científicos, estudios, libros, informes, revistas y algunos resúmenes incluyendo textos en español, portugués e inglés, estudiados y revisados en diferentes países, CON PALABRAS CLAVE: de parto humanizado, parto respetado, violencia obstétrica y psicoprofilaxis. En este estudio de caso utilizaremos nos referiremos al parto respetado como PARTO HUMANIZADO.

1. Araos Santa Cruz, en su artículo con el tema PARTO NATURAL HUMANIZADO en 2007 menciona: El nacimiento es considerado como una manifestación natural, el parto humanizado, significa que todas las mujeres tengan la posibilidad de vivir una experiencia enriquecedora, que todas las

decisiones sobre este especial momento, sean de libre elección y que no se les aplique procedimientos basados en medidas rutinarias, en forma indiscriminada.<sup>1</sup>

2. Nicolás Vigueras M D, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L, Arnau Sánchez J, Martínez Roche M. E. en una publicación (2012) con el tema: Los conceptos del parto normal, natural y humanizado expresa sobre el parto, que la humanización comprende por lo menos dos aspectos fundamentales. El primero, respecto a la convicción que es deber de las unidades de salud recibir con dignidad a la mujer, a sus familiares y al recién nacido, es decir, acogerlas y tratarlas como personas. Esto requiere actitud ética y solidaria por parte de los/as profesionales de la salud y la organización de la institución con la finalidad de crear un clima agradable y a instituir rutinas hospitalarias que rompan con el tradicional aislamiento impuesto a la mujer. El otro se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias, que aunque tradicionalmente han sido realizadas, no benefician a la mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrear mayores riesgos para ambos.<sup>2</sup>

3. Pujadas-Ríos X, Oviedo-Rodríguez R, Montero-Torres F, Pineda. J. en la revista Medisur en 2015 con el tema: Humanización del parto en la medicina de excelencia, expresa: Como parto humanizado se entiende, el control del proceso que tiene la mujer, no el equipo de salud y requiere de una actitud respetuosa, cuidadosa, de calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional). El parto

---

<sup>1</sup> Araoz Santa Cruz Rubén. PARTO NATURAL HUMANIZADO SCIENTIFICA [revista en la internet] 2007 sep[citado 2016Nov 25]; 5(5):14-18. Disponible en [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1813-005400700020000a&ing=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-005400700020000a&ing=es)

<sup>2</sup> Nicolás Vigueras M D, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L, ARNAU SÁNCHEZ J, MARTÍNEZ ROCHE M E, Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia.. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana 20127225-247.. Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62323322005>

se debería desarrollar en las mejores condiciones de intimidad, de respeto, de delicadeza, de calma, de libertad para dar a luz en las condiciones que resulten más cómodas a la madre. Se tiene que llegar a amar a nuestras pacientes, tratarlas en forma amable, con un vocabulario adecuado, que respete su dignidad de persona.<sup>3</sup>

4. Iglesias Casás, S., Conde García, M., & González Salgado, S. en 2009 con el tema “Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia” menciona: Para que la humanización del parto sea un hecho y se adopten unas prácticas clínicas en el parto y posparto respetuosas, eficaces y humanas, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios, las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales. La elaboración de una vía clínica del parto en un hospital puede ser una herramienta de calidad que favorezca esta transformación, al disminuir la variabilidad clínica, mejorar la satisfacción de la mujer y su pareja, fomentar la formación y la investigación y favorecer la práctica basada en la evidencia<sup>4</sup>

5. La OMS menciona en el tema de Prevención y erradicación de falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud en 2014 que: Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación

---

<sup>3</sup> Pujadas-Ríos X, Oviedo-Rodríguez R, Montero-Torres F, Pineda. J. Humanización del parto en la medicina de excelencia. **Medisur** [revista en Internet]. 2011 [citado 2016 Nov 25]; 9(5):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1736>

<sup>4</sup> Iglesias Casás, S., Conde García, M., & González Salgado, S. (2009). Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas profesión*, 10(2), 5-11. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/10329/173/parto-y-nacimiento-humanizado-evaluacion-de-una-via-clinica-basada-en-la-evidencia>



de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.<sup>5</sup>

## IV. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1 Conceptualización de la enfermería<sup>6</sup>

Enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina), como un servicio humano amplias, compasivas y de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneje el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano.

La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, sociales y culturales que tienen influencia en la salud y la enfermedad, incluyendo las definiciones de indicadores y resultados de salud.

La Enfermería es a la vez una disciplina y una profesión. Como profesión toma parte en los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida al tratar de resolver los problemas que se interponen o influyen en su logro. Como disciplina es un terreno del conocimiento, un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud. La disciplina de la enfermería ha surgido desde la perspectiva que enfatiza el manejo del cuidado de la salud de los seres humanos de una forma unitaria y procesual, enfocándolo desde el espectro de las respuestas humanas hacia los problemas reales o potenciales de salud (Donalson

---

<sup>5</sup> Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. OMS. 2014. Disponible en :

[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)

<sup>6</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009. 7-12 p.

y Crowley, 1978; Newman, 1983; American Nurses Association, 1985; Woods y Catanzaro, 1988; Rogers, 1994; ANEC, 1996).

#### 4. 2 Paradigma de la enfermería<sup>7</sup>

Para entender la estructura del conocimiento de enfermería es necesario entender la situación de su desarrollo científico en términos del estado paradigmático de la disciplina. La disciplina de la enfermería solo avanzará a través del desarrollo sistemático del conocimiento de enfermería e igualmente por su prueba y verificación.

El paradigma de cualquier disciplina es una declaración o un grupo de declaraciones que identifican los fenómenos relevantes para esa disciplina. Es un elemento transitorio y estratégico para la formación de la teoría. El metaparadigma actúa como una unidad encapsulante, o marco de referencia, del cual se derivan estructuras más específicas y restrictivas (Fawcett, 1984; 1995).

Pero según Kuhn (1962), los paradigmas disciplinares se modifican a medida que la disciplina madura en su evolución teórica, científica o cuando pierden su razón de ser por inoperancia u obsolescencia.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859, estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Nightingale (1969). Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera. En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología

---

<sup>7</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Ciencia de Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México; 2003. 137 p.

específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Las denominaciones utilizadas aquí están inspiradas en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran – Perry (1991) y de Newman (1992). Se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación.

### Paradigma de la categorización<sup>8</sup>

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

#### Orientación a la salud pública.

La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar la enfermedad infecciosa en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada permiten a la persona que sufre movilizar su energía hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla, luego estos factores del entorno son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. Toda información relativa a la mejora de las condiciones sanitarias favorece la salud.

La orientación hacia la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comparativos.

Como resultado del progreso de los conocimientos en salud pública, se ha puesto de manifiesto la necesidad de programas educativos en salud, de prevención de las enfermedades infecciosas y de higiene industrial.

---

<sup>8</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009. 164 p.

## Orientación hacia la enfermedad<sup>9</sup>

Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y la cultura. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores personales o ambientales.

Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas, el déficit o las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia que como habíamos dicho, está muy unido a la de la profesión médica. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir el déficit y ayudar a los incapacitados. La enfermera está muy atareada y ocupada (Meleis, 1991), planifica, organiza, coordinada y evalúa las acciones. La persona está “bajo” sus cuidados y la de los otros profesionales de la salud. Estos profesionales son considerados expertos que poseen “los conocimientos sobre los agentes nocivos a la salud. Se puede decir que no se invita a la persona a participar en los cuidados de sí misma.

Ya que la persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente; empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte. Según esta perspectiva, la persona depende de las condiciones en que se encuentra y trata de controlarlas para promover su salud y bienestar. La salud es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como positiva mientras que la enfermedad es percibida como negativa. En lo que concierne al entorno es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural en general es hostil al ser humano. Dado que es percibido negativamente, debe ser manipulado y controlado.

---

<sup>9</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009.66 p.



Así como los cuidados enfermeros están estrechamente unidos a la práctica médica, se orientan igualmente al control de la enfermedad. Dado que las tasas de mortalidad permanecen elevadas a consecuencia de las principales enfermedades contagiosas de la infancia y de la edad adulta, es ventajoso para la población poder aprovecharse tanto de los cuidados enfermeros adecuados como de las mejoras en la práctica médica. De este modo, una formación más avanzada en los cuidados de enfermería son un medio esencial de controlar la enfermedad (Gortner, 1983).

### Paradigma de la integración<sup>10</sup>

El paradigma de la integración, prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que ese sitúa un fenómeno. Por ejemplo, el contexto en el que se encuentra a una persona, en el momento en que aparece, una influenciará su reacción al agente infeccioso y su respuesta al tratamiento. Múltiples factores son los responsables de esta reacción y, entre ellos, algunos lo son más. El paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Esta evolución social da lugar a una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica.

Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda (Meleis, 1991). Intervenir significa “actuar con” la persona, a fin de responder a sus necesidades.

La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve consejera experta que ayuda a la persona a escoger los

---

<sup>10</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009.69 p.

comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

En la medida que la persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionadas, de ahí la expresión: la persona es una bio-psico-socio-cultural-espiritual. Según esta perspectiva, la persona puede influenciar en factores preponderantes de salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra factores preponderantes de su salud. Busca las mejores condiciones posibles para obtener una salud y bienestar óptimos.

Siempre según esta orientación a la persona, la salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive.

El entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos y negativos y de reacciones de adaptación. La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona. Durante este periodo, las enfermeras también han elaborado modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera.

En resumen, la orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, la necesidad de una formación básica más progresista se impone. Las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir, el cliente y su entorno. La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales.



## Paradigma de la Transformación<sup>11</sup>

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunas presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un pattern único; es una global en interacción recíproca y simultánea como una unidad global más grande, un mundo que la rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental.

Dentro de esta óptica, la persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es indisociable de su universo (Martín, 1984). La persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella. La salud está concebida como una experiencia que engloba la unida ser humano-entorno. La salud no es un bien en que posee, un estado estable o una ausencia de la enfermedad.

Esta orientación de apertura sobre el mundo influye necesariamente en la naturaleza de los cuidados enfermeros. El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver esta persona. La acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Utiliza todo su ser, incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y palpable.

---

<sup>11</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009. 71 p.



Intervenir significa “estar con” la persona. La enfermera y la persona atendida son compañeros en un cuidado individualizado.

La persona es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta. Tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que forman un modelo dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno. La persona reconoce la influencia del entorno sobre ella: la una y el otro generan las situaciones en que se encuentran. La persona evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.

La salud, por su parte, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. También hace la referencia al bienestar y al a realización del potencial de creación de la persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud, va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

El entorno está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella. Efectivamente, la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo. Igual que la persona, el entorno tiene su propio ritmo y se orienta hacia una dirección imprevisible. Las preocupaciones actuales concernientes a las relaciones entre el ser humano y el planeta indican una toma de conciencia de esta constante interacción. El entorno evoluciona a un ritmo cuya orientación, amplitud y velocidad están estrechamente unida a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre dicho entorno y el ser humano.

Resumiendo, después de la década de los años 70, una gran preocupación de las enfermeras por los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado que, por ser invisible, no es menos vital se ha sentir (Brooks y Kleine- Kracht, 1983). Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convicciones (Leininger 1991). Desde esta perspectiva, Rogers (1989)

invita a las enfermeras a hacer investigaciones hacia los cuidados de salud creativos que podrán ser aplicados sobre la tierra e incluso más allá de este planeta.

#### 4.3 Modelo de Dorothea E. Orem <sup>12</sup>

##### Teoría del déficit de autocuidado

Dorothea E. Orem, una de las autoras teóricas de enfermería más destacadas de Norteamérica, nació en Baltimore, Maryland. Su padre trabajaba como obrero de la construcción y era un apasionado de la pesca mientras que su madre, ama de casa, era muy aficionada a la lectura. La menor de dos hermanas, Orem inició su carrera profesional en la Escuela de enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C., donde obtuvo el diploma de enfermería a principios de la década de 1930. Continuó después su formación y consiguió el B.S.N. de The Catholic University of América en 1939 y el M.S. en educación de enfermería por esta misma universidad en 1945. En el desempeño de su profesión, Orem trabajó como enfermera privada y de hospital y ejerció la docencia. Desde 1940 a 1949 fue directora de la escuela de enfermería y del Departamento de Enfermería del Providence Hospital de Detroit. Tras abandonar esta ciudad, pasó siete años (1949-1957) en Indiana, donde trabajó en la división de Servicios hospitalarios e Institucionales del Board of Health del Estado de Indiana. En estos años su meta principal fue siempre mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Fue en esta época cuando perfiló su definición de la práctica de la enfermería.

En 1957 se trasladó a Washington D.C., contratada por el Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar del Office of Education de los Estados Unidos, como asesora de programas de estudios, desde 1958 hasta 1960. Durante su

---

<sup>12</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Modelos conceptuales: grandes teorías. Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. 189-190 p.

permanencia en este departamento trabajó en un proyecto para mejorar la formación en enfermería práctica, lo que la indujo a plantearse cuál era verdaderamente el ámbito de interés de esta disciplina. Su respuesta a esta pregunta está en su manual *Guidelines for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*, publicada en 1959.

En este mismo año, Orem se convirtió en profesora adjunta de enfermería en The Catholic University of America. Más tarde ejerció como decana en funciones de la Escuela de Enfermería de esta universidad y como profesora asociada de educación de enfermería. Durante su estancia en The Catholic University siguió depurando sus conceptos de enfermería y autocuidado. Allí escribió “The Hope of Nursing” (1962), publicado en el *Journal of Nursing Education*. En 1970 abandonó The Catholic University y fundó su propia empresa de consultoría, llamada Orem and Shields, Inc., con sede en Chevy Chase, Maryland.

El primer gran libro de Orem, publicado en 1971, fue *Nursing: Concepts of Practice*, seguido de *Concept Formalization in Nursing: Process and Product* (1972). En 1976, la Universidad de Georgetown homenajeó a esta autora otorgándole el título honorífico de doctora en ciencias. En 1979 se publicó en la revista de alumnos de la Escuela de Enfermería del Johns Hopkins su artículo “Levels of Nursing Theory de The Catholic University of America.

Entre otras distinciones que se le han otorgado cabe reseñar los títulos honoríficos de doctora en letras de la Universidad de Illionois Wesleyan, en 1988; el premio Linda Richard, concedido por la National League for Nursing en 1991; y el nombramiento como miembro honorario de la American Academy of Nursing en 1992. De su obra *Nursing: Concepts of Practice* se publicaron nuevas ediciones en 1984 y, desde entonces, reside en Savannah, Georgia, dedicándose a leer y viajar y, de forma ocasional, a ofrecer su colaboración como asesora y conferenciante para explicar sus teorías en reuniones de enfermería. A lo largo de su carrera ha

trabajado en solitario y en colaboración con otros colegas para el desarrollo conceptual de la llamada teoría del déficit del autocuidado en enfermería.

En la actualidad, se dedica a impartir conferencias y a redactar artículos sobre diversos elementos conceptuales de su teoría. También sigue contribuyendo al trabajo se sus colegas a través de debates sobre la estructura de esta teoría y su aplicación en el campo de la enfermería.

### Naturaleza del autocuidado<sup>13</sup>

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia a mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo, si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.

Como parte central del concepto de autocuidado está la idea de que el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. Las personas no pueden dedicar mucho tiempo a pensar sobre las acciones específicas que emprenden

---

<sup>13</sup>Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009. 238-239 p.

para mantener su salud o su desarrollo natural; la vida diaria puede convertirse en un proceso automático.

El autocuidado, sin embargo, no debería considerarse como un conjunto de acciones rutinarias que los individuos realizan sin pensar o tomar decisiones: de hecho se trata de lo contrario, ya que el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiada. En este sentido, el autocuidado es la práctica, después de haberla considerado, de las actividades que mantendrán la vida y la salud, y también promoverán el bienestar.

Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden, y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura.

#### Requisitos de autocuidado<sup>14</sup>

Esenciales en el modelo de Orem son los llamados requisitos de autocuidado. No sólo son un componente principal del modelo, sino que también constituyen una parte importante de la valoración del paciente ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo o entorno ambiental de un individuo. Estas actividades son las llamadas requisitos de autocuidado universal. El término “requisito” se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, hay dos tipos más de requisitos de autocuidado, los de desarrollo y los de desviación de la salud que se comentarán posteriormente.

---

<sup>14</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009. 240 p.



## Requisitos de autocuidado universal

Los ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos nos incluyen:

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 la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano. El mantenimiento de aire, agua y alimentos suficientes, y la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales. Los problemas que ocurren en estas áreas podrían conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida. El equilibrio entre la actividad y el reposo es importante para evitar problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivos. La interacción social es importante para la socialización de los individuos en su cultura, así como para proporcionar la oportunidad de intercambiar ideas y opiniones. La interacción social también proporciona el calor y la proximidad esenciales para el desarrollo humano normal.

La interacción social tiene asimismo una importancia práctica, puesto que pueden requerirse habilidades sociales para obtener los materiales necesarios para la

vida, incluyendo alimentos. La soledad requiere igualmente una importante consideración, ya que proporciona a los individuos la oportunidad de reflexionar y pensar sobre su existencia y la de otros, así como su entorno que les rodea.

La prevención de peligros para la vida es esencial si el individuo tiene que sobrevivir, al tiempo que es un prerrequisito para el desarrollo humano. Parte del desarrollo humano necesita que el individuo aprenda que situaciones son potencialmente peligrosas, y que sea capaz de apartarse de tales entornos. Finalmente, hay una tendencia humana a ser normal. Deriva de características genéticas y culturales, así como de las limitaciones humanas conocidas. La normalidad como la denomina Orem a esta tendencia, implica que el individuo tenga un autoconcepto realista, y sea capaz de cultivar su propio desarrollo. Adicionalmente puede referirse al hecho de que un individuo es aceptado en un grupo semejante o en la sociedad en general. Realizar acciones para mantener la salud se considera parte de la normalidad, al igual que identificar y prestar atención, cuando sea posible, a los cambios en la salud. Este requisito requiere que un individuo busque y realice la acción apropiada cuando aparecen problemas de salud, emocionales o de otra índole.

Estos requisitos de autocuidado universal son tareas esenciales que un individuo debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo, sin embargo, estos ocho requisitos no deberían considerarse aisladamente, ya que interactúan entre sí.

#### Demandas de autocuidado<sup>15</sup>

El autocuidado para los individuos sanos, puede contemplarse en términos de equilibrio de varios factores. Por una parte, existe la necesidad de cuidar de uno mismo, deben satisfacerse los requisitos de autocuidado universal. Por otra parte, el individuo debe tener la capacidad de satisfacer o cubrir las demandas de autocuidado que se hacen al individuo: un individuo debe cubrir activamente estas

---

<sup>15</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009.248 p.

demandas mediante el empleo de habilidades que ha aprendido y que tiene en contexto cultural apropiado. Esta idea de equilibrio entre las demandas y las actividades, es central en el modelo de Orem, no sólo a nivel conceptual, sino también en términos del cuidado práctico de los pacientes.

#### Requisitos de autocuidado del desarrollo <sup>16</sup>

Además de los requisitos de autocuidado universal, esenciales para todas las personas en todas las etapas del desarrollo, Orem ha identificado un segundo tipo de requisitos, hallados en especiales circunstancias, asociados con el desarrollo humano. Estos requisitos de autocuidado del desarrollo se clasifican principalmente en dos.

#### Etapas específicas de desarrollo<sup>17</sup>

Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promueven el desarrollo. Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo, en tales etapas debe prestarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesario para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

1. La vida intrauterina y nacimiento
2. Vida neonatal, ya sea un parto o término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
3. Lactancia
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.

---

<sup>16</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. 241 p.

<sup>17</sup> *Ibidem*. 242 p.

5. Etapas de desarrollo de la edad adulta
6. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Orem argumenta que en cada una de esas etapas de desarrollo considerarse los requisitos de autocuidado universal, pero también puede haber demandas específicas de salud a causa de nivel prevalente de desarrollo del individuo.

Condiciones que afectan el desarrollo humano<sup>18</sup>

El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Este requisito de autocuidado del desarrollo tiene dos subtipos:

El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas, también se preocupa por el peligro para la vida y el desarrollo de los materiales tóxicos que se encuentran en el entorno.

El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición o acontecimientos vital particular. La consideración clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano.

Las condiciones relevantes incluyen:

1. Derivación educacional.
2. Problemas de adaptación social.
3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
4. Pérdida de posesiones o del trabajo.
5. Cambio súbito en las condiciones de vida.

---

<sup>18</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009. 243 p.

6. Cambio de posición, ya sea social o económica.
7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
8. Enfermedad terminal o muerte esperada.
9. Peligros ambientales.

Estos constituyen una amplia de eventos identificados por Orem como importantes para los procesos naturales de desarrollo de un individuo. Estar sujeto a una de estas condiciones o a una combinación de ellas podría representar una demanda creciente para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de autocuidado.

Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud<sup>19</sup>

En el modelo de Orem hay un nuevo grupo de requisitos de autocuidado: los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud. Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Bajo estas circunstancias, el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidado a la salud:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe que producen patología humana o están asociadas a ésta.
2. Ser consciente de los efectos y resultado de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.

---

<sup>19</sup>Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009.243 p.

3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación médicamente prescrita, dirigida a la prevención de tipos específicos de patología, a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades.
4. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo, y atender a dichos efectos regularlos.
5. Modificación del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose a uno mismo como ser con estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueve el desarrollo personal continuado.

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud. Se espera que la persona cumpla entonces con cualquier intervención terapéutica legítima que se le ofrezca. Orem reconoce que la alteración del propio autoconcepto puede ser una importante de sentirse mal, y que es esencial para adaptarse a los cambios provocados por la enfermedad o lesión.

Cuidados preventivos de salud.<sup>20</sup>

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo. La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención

---

<sup>20</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009. 244 p.

primaria. La prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o la incapacidad prolongada; mientras que la prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad. Estos conceptos están en consonancia con el creciente interés que la enfermería manifiesta por la salud en vez de hacerlos por la enfermedad.

Visión general de los requerimientos de autocuidado.

Desde una perspectiva general, los individuos capaces de hacerse cargo de su propio autocuidado pueden:

1. Apoyar los procesos vitales físicos, psicológicos y sociales esenciales.
2. Mantener la estructura y funcionamiento humano
3. Desarrollar plenamente su potencial humano
4. Prevenir las lesiones o enfermedades
5. Curar o regular la enfermedad (con la ayuda apropiada)
6. Curar o regular los efectos de la enfermedad ( con la ayuda apropiada).

Déficit de autocuidado<sup>21</sup>

Aparte la necesidad diaria y natural de sobrevivir, desde muchos puntos pueden producirse demandas adicionales sobre la capacidad de un individuo para cuidar de sí mismo. La enfermedad reciente o crónica o la experimentación de un trauma emocional pueden requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de sí misma o solicitar ayuda de otros. Los individuos pueden tener diversas capacidades de responder a las demandas que se les hacen para realizar las

---

<sup>21</sup>Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009. 245 p.

actividades de autocuidado. Es probable que las personas sanas, que controlan su vida sin sufrir enfermedades o sin la ayuda de otros, satisfagan todas sus necesidades diarias de autocuidado. Las personas que tienen una enfermedad o patología, que han experimentado un trauma emocional o que no han aprendido o desarrollado suficientemente las capacidades de autocuidado pueden tener solo una capacidad limitada para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

Los seres humanos tienen una gran capacidad de adaptarse a los cambios que producen en sí mismo o en su entorno. La capacidad del individuo sano para buscar información, hacer juicios sobre su salud y realizar las acciones adecuadas puede indicar que está abordando satisfactoriamente el cuidado de sí mismo.

El déficit de autocuidado es una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos. El déficit debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen; en sí mismo no es trastorno, aunque el individuo también puede tener problemas físicos o psicológicos.

#### Demanda de autocuidado terapéutico<sup>22</sup>

La demanda de autocuidado terapéutico es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos. La demanda de autocuidado terapéutico puede verse como el resumen de la relación entre los requisitos de autocuidado que se sabe que existen para un paciente y lo que puede o debería hacerse para satisfacerlos. La formulación de la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo es, por lo tanto, una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

---

<sup>22</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009. 248 p.



### Agencia de autocuidado<sup>23</sup>

Orem usa la palabra “agente” para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado recibe el nombre de agencia de autocuidado.

En la persona media, sana y ocupada en la realización de sus propias actividades de autocuidado, la agencia de autocuidado existe en forma desarrollada o en proceso de desarrollo. Se considera que los individuos que saben cómo satisfacer sus propias necesidades de salud tiene una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros casos, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños cuando se les está enseñando el control esfinteriano y una comprensión creciente del proceso de eliminación; y su aprendizaje tiene lugar dentro de límites culturales bien definidos. En tercer lugar, los individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que, sin embargo, no funcione.

### Agencia de autocuidado dependiente.<sup>24</sup>

Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería. Este concepto se denomina agencia de cuidado independiente. Orem describe al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado como agente de cuidado dependiente; en las situaciones en que la enfermera proporciona cuidados, usa la agencia de enfermería.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte-educación.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009. P.c. 248

<sup>24</sup> Ibidem.249 pag.

<sup>25</sup> Ibid. P.c. 257-260

**Totalmente compensatorio.** Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ello hasta el momento en que el paciente puede reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido adaptarse a cualquier incapacidad.

**Parcialmente compensatorio.** Este tipo de sistema de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

**De apoyo/educación.** Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlos. Generalmente el papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

#### *4.4 Proceso de Enfermería<sup>26</sup>*

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, también es conocido como Proceso de Enfermería (PE) o Proceso de Cuidados de Enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes

---

<sup>26</sup> [www.hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html](http://www.hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html)



cuando por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y algunos autores más.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya en la puesta en práctica las etapas se superponen.

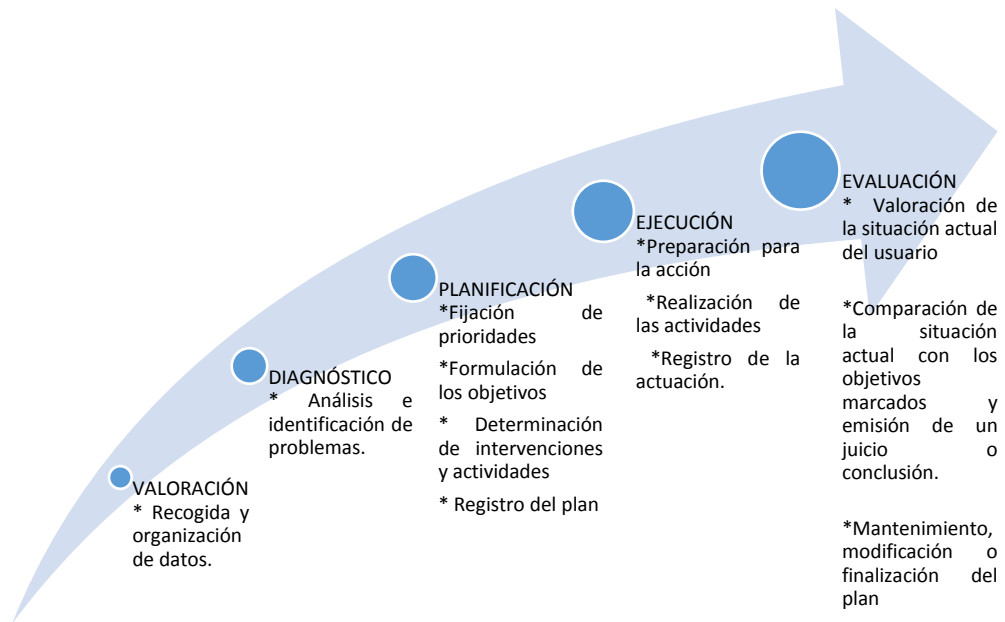
#### CARACTERÍSTICAS DEL PAE<sup>27</sup>

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para lograr su objetivo.
- Es dinámico: responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establece entre la enfermera y el paciente.
- Es flexible: Se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier lugar o área de especialización que se ocupe de individuos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: sustentada en una amplia variedad de conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y es aplicable a cualquier modelo teórico de enfermería.

---

<sup>27</sup> [www.hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html](http://www.hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html)

## FASES O ETAPAS DEL PAE<sup>28</sup>



**Valoración:** Es la primera fase del Proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. La valoración consiste en recolectar y organizar los datos con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas.

Los datos los podemos obtener de dos fuentes:

**Fuentes primarias:** observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.

**Fuentes secundarias:** expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

**La entrevista** es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria.

<sup>28</sup>[www.hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html](http://www.hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html)

Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.

Objetivos de la entrevista.

Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico.

- Facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo.
- Permite el paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos.
- Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

**Diagnóstico de Enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Los diagnósticos de Enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias.

El propósito de esta fase es identificar los problemas de Enfermería del paciente. Los diagnósticos de Enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficit de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera, aunque es necesario tener en cuenta que la enfermera sea el profesional de referencia en un diagnóstico de enfermería, no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de la salud en el proceso.

Existen 3 tipos de diagnósticos de Enfermería:

- Reales
- Potenciales
- Bienestar

Desde finales de la década de 1970 los diagnósticos se organizan en nueve patrones de Respuesta Humana que reflejan la interacción de las personas y su entorno. El diagnóstico de enfermería real se compone de tres partes que son el problema, el facto relacionado o la causa del mismo y los datos objetivos y subjetivos que indican su presencia. Gordon fue quien definió los componentes del Diagnóstico de enfermería como “síndrome PES”, siendo acrónimo del *problema, la etiología y las señales o síntomas*.

El diagnóstico de riesgo “describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse a un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables”, por lo que tan solo está constituido por las dos primeras partes del diagnóstico real, esto es el problema y el factor de riesgo causal. Las características definitorias que conforman la tercera parte no son identificables al estar ausentes en el momento en el que se formula el diagnóstico. Por su parte los diagnósticos de salud o bienestar son un juicio real que se emite en una situación de salud, pero que podrías alcanzar un nivel mayor. Según los expertos en esta materia, el Diagnóstico de enfermería presenta beneficios de naturaleza científica, al promover la investigación y el desarrollo teórico, y de naturaleza práctica.<sup>29</sup>

**Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud. La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en

---

<sup>29</sup> Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. El método de Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009. 152 p.

el diagnóstico de Enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Consta de cuatro etapas:

- \* Establecimiento de prioridades.
- \* Elaboración de objetivos
- \* Desarrollo de intervenciones de enfermería.
- \* Documentación del plan.

El Plan de Cuidados de Enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.

Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:  
Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

Estandarizado: Según Mayers, “es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

**Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los Cuidados de Enfermería.

**Evaluación:** Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. El propósito de esta etapa es evaluar el



progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de Enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello.

En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez.

Es parte de esta etapa el que se deba establecer metas mensurables, el fallo al establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.<sup>30</sup>

## V. MARCO TEÓRICO

### 5.1 Modelo de atención de enfermería obstétrica<sup>31</sup>

El modelo de atención obstétrica en enfermería tiene como características principales la atención centralizada en la mujer gestante y su familia; los tres marcos que le sirven de sustento son: la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, el marco disciplinar de enfermería y el enfoque de riesgo. Todo esto con la utilización adecuada de los recursos institucionales y de la comunidad.

El modelo de atención de enfermería obstétrica busca alcanzar la calidad de la atención al incorporar como puntos esenciales del mismo, el respeto a los valores de los pacientes y lograr los mayores beneficios con los menores riesgos.

Para alcanzar la calidad de la atención se deben cubrir las dos dimensiones de ésta, la primera es la calidad interpersonal, la cual se traduce en las acciones plasmadas en las competencias de carácter profesional definidas en el perfil profesional para este modelo. La visión holística con la que se precisan actividades como la atención prenatal atendiendo a sus necesidades físicas,

---

<sup>30</sup> [www.hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html](http://www.hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html)

<sup>31</sup> Modelo de atención de enfermería obstétrica. Subsecretaría de Innovación y calidad. Secretaría de Salud





emocionales y espirituales, es sólo un ejemplo de cómo se concretiza este respeto por la dignidad de la persona.

La segunda es la calidad técnica, la cual se evidencia cuando se describen las competencias para las cuales se requiere del conocimiento teórico y de las aptitudes para utilizar el juicio crítico en la aplicación de técnicas que garanticen un alto nivel de seguridad para el binomio madre-hijo.

Es de interés particular en la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud, la satisfacción que los profesionales logren con la prestación de sus servicios, por ello este modelo se vislumbra como una oportunidad para que el personal de enfermería se realice personal y profesionalmente y porque en su momento se reconozca su contribución en la reducción sustancial de la heterogeneidad en el nivel de calidad de los servicios otorgados.

La enfermera obstetra cuenta con una formación profesional que le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad nacional y los problemas de salud reproductiva para definir su participación en el desarrollo de estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud. Así mismo, está preparada para diseñar o implementar los métodos para lograr una comunicación efectiva, con los usuarios de sus servicios y con los grupos de trabajo multiprofesional e interprofesionales

El enfoque de riesgo reproductivo implica la aplicación de técnicas y procedimientos que permiten identificar las situaciones que pudieran significar una anomalía en el ciclo gestacional.

El riesgo, desde el punto de vista de la atención obstétrica, es la probabilidad de presentar complicaciones, tanto en la madre como en el producto.

La calificación del riesgo, determinada con base en la suma de probabilidades de complicaciones y como herramienta para la asistencia sanitaria considera como punto de partida que:

- Las mujeres con ciertas características enfrentan una probabilidad de muerte materna y/o fetal mayor que otras.
- La identificación de estas características puede prevenir la muerte, y esto permite concentrar la atención y los recursos en aquellas mujeres que más los necesitan.

En la atención obstétrica se ha hecho necesario un sistema de clasificación que permita distinguir a las mujeres con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones que ocasionan tanto muertes maternas como fetales.

Las enfermeras obstetras como parte del equipo del servicio de salud, conocen y aplican el sistema de evaluación de riesgo de un modo efectivo. Con los resultados que se obtienen de esta valoración, se establece un plan de cuidados ya sea para la vigilancia del estado de la salud y prevención de complicaciones o para la referencia a servicios especializados.

La enfermera obstetra es el profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles.

Para cumplir efectivamente con su misión la enfermera obstetra cuenta con conocimientos y aptitudes que se traducen en competencias y acciones derivadas de ellas.

Estas competencias se dividen en específicas y generales; las primeras están dirigidas a la atención prenatal, del trabajo de parto y parto, del puerperio y del recién nacido; así mismo, se incluyen las competencias para la atención de

urgencias obstétricas y neonatales. Dentro de las competencias generales se encuentran las de comunicación, interculturalidad y administrativa.<sup>32</sup>

## 5.2 DEFINICIONES<sup>33</sup>

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos.

Se divide en tres periodos:

- Dilatación (primer periodo)
- Expulsión (segundo periodo)
- Alumbramiento o tercer período (NOM-007-1993,- Manual de atención para el embarazo saludable, 2001, GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Primer periodo del trabajo de parto: comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales, se divide en fase latente y fase activa (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Fase latente: es el período en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta de 4 cm y que, en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas 12 horas (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, GPC NICE, 2007).

Fase activa: contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 cm. En pacientes nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas. (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, NICE, 2007). Segundo periodo del trabajo de parto (expulsión): comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos , máximo 2 horas con analgesia y de 60 minutos en

---

<sup>32</sup> Modelo de atención de enfermería obstétrica. Subsecretaría de Innovación y calidad. Secretaría de Salud

<sup>33</sup> Vigilancia y Manejo del TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO. Guía de Práctica Clínica. Actualización 2014

multíparas sin analgesia obstétrica y de 2 horas si tiene analgesia (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Tercer periodo del trabajo de parto (alumbramiento): período comprendido desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas; tiene una duración promedio de 30 minutos (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

### 5.3 Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento <sup>34</sup>

#### Declaración de fortaleza de 1985

En abril, la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto la conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, economistas, administradores sanitarias y madres. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de las siguientes recomendaciones. La OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada.

El nacimiento es un proceso natural, pero incluso los “embarazos de bajo riesgo” pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener

---

<sup>34</sup> Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985 Organización Mundial de la Salud Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM Disponible:[http://www.unizar.es/med\\_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf)

el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

### Recomendaciones generales<sup>35</sup>

Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado. Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto. Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera. Se debe de animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuando necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.

El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención. Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo. La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.

---

<sup>35</sup> Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985 Organización Mundial de la Salud Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM Disponible:[http://www.unizar.es/med\\_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf)



El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.

La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.

#### Recomendaciones específicas<sup>36</sup>

Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional. Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.

Debe recomendarse la lactancia materna, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia. La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica. No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del

---

<sup>36</sup> Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985 Organización Mundial de la Salud Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM Disponible:[http://www.unizar.es/med\\_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf)

embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos. Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo. No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto. No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo. Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía. La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 % de inducciones. Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación). No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina. Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

Aportaciones de la fisiología para entender la sexualidad como un todo<sup>37</sup>

El estudio de la fisiología nos ha permitido comprobar que la sexualidad es un todo, pues son las mismas hormonas las que están implicadas en los diferentes momentos de la sexualidad, durante las relaciones sexuales, el parto y la lactancia. La interferencia en una parte del proceso global de la sexualidad afecta a la totalidad. Todas estas hormonas que intervienen en la sexualidad se originan

---

<sup>37</sup> Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985 Organización Mundial de la Salud Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM Disponible:[http://www.unizar.es/med\\_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf)

en el cerebro, a nivel del hipotálamo y la hipófisis, en el llamado cerebro primitivo que es el que compartimos con los mamíferos.

Gracias a la fisiología algunas mujeres se pueden dar permiso para contar que durante el nacimiento de sus hijos han estado en otro lugar, en otro universo fuera del tiempo ordinario, con una energía desbordante y que el brillo de los ojos de su bebé nada más nacer es el brillo más intenso que jamás han visto.

### ENTORNO FAVORABLE PARA EL PARTO<sup>38</sup>

Según las Recomendaciones específicas de la OMS sobre el nacimiento del año 1985: “Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.”.

Michel Odent establece una analogía entre el sueño y el parto y dice que la madre necesita durante el parto, silencio, calor, seguridad y no sentirse observada.

LA INTIMIDAD es una necesidad en el parto de los mamíferos tanto para dormir como para el parto se precisa una reducción del neocórtex, lo que facilita el sueño, facilita el parto, es difícil dormirse si nos están haciendo preguntas. Durante el parto la madre se encuentra en “otro mundo” y no es capaz ni de recordar su número de teléfono, pues se encuentra reducida la actividad del neocórtex. El aspecto más importante de la fisiología del parto en el plano práctico es la reducción de la actividad del neocórtex.

LA LUZ SUAVE o la ausencia de luz favorecen el sueño y el parto.

LA PRIVACIDAD es una necesidad básica durante el parto. La tendencia a negar esa privacidad es realmente cultural. Los estudios sistemáticos han confirmado

---

<sup>38</sup> María Jesús Blázquez. Curso de Medicina Naturista Zaragoza - 13- diciembre 2003. Disponible en: [http://www.unizar.es/med\\_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf)



que el hecho de sentirse observado es una situación que estimula el neocórtex y se alarga el parto.

EL CALOR, durante el parto favorece el calor, pues con el frío se libera adrenalina que es una hormona antagónica de la oxitocina. En aquellas sociedades en las que las mujeres tienen la costumbre de aislarse para parir, el parto tiene fama de vivirse con facilidad, como describe Wulf Schiefenhovel de los Eipos, tribu de Nueva Guinea, a los que filmó con teleobjetivo en diferentes momentos del parto, la madre se aísla entre matorrales para el parto, de igual forma se da entre los Tukomanos a orillas del mar Caspio, o en las tribus indias de Canadá. Los mamíferos que no tienen la influencia del neocórtex como los humanos, consiguen trabajar con el cerebro primitivo que es el que facilita el parto. La científica americana Niles Newton, estudió en ratones, los efectos nocivos del entorno en el momento del parto, y encontró como factores inhibidores del parto, cambiar a la hembra de lugar llevándole a un lugar desconocido, colocarla en una jaula transparente que impida su intimidad. Niles Newton afirma que el arte de la matrona es el de no interferir. La figura de la matrona es una figura materna que da seguridad y confianza, que no juzga.

La matrona tiene un papel de protectora y al igual que los niños necesitan la presencia de la madre para conciliar el sueño, la mujer de parto necesita la figura de la matrona o de la figura de la madre como prototipo de alguien con quien pueda sentirse segura, de esta forma se reduce la actividad del intelecto y el cerebro primitivo trabaja libremente. En algunas especies de mamíferos existen las matronas o hembras auxiliares del parto.

Se ha comprobado su existencia en elefantes, bisontes, delfines, morsas, en algunas especies de monos.

## EL RESPETO A LA FISIOLÓGÍA DURANTE EL PARTO Y EL RESPETO A LA NATURALEZA<sup>39</sup>

Odent en su libro el “Bebé es un mamífero” cuenta que los Kng San y los Efe Pigmeos (Selva Ituri del Zaire), estudiados poco antes de su desaparición, tenían una estrategia de supervivencia que consistía en vivir en armonía con el medio y con el ecosistema; este grupo tenía un instinto ecológico bien enraizado y en particular un profundo respeto por los árboles. Según Jean Pierre Hallet, ellos no tenían creencias y rituales que pudieran perturbar el parto y el primer contacto entre la madre y el recién nacido.

Según M.Odent, en aquellos grupos humanos donde la estrategia de supervivencia no era dominar la Naturaleza ni a otros grupos humanos, no eran perturbados los procesos fisiológicos. Sin embargo cuanto mayor es la necesidad de desarrollar las capacidades agresivas en una sociedad dada, más agresivos son los rituales y las creencias en el periodo cercano al nacimiento. Vandana Shiva ha puesto la voz de alarma ante la biotecnología que pretende controlar y patentar semillas y la tecnología en el embarazo y el parto que transforman a la mujer en recipiente, rompiendo el vínculo orgánico entre la madre y el hijo.

### IMPORTANCIA DEL PRIMER CONTACTO ENTRE LA MADRE Y SU BEBÉ

La OMS recomienda desde el año 1985: El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos. En todos los mamíferos, tras el parto la hembra lame, huele y acaricia al recién nacido y éste busca instintivamente los pezones para mamar. El primer contacto entre la madre y su cría es inmediata en los mamíferos, y en los domésticos (vacas, caballos,

---

<sup>39</sup> María Jesús Blázquez. Curso de Medicina Naturista. Zaragoza - 13- diciembre 2003 Disponible en: [http://www.unizar.es/med\\_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf)

ovejas.) precisan del primer contacto para ser aceptados y amamantados por su madre. Los veterinarios hablan de la importancia del encalostramiento precoz y del inicio de la lactancia para conseguir mantener la misma y para no ser rechazada la cría por la madre.

El contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre favorece el vínculo afectivo entre ambos. El primer contacto piel con piel entre la madre y su recién nacido, el intercambio de miradas y el hechizo entre ambos es el inicio del vínculo afectivo que mantendrá unida a la madre con su hijo.

El entorno en estos momentos de inicio debe ser de silencio y sin interferencias para que madre y bebé puedan vivir plenamente el nacimiento del amor. El alumbramiento de la placenta se realiza sin una pérdida de sangre exagerada si no se perturba el encuentro madre hijo que en el espacio de la primera hora habrá encontrado por sí mismo el pecho de la madre y comenzará a mamar sin dificultad para la succión, pues el estado de alerta del bebé es máximo en esa primera hora de vida en el momento del primer contacto entre la madre y su bebé se alcanzan los niveles máximos de oxitocina, de endorfinas y de prolactina que facilitan en la madre la atención máxima afectiva hacia el bebé, la expulsión de la placenta y el comienzo de la lactancia. El inicio precoz de la lactancia influye en la duración de la misma y en la posición correcta de succión. Según demuestran numerosos estudios realizados en los últimos 20 años.

#### RECOMENDACIONES DE LA OMS (1989)

En la Declaración Conjunta de OMS-UNICEF para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna (1989), se recomienda lo siguiente respecto al momento inmediato tras el parto:

Atención a la madre durante el parto e inmediatamente después<sup>40</sup>

Muchas de las maniobras que habitualmente constituyen la atención al parto perinatal, que con frecuencia se caracterizan por adoptar medios “quirúrgicos” y “asépticos, se implantaron originalmente para evitar infecciones perinatales o para facilitar el trabajo de los médicos y demás personal sanitario. Aun cuando no todas esas maniobras perturban la relación madre-hijo, con frecuencia sus efectos son negativos sobre la lactancia.

La experiencia de la mujer durante el parto influye sobre su motivación con respecto a la lactancia y la facilidad con que pueda iniciarla. La sensibilidad y disponibilidad del personal de salud, inclusive el respeto que éste tenga hacia la dignidad e intimidad de la mujer, contribuirán a que ésta se encuentre cómoda y a gusto. Para reducir al mínimo las molestias de parto debe permitirse que la mujer se mueva, adopte las posturas que le resulten más cómodas y tenga a alguna persona querida o de confianza que le dé compañía y apoyo. Con estas sencillas medidas se puede reducir la duración del parto y la necesidad de oxitocina, de intervenciones quirúrgicas y de sedantes, mejorando al mismo tiempo las perspectivas de una buena lactancia natural.

Se evaluará con el máximo cuidado la necesidad de administrar sedantes, analgésicos y anestésicos. Aun cuando es importante reducir las molestias físicas a la mujer, la utilización indiscriminada o excesiva de estos medicamentos puede reducir la capacidad de ésta para parir normalmente, provocar somnolencia, evitar que establezca un contacto íntimo con su hijo inmediatamente después del parto y reducir la capacidad de succión del recién nacido. Es preciso que se haga todo lo posible para evitar la administración de todo medicamento, hormonas inclusive,

---

<sup>40</sup> Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985 Organización Mundial de la Salud Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM Disponible:[http://www.unizar.es/med\\_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf)

que puede interferir directamente con la iniciación y establecimiento de la lactancia.

Los reflejos de búsqueda y succión en el recién nacido son especialmente intensos inmediatamente después de un parto normal, momento en que normalmente la madre está deseando tocar y ver a su hijo. En esos momentos será beneficioso favorecer el contacto directo piel con piel entre la madre y el niño y permitir que éste succione el pecho de la madre, con lo cual se contribuirá a reforzar el vínculo inicial madre-hijo y se estimulará la secreción láctea. Además los movimientos de succión del niño estimularán la liberación de oxitocina, que facilitará la expulsión de la placenta y las contracciones uterinas de la tercera fase del parto.

La necesidad de reposo de la mujer que acaba de parir se puede satisfacer más adelante: en realidad, facilitará el reposo un íntimo contacto con su hijo durante la primera media hora aproximadamente. Por consiguiente se debe limpiar y secar al recién nacido (no es necesario bañarle) y ponerlo sobre el abdomen de la madre para que ésta lo tome y lo lleve hacia su pecho.

La aplicación habitual de un colirio de nitrato de plata o de antibiótico para prevenir la conjuntivitis se puede aplazar por unos 15 minutos para no obstaculizar el contacto visual mutuo entre la madre y el hijo. El niño debe permanecer cerca de la madre mientras se encuentre en la sala de partos.

Es evidente que todas las maniobras no son posibles en caso de cesárea o de otras intervenciones quirúrgicas importantes. Ello no obstante, debe mantenerse el principio de permitir lo antes posible el contacto estrecho entre la madre y el hijo.

## POSICIÓN FISIOLÓGICA DURANTE EL PARTO<sup>41</sup>

La OMS recomienda desde 1985: No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo. Los profesionales con experiencia en parto en casa han podido observar cuales son las posiciones utilizadas con mayor frecuencia en el parto. Cuando las mujeres no se sienten observadas o guiadas y pueden elegir libremente muchas se ponen a cuatro patas, otras de rodillas, o se apoyan en algo mientras que se inclinan hacia delante. En mujeres de origen cultural muy diferente existen puntos comunes en su comportamiento. Según Odent, con la posición hacia delante se disminuye la sensación dolorosa en la espalda y se facilita la rotación del bebé dentro de la pelvis. Además la posición hacia delante garantiza que los vasos sanguíneos más importantes-la vena cava y la aorta- no se compriman entre el peso del bebé en el útero y la columna vertebral de la madre. El riesgo del sufrimiento fetal está considerablemente reducido. La posición inclinada hacia delante o a cuatro patas favorece un mayor aislamiento del mundo exterior, “en otro planeta” y por tanto reduce la actividad del neocórtex y favorece la liberación de las hormonas necesarias para las contracciones uterinas eficaces.

## LA EPISIOTOMÍA<sup>42</sup>

La OMS recomienda desde 1985: Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía. La OMS recomienda desde 1989 (Recomendaciones de la OMS para la promoción

---

<sup>41</sup> Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985 Organización Mundial de la Salud Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM Disponible:[http://www.unizar.es/med\\_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf)

María Jesús Blázquez. Curso de Medicina Naturista Zaragoza - 13- diciembre 2003

<sup>42</sup> ibidem



protección y apoyo a la lactancia materna. Declaración Conjunta OMS-UNICEF 1989) Durante el parto se evitarán la ansiedad y los dolores inútiles (no se hará la episiotomía si no es indispensable) Todo ello ejerce acciones negativas sobre la liberación y secreción de prolactina.

## RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE LA MONITORIZACIÓN FETAL

La OMS recomienda desde 1985: No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos. Se recomienda controlar la frecuencia cardiaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo. Según M. Odent: Todos los resultados de los estudios sobre la grabación continua del ritmo del corazón del bebé durante el parto a través del monitoreo, confirman que el único efecto constante y significativo sobre las estadísticas del método electrónico, es el aumento de la tasa de cesáreas, en comparación con la escucha del bebé de tanto en tanto.

Cuando la mujer durante el parto sabe que sus funciones corporales están siendo observadas en forma continua, su neocórtex está estimulado y esta estimulación puede alargar el parto, o transformarlo en un parto difícil y peligroso, por lo cual se hace necesaria una cesárea.

## RECOMIENDACIONES DE LA OMS SOBRE LA CESÁREA<sup>43</sup>

La OMS recomienda desde 1985: Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %. No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.

## RELACAHUPAN AMÉRICA LATINA

La Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) es un conjunto de redes nacionales, agrupaciones y personas que propone mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer.

Se formó luego del Congreso “Humanización del Parto y el Nacimiento” en Ceará, Brasil, en noviembre del año 2000.

A partir de esa fecha se fueron sumando más personas de diversos países que no habían podido asistir al congreso y que son gente activa por los mismos objetivos de la Red.<sup>44</sup>

“el parto y el nacimiento son el principio y el punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituye una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se

---

<sup>43</sup> Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985 Organización Mundial de la Salud Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM Disponible:[http://www.unizar.es/med\\_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf)

María Jesús Blázquez. Curso de Medicina Naturista Zaragoza - 13- diciembre 2003

<sup>44</sup> PARTO HUMANIZADO. RELACAHUPAN-URUGUAY. Partera Elvira Lutz .Ps Sandra Misol 2006-2007





proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras”.<sup>45</sup>

## CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA.<sup>46</sup>

El movimiento de humanización del embarazo, el parto y el nacimiento se inscribe en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en la reivindicación de los mismos.

Este movimiento está contribuyendo a que reflexionemos sobre diversos procedimientos y prácticas en obstetricia, que se habían instalado casi como algo necesario.

Lo más importante es que felizmente estamos poniendo en cuestión todo aquello que tanto profesionales como pacientes y usuarias repetíamos sin la más mínima autocrítica. Habías asistido pacientemente al incremento cada vez más sofisticado de un intervencionismo médico, sólo necesario, en casos especiales, o extremos en que se presente alguna patología o hay dificultades en el embarazo o en el parto.

Es fundamental la actualización, que nos permita revisar y confrontar las rutinas en las que se había caído. A la luz de la medicina basada en evidencias científicas podemos asegurar como lo dice la OMS que **“el nacimiento no es una enfermedad” (1985)**. Informe sobre “Tecnologías de Parto apropiadas”.

Este movimiento en creciente desarrollo en el mundo nos invita a crear nuevos paradigmas y a tener otra mirada acerca del embarazo, el parto y el nacimiento.

---

<sup>45</sup> Declaración de Ceará sobre la Humanización del Parto. Fortaleza Brasil 2002

<sup>46</sup> PARTO HUMANIZADO. RELACAHUPAN-URUGUAY. Partera Elvira Lutz .Ps Sandra Misol 2006-2007



## PARTO HUMANIZADO<sup>47</sup>

El parto humanizado respeta los derechos de las mujeres y de sus bebés (OMS). La idea de humanizar el parto viene de hecho, de que muchos servicios médicos no han incorporado las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y otros organismos que reglamentan la atención del Parto.

Estas son algunas de las intervenciones que son cuestionadas, pero que continúan en la práctica, en las rutinas de las maternidades de hospitales y en muchos centros privados.

Intervención	Porque todavía se hace	Porque debería de ser abolido
La prohibición de la presencia de un/a acompañante, que ya es aprobada por ley estatal en muchos estados.	Se dice que los acompañantes entorpecen y que no hay espacio para ellos.	Porque la acompañante da más tranquilidad a la parturienta e inhibe abusos del equipo hospitalario.
enemas	Se dice que acelera el trabajo de parto y que las heces podrían contaminar al bebé.	Es incómodo para la maniobra de las mujeres y los estudios comprueban que su uso no trae ninguna ventaja.
Rasurado del pubis	Se hace porque se asegura que el parto	Puede haber inflamación local y el crecimiento del vello

<sup>47</sup> PARTO HUMANIZADO. RELACAHUPAN-URUGUAY. Partera Elvira Lutz .Ps Sandra Misol 2006-2007

	es más higiénico	es incómodo. Se ha comprobado que su práctica no es necesaria.
Uso de violencia verbal y psicológica, frases como “no grites que no te voy ayudar”, cuando lo hiciste no gritabas.	Se asegura que las palabras de orden y enojo pueden calmar mujeres nerviosas y asustadas y así organizan el servicio médico.	Lo que hace una mujer gritando perdiendo el control en el trabajo de parto, generalmente puede ser resuelto con un halago y un poco de atención.
Uso rutinario de suero con hormona oxitocina.	Porque provoca más contracciones y logrando así que el parto sea más rápido y que la cama quede libre.	Los dolores del parto con oxitocina son insoportables y pueden provocar sufrimiento fetal.
Ayuno durante el trabajo de parto	Se dice que en caso de una cesárea, puede haber problemas de aspiración de alimentos.	El ayuno provoca debilidad y puede causar serios problemas en el parto, el hecho de aspiración es tan raro que no puede ser usado como justificativo.

Restricción de movimientos haciendo que la mujer quede acostada durante todo el trabajo de parto.	Se dice que no hay espacio en los centros obstétricos para que las mujeres caminen y cambien de posición y que esto es más seguro.	Los estudios probaron, hace mucho tiempo, que la mujer debe tener libertad de posición y movimiento durante todo el trabajo de parto.
Parto en posición ginecológica con la mujer acostada de espalda con las piernas en alto.	Facilita la acción y la intervención del médico.	Hace que el parto sea más lento, disminuye la oxigenación del bebé y no es cómoda para la mujer.
Uso rutinario de episiotomía.	Se dice que la episiotomía es necesaria.	Aumenta el sangrado, inflamaciones e infecciones. Puede causar dispaurenia, incontinencia urinaria.
Separación inmediata del binomio después del parto.	Está hecho para que la persona recién nacida sea reanimada.	Después del parto es el momento más importante para la madre y el bebé, ya que allí se establece el vínculo. El amantamiento provoca más rápidamente la salida de la placenta y con menos sangrado.

## DIEZ PRINCIPIOS DEL CUIDADO PERINATAL QUE SEÑALA LA OMS<sup>48</sup>

El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún no ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinarios, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad y científicos sociales.
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no sólo de la mujer y su hijo, sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres

---

<sup>48</sup> PARTO HUMANIZADO. RELACAHUPAN-URUGUAY. Partera Elvira Lutz .Ps Sandra Misol 2006-2007

10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento<sup>49</sup>

- Promover apoyo psicosocial a las mujeres
- Contacto madre-hijo irrestricto
- Escaso beneficio de una tasa de cesárea superior al 7%
- Posición levantada durante el trabajo de parto

Cuidado psicosocial

- Promover preparación durante el embarazo, parto y para la paternidad. Brindar adecuada preparación e información como parte del cuidado. Incluir compañías que la mujer elija en esta preparación. Reconocer que los padres tiene necesidades propias como individuos y no solamente como compañeros o acompañantes de pareja.
- Evaluar factores de riesgo psicosociales potenciales que puedan influir en la mujer y su familia.
- Proveer a las madres de la historia clínica de su embarazo y parto. Las madres guardan estos documentos para asegurarse que los mismos van a estar disponibles siempre que los necesite.
- Brindar a las mujeres información basada en evidencias científicas, y estimular su participación en las decisiones acerca de su cuidado.
- No sentirse obligados, en ningún momento del embarazo o el nacimiento, a brindar cuidados que no estuvieran basados en evidencias científicas, aunque éstos cumplieran con los intereses de la madre y el niño, y fueran requeridos por la mujer o su familia.
- Ofrecer un enfoque individualizado acerca de la atención en todo momento.
- Alentar al desarrollo de protocolos locales de atención.

---

<sup>49</sup> PARTO HUMANIZADO. RELACAHUPAN-URUGUAY. Partera Elvira Lutz .Ps Sandra Misol 2006-2007

## Alimentación del niño/a

- Estimular la lactancia materna como el mejor método para alimentar al niño/a.

## Promover el contacto madre- hijo y el amamantamiento

- Seguir las guías de la iniciativa del Hospital Amigo del Niño para la alimentación infantil: incentive la exclusividad del amamantamiento a demanda desde el nacimiento y evite cualquier suplemento para el bebé que contenga agua, glucosa o sustitutos de la leche materna.
- Ofrecer el alojamiento conjunto para todas las madres y bebés las 24 horas del día.
- Incentivar el contacto piel a piel durante la estadía postparto en el hospital.

## Formas de cuidado que deberían de ser abandonadas

- No permitir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado.
- Participar a los médicos en la atención de todas las mujeres.
- Insistir en el confinamiento institucional universal.
- Dejar a las madres sin atención durante el trabajo de parto.
- Rasurado de rutina.
- Monitoreo fetal electrónico rutinario.
- Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto.
- Episiotomía rutinaria.
- Repetir la cesárea en forma rutinaria luego de cesárea anterior.
- Inducción del parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas
- Separar a las madres de sus hijos cuando estos se encuentren en buen estado de salud.
- Administración de agua/glucosa en forma rutinaria a los niños amamantados

- Lactancia con restricciones
- Distribución sin cargo de muestras de fórmulas lácteas
- Prohibir las visitas de los familiares

Argumentos por el personal de salud, justificando el aislamiento de la mujer durante el trabajo de parto y parto

- Falta de espacio
- Los familiares realizan preguntas molestas
- Los padres usualmente se desmayan durante el parto
- Las situaciones de emergencia son estresantes para los familiares
- El parto es una potencial situación de riesgo y la presencia de familiares alrededor dificulta la realización de maniobras.

Periodo de expulsivo

- Usar una posición vertical si la mujer lo elige durante el parto. Evitar el uso de la posición de litotomía.
- No realizar episiotomía de rutina
- No suturar rutinariamente los desgarros o los cortes menores: las pequeñas heridas pueden usualmente cicatrizar solas. Suturar cuando esté indicado.
- No realizar exámenes del cuello después del parto en forma rutinaria, excepto que exista evidencia de hemorragia.
- Las tasas de cesárea deben ser entre 5% y 15% en cualquier institución dependiendo del nivel de atención.
- Usar la tecnología más sencilla disponible en lugar de técnicas sofisticadas si esta tecnología está apoyada por evidencia fuerte de su utilidad.

Apoyo emocional

- Proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola.



- Estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto.
- Proveer acompañantes entrenados en el caso de ausencia de una persona y estimular su presencia además de la presencia de la familia, si la mujer lo requiere.
- Respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el postparto.
- Ser sensible a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias.<sup>50</sup>

## VI. METODOLOGÍA

### 6.1 Estrategias de investigación

La estrategia de investigación fue por medio de un estudio de caso, el cual inició con la entrevista a la Sra. Sandra, quien ingresa por el servicio de urgencias el día 11 de octubre del 2016 a las 19:30 horas a la Maternidad Ciudad Mujer, en compañía de su esposo, con trabajo de parto en fase activa, se elige a Sandra por presentar un embarazo normo evolutivo, se utilizó como herramienta un instrumento de valoración perinatal aplicándose durante toda su estancia en la Maternidad Ciudad Mujer, así como el proceso enfermero, basándonos en la teoría de Dorotea E. Orem.

Se fundamenta con información consignada en documentos y publicaciones que presentan algunas evidencias basadas en investigaciones, siendo una investigación de tipo documental, mismos artículos con no más de 5 años de haberse publicado.

Las fuentes de información fueron: buscadores y bibliotecas web como son Google Académico, Pubmed, CUIDEN, Biblioteca Cochrane Plus, Scielo,

---

<sup>50</sup> PARTO HUMANIZADO. RELACAHUPAN-URUGUAY. Partera Elvira Lutz .Ps Sandra Misol 2006-2007

Biblioteca de SACyL, Federación de Matronas, La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (BSR) y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad español. Se encontraron aproximadamente más de 10 artículos, muy pocos en México y se seleccionaron entre los de tipo científico, estudios, libros, informes, revistas, tesis y algunos resúmenes incluyendo textos en español, portugués e inglés, estudiados y revisados en diferentes países, CON PALABRAS CLAVE: de parto humanizado, parto respetado, violencia obstétrica y psicoprofilaxis

El estudio de caso le permite al profesional de enfermería un marco privilegiado para abordar las múltiples y complejas realidades a las que hay que dar respuesta, así como el desarrollo de decisiones, según las características y necesidades de cada persona.

Las enfermeras y los enfermeros deben de conocer, comprender e interpretar hechos y situaciones sociales; además de articular los datos empíricos que se obtienen en el desarrollo de una experiencia práctica con una determinada teoría, que le permita posteriormente, realizar acciones concretas de intervención.

El nacimiento es considerado como una manifestación natural, el parto humanizado, significa que todas las mujeres tengan la posibilidad de vivir una experiencia enriquecedora, que todas las decisiones sobre este momento especial, sean de libre elección y que no se les apliquen procedimientos basados en medidas rutinarias, en forma indiscriminada.

Ningún procedimiento en la atención del parto debería de existir simplemente por la comodidad del personal que atiende el parto. El parto humanizado requiere de todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la usuaria, para servir a las necesidades individuales y deseos particulares de la parturienta.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Araoz Santa Cruz Rubén. PARTO NATURAL HUMANIZADO. SCIENTIFICA [revista en la Internet]. 2007 Sep [citado 2017 Jun 18]; 5(5): 14-18. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1813-00542007000200004&lng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-00542007000200004&lng=es)



Los beneficios que la promoción del parto humanizado supondría para los hospitales son principalmente, una reducción de la tasa de cesáreas como consecuencia del cambio en la visión de los profesionales sanitarios encargados de la asistencia al parto y de la praxis llevada a cabo hasta el momento, un aumento de la satisfacción materna y de la pareja de ésta al ver cumplido su deseo de vivir un parto exento de intervencionismo obstétrico en el que se respeten sus voluntades y una reducción del elevado gasto sanitario relacionado con la práctica de cesáreas y de sus posibles complicaciones posteriores, produciendo una reducción de la morbilidad materno fetal relacionadas con este tipo de intervenciones quirúrgicas.

## 6.2 SELECCIÓN DEL CASO

Este estudio de caso se realiza a Sandra, con la metodología del proceso enfermero, con base en la teoría de Dorothea E. Orem, quien cursa el último trimestre de la gestación y durante el segundo periodo del trabajo de parto ingresa a la Maternidad Ciudad Mujer en compañía de su familiar, donde se lleva a cabo el parto respetado, utilizando el modelo de atención obstétrica, atendida por Licenciadas en Enfermería y obstetricia y Especialistas Perinatales, demostrando que no se requiere de equipo especializado para llevar a cabo un parto con esas características, utilizando recomendaciones emitidas por la OMS, guías de prácticas clínicas y Normas oficiales.

### Fuentes de información

Se realiza exploración céfalo-caudal a la gestante y entrevista, bajo instrumento perinatal de manera directa, complementándose con información del expediente, artículos y tesis en diferentes buscadores, recomendaciones de la OMS y la OPS, que nos hablan sobre el parto respetado, humanizado y derechos de la gestante, con la intención de mejorar la atención de la paciente obstétrica.

### 6.3 Consideraciones éticas

El concepto de parto humanizado, ha sido publicado por muchos autores, desde que en 1985 la OMS alertara sobre el elevado grado de medicalización en la atención al parto y desarrollara las recomendaciones fundamentales para llevar a cabo un modelo humanizado de atención al parto.

En términos generales, todas las definiciones se centran en un objetivo común: promover que el parto sea una experiencia positiva para la madre, independientemente del lugar en el que se desarrolle el nacimiento, aumentando el poder de decisión que la mujer tiene sobre este proceso, respetando sus valores, creencias y sentimientos, y reduciendo la excesiva medicalización y el número de intervenciones sistematizadas hoy en día desarrolladas, promoviendo la utilización de prácticas sanitarias individualizadas en función de las necesidades de cada mujer y basadas en la evidencia científica para garantizar el bienestar y la seguridad de la madre y el neonato, estableciéndose una conexión entre la matrona y la propia gestante.<sup>52</sup>

Recomendaciones de la Organización mundial de la salud, en la atención sobre el parto<sup>53</sup>

Por el bienestar de la nueva madre, durante el parto:

- Un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

---

<sup>52</sup> Iribarren Gracia Romeral. La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario. Trabajo de Grado, Facultad de enfermería y fisioterapia; 2016.

<sup>53</sup> Recomendaciones de la Organización mundial de la salud, en la atención sobre el parto

- La inducción y conducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 % de inducciones.
- No está indicado realizar tricotomía o administrar un enema antes del parto.
- Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.
- No se recomienda colocar a la embarazada en posición de litotomía durante la dilatación y el expulsivo.
- Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos.
- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

Durante el periodo expulsivo:

- Realizar maniobra de Ritgen modificada, siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- Debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos.
- Después del Nacimiento, por el bienestar de la nueva madre y su bebé:
- No separar al recién nacido de su madre, ya que hacerlo conlleva perjuicios para la salud física, emocional y mental del bebé y de la madre; además no aporta ningún beneficio.
- Realizar pinzamiento tardío del cordón umbilical hasta que deje de latir.



- Realizar apego inmediato. Siempre que el apgar del bebé lo permita.
- Facilitar el inicio temprano de la lactancia materna.
- Debe proporcionarse a la madre la intimidad necesaria para que el bebé tome el pecho en las primeras dos horas de vida por sí mismo. El cuerpo de la madre proporciona todo el calor que el bebé necesita, además de numerosos beneficios.
- Promover el alojamiento conjunto durante la estancia en el hospital.
- Esto facilita el apego materno y la lactancia, a la vez que disminuye la incidencia de depresión postparto.

#### Tipificación del delito de violencia obstétrica <sup>54</sup>

El Código Penal de Veracruz tiene tipificado el delito de violencia obstétrica. Dicha tipificación se realizó en el marco de una serie de modificaciones propuestas a este ordenamiento, para lograr un acceso efectivo de las mujeres a una vida libre de violencia, tal como se asegura en la exposición de motivos de la iniciativa de reforma del artículo 363 de dicho código:

- I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;
- II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

---

<sup>54</sup> Gaceta Legislativa del Congreso del estado de Veracruz, año 2, núm. 94, 4 de diciembre de 2008, p. 7. Disponible en [consulta: 20 de noviembre de 2016].

- IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;
- V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer; y
- VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

El enfoque de derechos en la atención del embarazo, parto y puerperio, parte también del reconocimiento de los derechos de los/las pacientes, reconocidos en México en la Carta de Derechos de los Pacientes.<sup>55</sup>

- Recibir atención médica adecuada. El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.
- Recibir trato digno y respetuoso. El paciente tiene derecho a que el médico y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones

---

<sup>55</sup> CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTE, LEY GENERAL DE SALUD. NOM-168-SSA-1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Disponible en:[http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/coesamed\\_nayarit/publicaciones/pdf/carta\\_derechos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf)

socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente.

- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o de tratamiento ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.
- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado. El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte someterse con fines de diagnóstico o de tratamiento, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.
- Ser tratado con confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.



- Recibir atención médica en caso de urgencia. Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.
- Contar con un expediente clínico (con información veraz, clara, precisa, legible y completa) y a obtener por escrito un resumen clínico de acuerdo al fin requerido.
- Ser atendido cuando se inconforme con la atención médica recibida. En el caso de la atención del parto, se debe incluir el derecho a asumir en libertad la posición más cómoda durante los diferentes estadios del trabajo de parto, contando con la información adecuada para ello.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA <sup>56</sup>

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica.

Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbilidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo

---

<sup>56</sup> Norma Oficial Mexicana nom-007-ssa2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida

5.5.2. Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal

5.5.16 El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros, manteniendo a la persona recién nacida por abajo del nivel de la placenta. En caso de madre Rh negativo no isoimmunizada, circular de cordón al cuello y sufrimiento fetal agudo, el pinzamiento y corte debe ser inmediato.

5.5.17 Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior. Realizar pinzamiento del cordón umbilical, tracción suave y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal. Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto. Asimismo, comprobar que el útero esté contraído, el sangrado transvaginal sea escaso y los signos vitales sean normales. La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo al criterio médico basado en evidencia con atención personalizada y bajo vigilancia.

## DECÁLOGO DEL CODIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO<sup>57</sup>

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

---

<sup>57</sup> CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERAS.

Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

## CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LAS MATRONAS<sup>58</sup>

El código contempla las obligaciones éticas de la matrona a la hora de mantener la Misión, la Definición Internacional de Matrona y las Normas de la ICM, para promover la salud y el bienestar de las mujeres y los recién nacidos dentro de sus familias y comunidades. Esta clase de cuidado puede abarcar el ciclo reproductor femenino desde la etapa antes del embarazo, a través de la menopausia y hasta el final de la vida. Estas obligaciones incluyen la relación de las matronas con las demás personas; el desempeño de su profesión; el cumplimiento de sus responsabilidades y deberes profesionales; y cómo deben trabajar para garantizar la integridad de la profesión de matrona.

El código I.

### Relaciones de las matronas

- a. Las matronas desarrollan una colaboración con cada mujer en la que comparten información relevante que conduce a una toma de decisiones informada, al consentimiento de un plan de cuidados en evolución y a asumir la responsabilidad por los resultados de sus decisiones.
- b. Las matronas defienden el derecho de las mujeres y familias a participar activamente en las decisiones relativas a su cuidado.
- c. Las matronas capacitan a las mujeres y familias a defender su posición en asuntos relativos a la salud de las mujeres y de las familias dentro de su cultura o sociedad.
- d. Las matronas, junto con las mujeres, trabajan con entidades políticas y financieras para definir las necesidades de servicios sanitarios de las mujeres

---

<sup>58</sup> Aprobado en la reunión del Consejo Internacional de Glasgow 2008. Revisado en la Reunión del Consejo de Praga de 2014. Será revisado en el 2020. [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)

y para garantizar una distribución justa de los recursos, atendiendo a las prioridades y a las posibilidades.

- e. Las matronas se ayudan y respaldan en sus papeles profesionales y cultivan activamente el sentimiento de valía propio y de las demás.
- f. Las matronas trabajan respetuosamente con otros profesionales de la salud consultándoles y remitiéndoles a las mujeres cuando sus necesidades superan las competencias de una matrona.
- g. Las matronas son conscientes de la interdependencia humana en su campo práctico y procuran resolver los conflictos inherentes.
- h. Las matronas tienen responsabilidades consigo mismas como personas de valía moral, como son los deberes derivados de su dignidad moral y de la defensa de su integridad.

## II. Práctica de la partería <sup>59</sup>

- a. Las matronas ofrecen asistencia a las mujeres en edad fértil y a sus familias respetando la diversidad cultural y trabajando al mismo tiempo por desterrar las prácticas dañinas de cada cultura.
- b. Las matronas alientan la expectativa mínima de que ninguna mujer o niña sufra daños por la concepción o la maternidad.
- c. Las matronas emplean conocimientos profesionales actualizados y basados en pruebas, para mantener la competencia en las prácticas seguras de partería en el parto, en todos los entornos y culturas.
- d. Las matronas responden a las necesidades psicológicas, físicas, emocionales y espirituales de las mujeres que piden asistencia sanitaria, sean cuales sean sus circunstancias (no discriminación).
- e. Las matronas actúan como modelos reales de la promoción de la salud para las mujeres a lo largo de toda su vida, así como para sus familias y otros profesionales sanitarios.

---

<sup>59</sup> Aprobado en la reunión del Consejo Internacional de Glasgow 2008. Revisado en la Reunión del Consejo de Praga de 2014. Será revisado en el 2020. [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)

- f. Las matronas buscan activamente el desarrollo personal, intelectual y profesional durante todo el tiempo en que desempeñan su profesión, integrando ese desarrollo en sus prácticas.

### III. Responsabilidades profesionales de las matronas<sup>60</sup>

- a. Las matronas respetan la información confidencial de sus pacientes para proteger su derecho a la intimidad y usan su buen juicio cuando deben compartir esa información, salvo en los casos que contempla la ley.
- b. Las matronas son responsables de sus decisiones y acciones, así como de los resultados que tengan en los cuidados que prestan a las mujeres.
- c. Las matronas pueden elegir no participar en actividades que les produzcan un profundo rechazo moral, si bien la conciencia particular no debe privar a las mujeres de los servicios sanitarios esenciales.
- d. Las matronas con objeción de conciencia a la solicitud de un determinado servicio derivarán a la mujer a otro profesional que pueda ofrecer dicho servicio.
- e. Las matronas comprenden las consecuencias adversas que la violación de los derechos éticos y humanos tiene sobre la salud de las mujeres y de los niños, y trabajarán para acabar con esa violación.
- f. Las matronas participan en el desarrollo y la puesta en marcha de políticas sanitarias que promuevan la salud de todas las mujeres en edad fértil y de sus familias.

### IV. Fomento de los conocimientos y la práctica de la partería<sup>61</sup>

- a. Las matronas garantizan que el fomento de los conocimientos de partería se basa en actividades que protegen los derechos de la mujer como ser humano.

---

<sup>60</sup> Aprobado en la reunión del Consejo Internacional de Glasgow 2008. Revisado en la Reunión del Consejo de Praga de 2014. Será revisado en el 2020. [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)

<sup>61</sup> Ibidem



- b. Las matronas desarrollan y comparten los conocimientos de partería por distintos medios, como son la revisión por pares y la investigación.
- c. Las matronas contribuyen a la educación formal de las estudiantes de partería y a la formación continua de las matronas.

La ICM considera que las mujeres tienen derecho a recibir la atención de una matrona, como la profesional sanitaria más adecuada en la mayoría de las situaciones y que las matronas tienen derecho a obtener una formación adecuada, una normativa que refuerce el ejercicio de su profesión y asociaciones para promover su misión.

## CARTA DE DERECHOS HUMANOS PARA MATRONAS Y MUJERES<sup>62</sup>

Carta de derechos en línea con otros documentos similares, la ICM cree que debe haber un reconocimiento de los siguientes derechos humanos básicos para las mujeres y las matronas de todo el mundo:

### Derechos de las mujeres

1. Cada mujer tiene derecho a recibir atención de una matrona autónoma y competente en el parto.
2. Cada mujer tiene derecho a ser respetada como persona digna.
3. Cada mujer tiene derecho a la seguridad de su propio cuerpo.
4. Cada mujer tiene derecho a estar libre de cualquier forma de discriminación.
5. Cada mujer tiene derecho a disfrutar de información actualizada sobre salud.
6. Cada mujer tiene derecho a participar activamente en las decisiones sobre su atención sanitaria y a facilitar su consentimiento informado.
7. Cada mujer tiene derecho a la intimidad.
8. Cada mujer tiene derecho a elegir el lugar donde dará a luz.

---

<sup>62</sup> Aprobado en la reunión del Consejo de Durban, 2011. Revisado en la reunión del Consejo de Praga, 2014. Próxima revisión prevista para el 2017. [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)

### Derechos de las matronas <sup>63</sup>

1. Cada matrona tiene derecho a una formación específica que le permita desarrollar y mantener sus competencias como matrona.
2. Cada matrona tiene derecho a poner en práctica sus propias responsabilidades dentro de la definición y el alcance de las prácticas de una matrona definidas por la Confederación Internacional de Matronas.
3. Cada matrona tiene derecho a ser reconocida, respetada y apoyada como profesional de la salud.
4. Las matronas tienen derecho a acceder a una asociación sólida de matronas que pueda contribuir a la política de maternidad y cuidados y servicios de matrona a nivel nacional.

### Derechos de las mujeres y las matronas

1. Las matronas y las mujeres tienen derecho a un sistema regulador que garantice un cuerpo de matronas seguro, competente y autónomo para las mujeres y sus bebés.
2. Las matronas y las mujeres tienen derecho a la planificación de un cuerpo de matronas nacional que garantice un número suficiente de matronas para satisfacer las necesidades de las mujeres y sus bebés.
3. Las mujeres y las matronas tienen derecho a ser respetadas por los Gobiernos y las instituciones gubernamentales de salud y educación.
4. Las matronas tienen derecho al reconocimiento de su oficio como profesión diferenciada.

---

<sup>63</sup> Aprobado en la reunión del Consejo de Durban, 2011. Revisado en la reunión del Consejo de Praga, 2014. Próxima revisión prevista para el 2017. [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)



## VII. PRESENTACIÓN DEL CASO

### 7.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO <sup>64</sup>

Sandra G.C. de 24 años de edad, con estado civil en unión libre, se dedica al hogar, de religión cristiana, escolaridad secundaria terminada, es originaria del Distrito Federal, hemotipo o positivo, actualmente radica en el Estado de México, su pareja de 26 años de edad, es obrero, escolaridad secundaria, hemotipo “o” positivo.

P: Sandra multigesta de 24 años de edad, gesta 4, para 3, embarazo de 39.1 semanas de gestación por ultrasonido del primer trimestre, en trabajo de parto en fase activa.

S: Sandra, álgica, durante la contracción, percibe movimientos fetales, niega datos de vasoespasmio y de urosepsis, acude en compañía de su familiar.

O: Sandra, alerta, consciente, orientada, con ligera palidez tegumentaria, mucosa oral semihidratada, cardio-pulmonar sin compromiso, a la auscultación, campos pulmonares limpios y ventilados, mamas turgentes y simétricas, con pezón formado y presencia de galactopoyesis, extremidades superiores íntegras, abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo, fondo uterino 30cm, presentación cefálica, situación longitudinal, dorso a la derecha con frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto, se observan movimientos fetales, actividad uterina de 4 contracciones en 10 minutos, intensidad de +++, con duración de 45-60 segundos, al tacto vaginal cérvix semicentral con 5 cm de dilatación y 60% de borramiento, calota firme, amnios íntegro, pelvis útil, giordanos negativos, reflejos osteotendinosos normales, miembros pélvicos sin edema y sin datos de varicosidades.

---

<sup>64</sup> Datos obtenidos de manera indirecta de expediente clínico



A: Multigesta con embarazo de término + trabajo de parto en fase activa, normoevolutivo al momento.

P: Se ingresa para libre evolución y vigilancia del trabajo de parto.

## 7.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA<sup>65</sup>

Sandra G.C. de 24 años de edad, con estado civil en unión libre, se dedica al hogar, de religión cristiana, escolaridad secundaria terminada, es originaria del Distrito Federal, hemotipo o positivo, actualmente radica en el Estado de México, su pareja de 26 años de edad, es obrero, escolaridad secundaria, hemotipo "o" positivo.

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Interrogados y negados, toxicomanías y alergias negadas, refiere isoimmunizaciones de la infancia completas.

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Madre, abuela materna y tíos con diabetes e hipertensión, abuelo con cáncer de próstata.

### ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS:

Telarca y pubarca: 9 años, menarca: 10 años, ciclos 30x3, IVSA 14 años, Parejas sexuales: 1; gesta: 4, para: 3, gesta 1 (embarazo de término F.N. 03/11/07, sexo: masculino, peso: 2800grs, sin complicaciones, seno materno: 5 meses) gesta 2 (embarazo de término F.N. 09/03/10, sexo: masculino, peso: 2650 grs, sin complicaciones, seno materno: 8 meses), gesta 3 (embarazo de término, F.N. 01/11/12, sexo: femenino, peso: 2600 grs, sin complicaciones, seno materno: 1 año).

---

<sup>65</sup> Datos obtenidos de manera directa con el instrumento de valoración perinatal

## VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA<sup>66</sup>

### CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA

La familia de Sandra es nuclear, vive con su esposo e hijos un total de 4 integrantes. La comunicación con su pareja y con sus hijos, es buena, salen todos juntos cuando van de compras por la despensa, el sustento de su familia es su esposo, con un total de ingresos de \$4000.

### CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE

Vive en casa prestada, con 4 ventanas, 2 cuartos, construida con material perdurable, cuenta con todos los servicios.

#### 8.1 REQUISITOS DE AUTO CUIDADO<sup>67</sup>

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

Sandra no presenta deformaciones, fosas nasales permeable, refiere asearlas una vez por día, tórax simétrico, a la auscultación con campos pulmonares limpios y ventilados, sin presencia de estertores o sibilancias, frecuencia respiratoria de 24 por minuto, patrón respiratorio cambiante ante la contracción. Tonos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, extremidades superiores e inferiores de buena coloración y temperatura, llenado capilar de 2", sin presencia de edema o varicosidades.

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

Sandra refiere tomar hasta dos litros de agua de garrafón al día, estos líquidos son entre caldos y agua saborizada, menciona que le desagradan los téis. A la exploración focalizada se observa mucosa oral semihidratada y piel seca.

---

<sup>66</sup> Datos obtenidos de manera directa con el instrumento de valoración perinatal

<sup>67</sup> Ibidem

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

Sandra realiza tres comidas y dos colaciones al día, con la siguiente frecuencia:

Leche:3x7, carne 3x7, huevo 3x7, verduras 4x7, frutas 2x7, tortillas 7x7, pan 7x7, quesos 2x7, embutidos 2x7, sal 7x7, azúcar 7x7. Comenta que el pescado no es de su agrado y que los frijoles le causan malestar, toma multivitamínicos, con respecto a la comida, ella opina que ésta es necesaria para crecer y la cree importante. Desayuna frecuentemente con su hijo menor en casa, a la hora de la comida se reúne con sus 3 hijos y cena con sus hijos y esposo, realiza dos colaciones entre comidas ya sea fruta o pan.

Se explora la boca encontrando poca higiene, con indicios de caries y halitosis, sin malestar al comer y en ocasiones un poco de pirosis, refiere que algunos olores le causan náuseas.

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

Sandra refiere evacuar “normal” y miccionar todos los días sin problemas, uresis de color clara, aunque comenta que durante el embarazo presentó infecciones urinarias, por lo que requirió de tratamiento.

### 5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

Sandra camina al llevar a sus hijos a la escuela, no realiza actividad física y dice tener poco tiempo libre, ya que realiza labores domésticas y se encarga del cuidado de sus hijos. Refiere dormir bien, alrededor de 6 horas diarias, comenta que no descansa en estas últimas semanas ya que le ha costado un poco encontrar una posición cómoda.

A la exploración del sistema músculo esquelético, refiriendo dolor en área lumbar, con referente al sistema neurológico se observa consciente, orientada, con facies de dolor, reflejos osteotendinosos normales.



## 6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social

Sandra se comunica de manera clara, directa y abierta, se observa con facies de dolor, muy cooperadora y en ocasiones sonríe. No pertenece a ningún grupo social, deportivo o cultural.

Se realiza revisión de oído, no se encuentran alteraciones, ojos simétricos, pupilas reactivas a la luz, sin alteraciones de la visión.

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

Sandra refiere conocer las medidas de prevención de accidentes, no acostumbra a realizarse revisiones de salud, nunca se ha realizado papanicolao, durante el embarazo no acude al dentista, y el control prenatal lo inicia a la 19 semana de gestación, desconoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades. Refiere enojarse poco, aunque se preocupa mucho por la economía de su familia, niega consumo de toxicomanías, consume café, bebidas gasificadas, comida chatarra y medicamentos. Con respecto a su imagen, le gustaría preservar su peso, ya que siempre ha sido muy delgada.

## 8. Promoción del funcionamiento y desarrollos humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal

Refiere bañarse y cambio de ropa diario, aseo bucal 2 veces al día, lavado de manos, antes de comer y después de ir al baño, menciona que es importante la limpieza; para tener una buena imagen corporal, utiliza shampoo, jabón y desodorante para higiene personal.

## 8.2 REQUISITO DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO<sup>68</sup>

Sandra adulto joven de 24 años de edad, telarca y pubarca: 9 años, menarca:10 años, ciclos 30x3, IVSA 14 años, Parejas sexuales: 1; gesta:4, para:3, gesta 1 (embarazo de término F.N. 03/11/07, sexo: masculino, peso: 2800grs, sin complicaciones, seno materno: 5 meses) gesta 2 ( embarazo de término F.N. 09/03/10, sexo: masculino, peso: 2650 grs, sin complicaciones, seno materno: 8 meses), refiere desconocer todas las ventajas y propiedades de la lactancia materna, aunque ya amamantado a sus anteriores hijos, sin complicación alguna, también refiere haber tomado tratamiento para la infección urinaria, sin cirugías previas, desconoce su fecha de última menstruación.

Sandra con un embarazo de 39.1 semanas de gestación por ultrasonido del primer trimestre, con un peso inicial de 51 kg actualmente de 56 kg, tensión arterial de 90/60 mm Hg, fondo uterino de 30 cm, situación longitudinal, presentación cefálica, posición a la derecha, frecuencia cardiaca fetal de 140 minuto, VAREFE positivo, percibe movimientos fetales, ingiera multivitamínicos, estuvo con tratamiento para combatir infección de vías urinarias y cervicovaginitis. Planea utilizar un método definitivo como la salpingoclasia, refiere llevar 5 consultas de control prenatal, aunque solo en la maternidad de Ciudad Mujer acude a dos consultas.

## 8.3 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD<sup>69</sup>

### Percepción de la desviación de la salud

Sandra acude a consulta en el servicio de urgencias de la Maternidad Ciudad Mujer el día 11 de Octubre, su motivo de salud: fue por referir actividad uterina, con 5 cm de dilatación.

---

<sup>68</sup> Datos obtenidos de manera directa e indirecta.

<sup>69</sup> Datos obtenidos de manera indirecta por expediente clínico



Comprensión de la alteración actual: ella sabe que es un trabajo de parto, refiriendo sentimientos de felicidad por que conocerá a su bebé, aunque ya sabe que será doloroso, se preocupa de presentar alguna complicación.

#### Mecanismos de adaptación

Uso previo de mecanismos de adaptación: Sandra como paciente multigesta, conoce su cuerpo y durante todo el embarazo se estuvo preparando para este momento, tendrá que organizarse en tiempo y económicamente, ya que ahora tendrá un nuevo miembro de la familia.

#### Efectos de la desviación sobre el estilo de vida:

Psicológicos, Sandra sabe que ésta situación de adaptación lleva un tiempo, que su pareja y sus hijos están contentos, aunque no fue un embarazo planeado y deseado en algún tiempo, terminó aceptando la llegada de un nuevo integrante, menciona que también amamantará a su bebé, como lo ha hecho con sus hijos anteriores.

Fisiológicos: Sandra durante su embarazo, solo aumentó 6 kilogramos de peso, hemoglobina de 11 mg/dl.

Económicos: Sandra se preocupa un poco por este aspecto, necesitará hacer algunos cambios y administrar más el dinero.

#### HISTORIA PREVIA DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Sandra multigesta, Gesta 4, durante este embarazo padeció de infecciones del tracto genitourinario con infección de vías urinarias y cervicovaginitis, durante la infancia padeció varicela, se ha hospitalizado solo para atención del parto de sus recién nacidos, el tratamiento utilizado para las infecciones fue la cefalexina, ácido ascórbico y Nitrofurantoina, se aplica la TD en dos dosis.

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Carga directa de diabetes, hipertensión y cáncer en línea directa de materna.

### 8.4 ANALISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE <sup>70</sup>

BIOMETRÍA HEMÁTICA	QUIMICA SANGUÍNEA
HB 11.00 mg/dl	GLUC 90 mg/dl
Plaquetas 210 mm <sup>3</sup>	Urea 6 mg/dl
Leucocitos 5,000	Creatinina 0,7mg/dl
Htco 32	colesterol 220
	Triglicéridos 165

EXAMEN GENERAL DE ORINA	
DENSIDAD URINARIA	1.005
GRUPO Y RH	: O POSITIVO
PH	5.5
COLOR	AMARILLO PAJA
GLUCOSA	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO
PROTEÍNAS	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO
LEUCOCITOS	4-5/C

<sup>70</sup> Datos obtenidos de manera indirecta por expediente clínico



## 8.5 ESQUEMA METODOLÓGICO

<b>REQUISITOS UNIVERSALES</b> II. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. VI. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social VII. Previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.		
<b>REQUISITO DE AUTOCUIDADO SEGÚN ETAPA DE DESARROLLO</b>  Adulto joven	<b>UNIDAD DE OBSERVACIÓN</b>  SANDRA: Gesta 4, Para 3 + Embarazo de 39.1 semanas de gestación+ trabajo de parto fase activa con adecuada adaptación al proceso	<b>AGENCIA DE AUTOCUIDADO:</b> en vías de desarrollo. <b>DEMANDAS DE AUTOCUIDADO:</b> Muestra interés para aprender a realizar su autocuidado. <b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio y apoyo educativo.
<b>REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.</b>  Sandra busca y asegura la ayuda médica aceptando las medidas diagnósticas y terapéuticas prescritas, es consciente de los efectos molestos y negativos de éstas.	<b>FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES</b>  Edad: 24 años Sexo: femenino Estado de desarrollo: embarazo en adulto joven Estado de salud: desviación de la salud Factores del sistema familiar: abuela materna y madre con diabetes e hipertensión Patrón de vida: Ama de casa. Factores ambiente: Sala de labor Disponibilidad y adecuación de los recursos: Ciudad salud para la mujer Nivel socioeconómico: bajo.	<b>EXPOSICIÓN A RIESGOS</b>  <b>MATERNOS:</b> Distocias de partes blandas. Hemorragias en el tercer periodo del trabajo de parto.  <b>FETALES:</b> Hipoxia. Pérdida de bienestar fetal. Distocia de partes fetales. Muerte.



## 8.6. JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

1. Medidas para un mejor control sobre el manejo del dolor en Sandra.
2. Minimizar el riesgo de caída.
3. Minimizar el riesgo de complicaciones obstétricas en Sandra.
4. Llevar a cabo un parto respetado con Sandra, en compañía de su familiar.
5. Fomentar un vínculo con la triada materna.

## 8.7. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Alteración del estado emocional, relacionado con desconocimiento de técnicas para un mejor control del manejo del dolor, manifestado por facies de dolor y mención verbal de Sandra.
2. Riesgo de caídas relacionado con entorno desconocido y necesidad de movilización
3. Riesgo de alteración hemodinámica de la diada materno–fetal relacionado con cansancio materno, durante el trabajo de parto y parto.
4. Riesgo de pérdida de integridad del periné relacionado con desconocimiento para realizar el pujo durante el segundo periodo del trabajo de parto.
5. Riesgo de hemorragia obstétrica durante el tercer periodo del trabajo de parto relacionado con atonía uterina por multiparidad.
6. Riesgo de infección puerperal relacionado con presencia de infecciones genitourinarias por pobre ingesta de líquidos, durante el embarazo
7. Vínculo afectivo eficaz de la triada materna relacionado con el nacimiento de la persona recién nacida manifestado por facies de alegría.

## IX. PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

**Requisito alterado:** Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

**Diagnóstico de enfermería:** Alteración del estado emocional, relacionado con desconocimiento de técnicas para un mejor control del manejo del dolor, manifestado por facies de dolor y mención verbal de Sandra.

**Agente de Autocuidado:** En proceso de desarrollo

**Sistema de enfermería:** Parcialmente compensatorio y Apoyo educativo

**Objetivo de Sandra:** Favorecer la evolución de su trabajo de parto

**Objetivo de agente de cuidado terapéutico:** Sandra mejorará el estado físico materno y favorecerá la evolución de su trabajo de parto.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
Orientar sobre la evolución del trabajo de parto.	Antes y durante el embarazo la madre y el padre deben ser educados respecto a los eventos que ocurrirán en el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y frente al recién nacido. Mediante una apropiada educación y psicoprofilaxis, el temor al parto desaparece, siendo reemplazado por la sensación de felicidad que acompaña a la maternidad. <sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> Bases Fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Conferencia dictada por Doctor R. Caldeyro -Barcia, en el simposio sobre "Recientes adelantos en Medicina perinatal". Tokio, Japón Oct 21 y 22, 1979.



<p>Alentar a Sandra al movimiento y orientar sobre posiciones favorables.</p>	<p>Las posiciones y movimientos contribuyen tanto para el confort como al progreso del trabajo de parto, cuando el progreso es normal se debe alentar a las mujeres a adoptar cualquier posición que les parezca más cómoda<sup>72</sup></p>
<p>Realizar acupresión para reducir el dolor de espalda: contrapresión, presión de cadera bilateral o el doble apretón de cadera y presión de rodillas.</p>	<p>La presión continua en una parte específica aplicada con el puño o la muñeca de la mano reduce el dolor de espalda, posiblemente aligerando el esfuerzo de la articulación causado por posición posterior del occipucio fetal.</p> <p>Presión de cadera bilateral o el doble apretón de cadera.</p> <p>La presión continua de ambas palmas de las manos debe ser dirigida diagonalmente hacia el centro de su pelvis.</p> <p>Presión de rodillas estas medidas no han sido evaluadas científicamente en cuanto su efectividad, pero se basan en el entendimiento de la naturaleza de dolor sacroiliaco en el trabajo de parto y en las formas físicas de reducir el agotamiento de los ligamentos sacroiliacos<sup>73</sup>.</p>

<sup>72</sup> Reduciendo el dolor y mejorando el progreso en el trabajo de parto: una guía de métodos no farmacológicos para proveedores de servicios de salud de maternidad. Penry Simkin, PT. Septiembre, 1995.

<sup>73</sup> *Ibíd.*

<p>Aplicar compresas frías o calientes para disminución del dolor.</p>	<p>Compresas calientes aplicadas en el abdomen, ingles o el periné: una cobija sobre todo el cuerpo y paquetes de hielo en la espalda baja, ano o periné alivia el dolor en el trabajo de parto. El calor y el frío son terapias ampliamente aceptadas y están asociadas con una baja frecuencia de efectos secundarios.</p> <p>La aplicación del calor es ampliamente aceptada por sus efectos calmantes y de alivio del dolor, la aplicación local de compresas calientes sobre el periné durante la segunda etapa es confortante.</p> <p>Los paquetes fríos son particularmente útiles para el dolor músculo esquelético y de articulaciones, por lo tanto el dolor de espalda en el trabajo de parto generalmente responde particularmente bien a la terapia de frío.<sup>74</sup></p>
<p>Ofrecer baño de regadera</p>	<p>La utilización del agua caliente durante la dilatación induce a la mujer a la relajación, reduce la ansiedad estimulando la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina y acorta el periodo de dilatación, y aumenta la sensación de control del dolor y la satisfacción.</p>

<sup>74</sup> Reduciendo el dolor y mejorando el progreso en el trabajo de parto: una guía de métodos no farmacológicos para proveedores de servicios de salud de maternidad. Penry Simkin,PT. Septiembre, 1995.

	La temperatura del agua no debe superar los 37°C. <sup>75</sup>
Orientar sobre técnicas de relajación	<p>Respiraciones rítmicas, estas son modificaciones de tu respiración normal, que profundizan la relajación y ayudan a manejar el estrés del trabajo de parto. Respiración de limpieza: es una inspiración, realizada sin esfuerzo, unida mentalmente a la idea de dejar ir toda la tensión y relajar todo el cuerpo a un tiempo, usada al principio y al final de cada contracción sin importar la técnica respiratoria que se esté utilizando. Respiración rítmica lenta, utilizada cuando comienza una verdadera contracción: realce una respiración de limpieza, fije su atención en un punto focal y comience la respiración rítmica: inhale por nariz... exhale por la nariz, inhale por nariz... exhale por la boca, inhale por la boca... exhale por la boca.<sup>76</sup></p> <p>Respiración rítmica modificada</p> <p>Respiración ligeramente más rápida que tu respiración normal y un poco más superficial, puede hacerte sentir más alerta y facilitarte a concentración.<sup>77</sup></p>

<sup>75</sup> Técnicas complementarias para el alivio del dolor en parto. Disponible en: [www.federación-matronas.org](http://www.federación-matronas.org)>filename.

<sup>76</sup> Recomendaciones durante el parto. Hospital Ángeles del Pedregal

<sup>77</sup> Manual de métodos y recurso en psicoprofilaxis perinatal, recursos básicos utilizados en psicoprofilaxis perinatal. Respiraciones Rítmicas.



<p>Uso de aromaterapia y musicoterapia</p>	<p>La universidad de Maryland (Estados Unidos) concluyó que la música tiene efectos beneficiosos sobre el cuerpo humano, como bajar la TA, disminuir el pulso, relajar la musculatura y la respiración y conseguir movimientos más rítmicos, además es un elemento distractor que aumenta la sensación de control y provoca un aumento de los niveles de endorfinas. Estas ventajas contribuyen a mejorar el estado de ánimo de la mujer, que con una buena y personalizada elección de la música, puede modificar notablemente su carácter y hacer frente a este momento de forma más tranquila y sosegado (Palos, 2011).<sup>78</sup></p> <p>La aromaterapia es una terapia natural que utiliza aceites esenciales que se extraen de flores, tallos, raíces de plantas y hojas. Los aromas cambian nuestros estados de ánimo porque el bulbo olfativo está en contacto directo con las células del cerebro, neroli, bergamota, rosa, manzanilla o incienso ayuda a aliviar el miedo y la ansiedad, y promover la relajación entre las contracciones.<sup>79</sup></p>
--	---

<sup>78</sup> Arjona López Manuel. Proceso de parto y estrategias para afrontarlo. Trabajo de fin de grado. Universidad de Jaén. Facultad de ciencias de salud. Jaén 26 de junio del 2015 P. 32

<sup>79</sup> Disponible en [matronaencasa.blogspot.mx/?m=1](http://matronaencasa.blogspot.mx/?m=1)

Enseñanza del uso del fullar	Las mujeres durante el trabajo de parto, sienten la necesidad de sostenerse la parte baja del abdomen cuando se encuentran de pie. El Rebozo puede servir para que su pareja le sostenga el abdomen mientras realizan juntos un "baile lento" que promueve una mayor efectividad de las contracciones uterinas y el progreso del parto <sup>80</sup> .
Orientar sobre el uso de la pelota.	Es una técnica que proviene de Suiza, consiste en el uso de grandes pelotas de goma, para relajar la musculatura y mejorar la movilidad de la pelvis, entre otros usos. La esferodinámia o "fitball", está indicada en la fase de dilatación del parto, permite movimientos suaves y de contracción del suelo pélvico facilitando el descenso del bebé y la corriente sanguínea hacia la placenta (Smith, Levett, Collins y Crowther, 2011) <sup>81</sup>
Enseñar al acompañante a realizarle masaje a Sandra.	Incluye la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo y se utiliza para ayudar a relajar los músculos tensos y suavizar y calmar a la gestante. Dos ensayos efectuados concluyen que la utilización del masaje durante el parto mejora el flujo sanguíneo y la oxigenación de

<sup>80</sup> Medidas para el parto: con el Rebozo Escrito por Guadalupe Trueba. Disponible: [nurturingcrosscultures.org/es/articulos/100-medidas-para-el-parto-con-el-rebozo](http://nurturingcrosscultures.org/es/articulos/100-medidas-para-el-parto-con-el-rebozo)

<sup>81</sup> Arjona López Manuel. Proceso de parto y estrategias para afrontarlo. Trabajo de fin de grado. Universidad de Jaén. Facultad de ciencias de salud. Jaén 26 de junio del 2015 P. 31





	los tejidos. <sup>82</sup>
Alentar a Sandra con palabras motivantes	Las enfermeras ejercen gran influencia en el estado emocional y mental de la mujer en trabajo de parto. La reducción del miedo, incertidumbre, tensión y soledad pueden hacer la diferencia para la mujer entre sentirse rebasada y fuera de control y sentirse segura y confiada. <sup>83</sup>

EVALUACIÓN: Hubo algunas intervenciones que prefirió más que otras, Sandra se mantiene tranquila y cooperadora, permitiendo evolucionar su trabajo de parto, aunque hubo momentos en que necesito de mucha motivación, a pesar de contar con su familiar, por lo que las actividades se realizaron al 70%.

---

<sup>82</sup> Arjona López Manuel. Proceso de parto y estrategias para afrontarlo. Trabajo de fin de grado. Universidad de Jaén. Facultad de ciencias de salud. Jaén 26 de junio del 2015.

<sup>83</sup> Reduciendo el dolor y mejorando el progreso en el trabajo de parto: una guía de métodos no farmacológicos para proveedores de servicios de salud de maternidad. Penry Simkin, PT. Septiembre, 1995



**Requisito alterado:** Previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

**Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de caídas relacionado con entorno desconocido y necesidad de movilización.

**Agente de Autocuidado:** En vías de desarrollo

**Sistema de enfermería:** Apoyo educativo

**Objetivo de Sandra:** utilizar las medidas preventivas

**Objetivo de agente de cuidado terapéutico:** Minimizará el riesgo de caída.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
Utilizar barandales de longitud y altura, freno de la cama.	Mantener la cama en la posición más baja. Evitar la presencia de objetos desordenados en el suelo de la habitación, retirar muebles bajos que supongan un riesgo para la deambulación, mantener el mobiliario siempre en buen estado, disponer de una iluminación adecuada, facilitar a los pacientes acceso a timbres y luces. <sup>84</sup> Los pacientes con enfermedades agudas, más frecuentes representan el 23.7%, seguidos de pacientes en etapas de embarazo, parto y puerperio. <sup>85</sup>

84. 90 prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Prevención de caídas en paciente ingresados. Gobierno del principado de Asturias. 2010

85 Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados, Secretaría de Salud, 2010.

<p>Instruir a Sandra cuando su estado de salud lo permita sobre la forma de colaborar en la movilización dentro y fuera de la cama.</p>	<p>El personal de enfermería es quien, directamente se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos los aspectos, lo que incluye la información a los pacientes y familiares sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado del paciente.<sup>86</sup></p>
<p>Identificar y eliminar los riesgos respecto a la seguridad del ambiente</p>	<p>Un estudio demostró que el paciente que ingresa a una institución hospitalaria se encuentra sensiblemente vulnerable en su entorno, tanto en lo físico como en lo anímico, por lo que enfrenta a riesgos que no se limitan a las infecciones nosocomiales.<sup>87</sup></p>
<p>Apoyo de familiar</p>	<p>El principal objetivo es educar al paciente y a sus cuidadores en la prevención de caídas durante su estancia en el hospital y establecer unas medidas que les ayude a evitar también posibles accidentes a partir del momento de alta hospitalaria<sup>88</sup></p>
<p>Orientar sobre el conocimiento de protocolo de caídas.</p>	<p>Informe al paciente y familia sobre el riesgo y las acciones para disminuirlo, oriente al familiar y al paciente, sobre la importancia de acatar las medidas de seguridad adoptadas. Involucre a la familia y solicite su apoyo para proporcionar cuidados seguros.</p>

<sup>86</sup> Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados, Secretaria de Salud, 2010.

<sup>87</sup> Ibídem.

<sup>88</sup> Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Gobierno de Principado de Asturias. Noviembre 2010.



	Mantenga comunicación estrecha con paciente y/o familia. <sup>89</sup>
Identificar el riesgo de caídas a través de la escala de Downton.	<p>El paciente que ingresa a una institución hospitalaria se encuentra sensiblemente vulnerable en su entorno, tanto en lo físico como en lo anímico, por lo que se enfrenta a riesgos que no se limitan a las infecciones nosocomiales, sino que se amplían, puesto que tiene contacto con el entorno hospitalario. Durante la estancia hospitalaria pueden suceder incidentes que originan lesiones y en algunas ocasiones dejan secuelas, lo cual incrementa el tiempo de hospitalización, la morbilidad o la mortalidad. Uno de los riesgos frecuentes son las caídas. Por eso, todo paciente que ingrese a un medio hospitalario debe ser valorado para determinar el grado de riesgo desde su ingreso y en cualquier momento en el que haya un cambio en su condición.</p> <p>Los pacientes con alto riesgo de caídas fueron los que tuvieron diagnóstico médico de puerperio, diabetes mellitus, fracturas, enfermedad vascular cerebral, hipertensión arterial sistémica, traumatismo cráneo-encefálico, neumonías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, convulsiones e insuficiencia renal crónica.<sup>90</sup></p>

<sup>89</sup> Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital universitario “Reina Sofía” octubre 2011

<sup>90</sup> Almazán-Castillo MR, Jiménez-Sánchez J. Escala de valoración de riesgos de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013;21(1): 9-14



**EVALUACIÓN:** Sandra comprende y realiza las medidas preventivas de caídas, con apoyo de su familiar y del personal de enfermería.

**Requisito alterado:** Previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

**Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de alteración hemodinámica de la diada materno–fetal relacionado con cansancio materno, durante el trabajo de parto y parto.

**Agente de Autocuidado:** En vías de desarrollo

**Sistema de enfermería:** Parcialmente compensatorio y apoyo educativo

**Objetivo de Sandra:** Mostrarse cooperadora con el procedimiento, se mantenga segura, disminuir el cansancio, ahorro de energía.

**Objetivo de agente de cuidado terapéutico:** Detectar alteraciones, evitando riesgos.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
Ofrecer ingesta de líquidos y alimentos ligeros a Sandra	Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades. <sup>91</sup>  Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto, para prevención de la cetosis. <sup>92</sup>

<sup>91</sup> NOM 007 –SSA2-2016 Para la atención de la mujer embarazada, parto y puerperio y de la persona recién nacida.

<sup>92</sup> Guía de Práctica clínica sobre la atención al parto normal. Vitoria-Gasteiz,2010. Disponible: <http://publicaciones.administraciones.es>

	<p>El equilibrio nutritivo deficiente puede asociarse con un trabajo de parto más prolongado y más doloroso, y el ayuno no garantiza un estómago vacío ni menos acidez.</p> <p>Como las pruebas no muestran beneficios ni daños, no hay ninguna justificación para la restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto para las mujeres con bajo riesgo de complicaciones. Ningún estudio evaluó específicamente las mujeres con riesgo aumentado de complicaciones, en consecuencia, no hay pruebas para apoyar las restricciones en este grupo de mujeres.<sup>93</sup></p>
Evitar el inicio precoz del pujo	<p>el «inicio precoz del pujo» parece tener efectos negativos como:<sup>94</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones hemodinámicas maternas y fetales.</li> <li>• Efectos negativos en el bienestar fetal, como deceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal, hipoxemia y cambios en el equilibrio ácido-base.</li> <li>• Aumento de la fricción de la presentación fetal con la pared vaginal posterior.</li> <li>• Lesión de los músculos perineales y los ligamentos uterinos.</li> <li>• Mayor incidencia de partos instrumentales.</li> </ul>

<sup>93</sup> Singata M, Tranmer J, Gyte G. Restricción de líquidos por vía oral y de ingesta de alimentos durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930

<sup>94</sup> Periodo expulsivo. <http://www.federacion-matronas.org/rs/109/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/431/rclang/es-ES/filename/expulsivo.pdf>

<p>Medición de constantes vitales por lo menos cada dos horas</p>	<p>La NOM 007 recomienda: El registro e interpretación de los signos vitales deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.<sup>95</sup> Los signos vitales son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación. De la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos.<sup>96</sup></p>
<p>Valoración de la frecuencia cardiaca fetal, actividad uterina.</p>	<p>Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 min por periodos de 10 minutos, la frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse, antes, durante y después y se sugiere un control de 30 a 45 minutos<sup>97</sup>.</p> <p>Durante el embarazo y en especial durante el trabajo de parto, indirectamente se realiza la valoración clínica del funcional del cerebro fetal a través de los hallazgos del comportamiento cardiaco.<sup>98</sup></p>
<p>Uso del partograma</p>	<p>El partograma es un instrumento de una página que se usa para evaluar la evolución del parto. Las líneas de alerta y de acción del partograma ayudan al personal sanitario a reconocer el parto</p>

<sup>95</sup> NOM 007 –SSA2-2016 Para la atención de la mujer embarazada, parto y puerperio y de la persona recién nacida.

<sup>96</sup> Villegas González V. Villegas González J. Villegas Arenas O.A, Semiología de los signos vitales: una mirada novedosa a un problema vigente. Archivos de Medicina 8(Col)201212221-240.Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273825390009>.Fecha de consulta:04 de diciembre de2016

<sup>97</sup> NOM 007 –SSA2-2016 Para la atención de la mujer embarazada, parto y puerperio y de la persona recién nacida.

<sup>98</sup> Torres Torija Luis Espinosa. Parto: mecanismo, clínica y atención. México: Manual M. ;2009.

	prolongado u obstruido y actuar en consecuencia. <sup>99</sup>
Realización de tactos	En los embarazos de bajo riesgo, se recomienda el tacto vagina a intervalos de cuatro horas para evaluación de rutina en la fase activa del periodo de dilatación. <sup>100</sup>

EVALUACIÓN: Sandra se mantiene tranquila, alerta y cooperadora con los procedimientos.

---

<sup>99</sup> Lista OMS de verificación de la seguridad del parto. Guía de aplicación.2015.P.47

<sup>100</sup> Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la infecciones en el periparto.2015. Disponible en WHO\_RHR\_16.01.spa.pdf



**Requisito alterado:** Previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

**Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de pérdida de integridad del periné relacionado con desconocimiento para realizar el pujo durante el segundo periodo del trabajo de parto.

**Agente de Autocuidado:** En vías de desarrollo.

**Sistema de enfermería:** Parcialmente compensatorio y apoyo educativo.

**Objetivo de Sandra:** Colabore con el nacimiento y con modulación del pujo.

**Objetivo de agente de cuidado terapéutico:** Minimizar desgarros del periné.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
Permitir el descenso fetal y los pujos espontáneos	El «descenso pasivo fetal» no ha mostrado ningún efecto adverso en el resultado fetal o neonatal y, por el contrario, sí parece tener algunos beneficios: <sup>101</sup> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mayor tasa de partos espontáneos.</li><li>• Menos fatiga o cansancio materno.</li><li>• Menos traumatismos perineales.</li><li>• Mayor protección del suelo pélvico.</li><li>• Menor tasa de incontinencia y prolapso de órganos pélvicos en el futuro.</li></ul>
Enseñanza en la modulación del	Las respiraciones rítmicas son modificaciones de tu respiración normal, que profundizan la relajación y

<sup>101</sup> Periodo expulsivo. <http://www.federacion-matronas.org/rs/109/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/431/rglang/es-ES/filename/expulsivo.pdf>

pujo	<p>ayudan a mejorar el estrés del trabajo de parto.</p> <p>Jadea una vez que haya salido la cabeza del bebé para prevenir desgarros y dar tiempo al nacimiento de hombros.<sup>102</sup></p>
Realizar la maniobra de Ritgen modificada	<p>Consiste en colocar una mano sobre el perineo durante la contracción para proteger las partes blandas, se utiliza una gasa o parte de una compresa para evitar la contaminación y ejercer presión. Con ello se evita un desprendimiento brusco y el consiguiente trauma, es inocua y muy efectiva.<sup>103</sup></p>
Colocación de postura adecuada para minimizar el riesgo de desgarros	<p>Se ha demostrado que las posiciones verticales en el expulsivo tienen beneficios evidentes<sup>1-4</sup>. Por ello, si la mujer lo elige durante el parto, se debería favorecer la posición vertical y evitar el uso de la posición supina, particularmente la de litotomía.<sup>104</sup></p>
Utilización de fomentos calientes, masaje sobre el periné	<p>El masaje perineal durante el embarazo es una técnica preventiva que trata de ablandar y estirar la piel y tejidos del periné mediante la estimulación táctil de los mismos, con el fin de que el periné aumente su elasticidad y se encuentre en unas condiciones óptimas para afrontar el periodo expulsivo del parto. Además ayuda a la gestante a familiarizarse con la sensación de estiramiento, consiguiendo que esta zona esté más relajada en el</p>

<sup>102</sup> Recomendaciones para gestantes. Hospital Angeles Pedregal.

<sup>103</sup> Félix Baéz Carlos Armando. Manual de maniobras y procedimientos en OBSTETRICIA. 1ra Edición. México:2006.

<sup>104</sup> Posiciones en el expulsivo. Disponible <http://www.federacion-matronas.org/>

	momento del parto. Lo que se pretende con la realización de esta práctica es reducir el riesgo de sufrir un desgarro o una episiotomía y reducir el dolor postparto. <sup>105</sup>
--	---

EVALUACIÓN: Sandra durante el segundo periodo del trabajo de parto, mantiene la integridad del periné.

---

<sup>105</sup> Masaje perineal como prevención del trauma perineal. Alumno: Alfredo Rodríguez Millán Tutor: Prof. D. Francisco Javier Ruiz Peregrina Departamento: Enfermería Junio, 2015

**Requisito alterado:** Previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

**Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de hemorragia obstétrica en el tercer periodo de trabajo de parto relacionado con tono uterino por multiparidad.

**Agente de Autocuidado:** Estudiante de Enfermería Perinatal.

**Sistema de enfermería:** Parcialmente compensatorio y apoyo educativo

**Objetivo de Sandra:** detectar hemorragia transvaginal

**Objetivo de agente de cuidado terapéutico:** Minimizará el riesgo de hemorragia.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto	Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior. Realizar pinzamiento del cordón umbilical, tracción suave y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal. <sup>106</sup>
Realizar masaje uterino	Practique periódicamente el masaje uterino con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del globo de seguridad de Pinard. Debe orientarse a la mujer a fin de que continúe practicándose el masaje uterino. Repita

---

<sup>106</sup>NOM 007 –SSA2-2016 Para la atención de la mujer embarazada, parto y puerperio y de la persona recién nacida.

	el masaje uterino cada 15 minutos durante las primeras 2 horas. <sup>107</sup>
Verificar el globo de seguridad de Pinard	La atonía uterina, representa la causa más frecuente de la hemorragia posparto y ocurre cuando no hay una adecuada contractilidad miometrial después de la expulsión de la placenta, lo que resulta en una excesiva pérdida sanguínea a nivel del lecho placentario. <sup>108</sup>
Revisión del canal de parto	Durante el trabajo de parto pueden ocurrir lesiones en cualquier parte del canal de parto. De igual manera pueden ocurrir desde abrasiones y desgarros profundos en la mucosa vaginal, hasta rotura uterina, es importante que se reparen lesiones con el fin de disminuir la morbilidad asociada al trauma perineal. <sup>109</sup> Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto. <sup>110</sup>
Vigilar pérdidas transvaginales	La hemorragia posparto constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud. <sup>111</sup>

<sup>107</sup> Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo. Managua. 2008

<sup>108</sup> Félix Baéz Carlos Armando. Manual de maniobras y procedimientos en OBSTETRICIA. 1ra Edición. México: 2006

<sup>109</sup> Ibídem

<sup>110</sup> NOM 007 –SSA2-2016 Para la atención de la mujer embarazada, parto y puerperio y de la persona recién nacida

<sup>111</sup> Félix Baéz Carlos Armando. Manual de maniobras y procedimientos en OBSTETRICIA. 1ra Edición. México: 2006

Medición de constantes vitales	En la primera hora del puerperio, revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, la altura y el fondo del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras hora del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso. <sup>112</sup>
Orientar a Sandra sobre datos de alarma	Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. <sup>113</sup>

EVALUACIÓN: Sandra se mantiene hemodinámicamente estable y presencia de globo de seguridad de pinard.

---

<sup>112</sup> NOM 007 –SSA2-2016 Para la atención de la mujer embarazada, parto y puerperio y de la persona recién nacida

<sup>113</sup> Ibídem

## RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

La Sra. Sandra con dilatación y borramiento completo, en el 4to plano de Hodge, se coloca a libre elección en camilla para atención del parto, a las 23:30 horas, se obtiene producto único vivo, por vía vaginal, quien llora y respira al nacer, fecha de nacimiento: 11 de octubre 2016, de sexo masculino, se realiza apego inmediato y pinzamiento tardío del cordón, se observa con llanto fácil y facies de alegría, continua en compañía de su esposo, quien también se muestra conmovido y muy cooperador. Hallazgos: apgar 8/9, peso de 2850 gramos, talla de 48 cm, capurro 39 semanas de gestación.

## VALORACIÓN

Sandra multípara con Gesta 4, Para 4, cursando primeros minutos de puerperio inmediato. Sandra refiere un poco de cansancio y hambre, niega datos de vasoespasmo. Se observa con palidez tegumentaria, mucosa oral semihidratada, mamas turgentes con pezón formado y presencia de galactopoyesis, abdomen blando, depresible, útero involucionado por debajo de la cicatriz umbilical lateralizado hacia la izquierda, con adecuado tono uterino, sangrado transvaginal escaso, canal de parto sin presencia de desgarros o lesiones, sin edema de miembros pélvicos. Continua bajo vigilancia y monitorizando sus signos vitales.

**Requisito alterado:** Previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

**Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de infección puerperal relacionado con presencia de infecciones genitourinarias durante el embarazo.

**Agente de Autocuidado:** En vías de desarrollo

**Sistema de enfermería:** Parcialmente compensatorio y apoyo educativo.

**Objetivo de Sandra:** Sandra comprenderá la importancia de la ingesta de líquidos e higiene personal.

**Objetivo de agente de cuidado terapéutico:** Orientar sobre los datos de urosepsis e infección.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
Orientar sobre datos de infección puerperal	Enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea, y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación. Infección del tracto genital que ocurre en el periodo transcurrido entre la rotura de membranas o el nacimiento y los 42 días postparto y la presencia de uno o más de los siguientes datos clínicos: 1.dolor pélvico, 2. Flujo vaginal normal, 3 flujo fétido transvaginal y 4. Retardo en la involución uterina. <sup>114</sup> Las infecciones de vías urinarias y cervico-vaginales

<sup>114</sup> Guía de referencia rápida 085 enfermedades post parto. Diagnóstico y tratamiento de la sepsis puerperal.





	durante el embarazo son factores predisponentes para la sepsis puerperal. <sup>115</sup>
Orientar sobre medidas de higiene dietéticas.	<p>La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente.</p> <p>La importancia de este tipo de infecciones requiere un diagnóstico seguro, rápido y eficaz, así como un tratamiento antibiótico y ocasionalmente quirúrgico. A menudo las pacientes presentan síntomas iniciales de infección puerperal tras el alta, demandando la asistencia en el servicio de urgencias. Las pautas de prevención, cada vez más importantes, han disminuido la frecuencia de esta patología<sup>116</sup></p> <p>Realizar cambio frecuente de la toalla sanitaria. Hay que lavarse la zona con agua templada, más tirando a fría, cada vez que se vaya al baño (micción o defecación). Siempre de delante hacia atrás para no contaminar el área vaginal con las bacterias de la zona anal.<sup>117</sup></p> <p>Se recomienda el consumo de abundantes líquidos, vaciamiento completo de la vejiga en forma frecuente, después de tener relaciones sexuales, aseo genital adecuado, uso de ropa interior de algodón.<sup>118</sup></p> <p>Hay evidencia de que el jugo de arándano puede disminuir el número de IVU sintomáticas en un</p>

<sup>115</sup> Guía de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de las sepsis puerperal.

<sup>116</sup> Ibídem

<sup>117</sup> <http://www.webconsultas.com/embarazo/el-posparto/consejos-sobre-la-higiene-en-el-puterperio>

<sup>118</sup> Guía de práctica clínica en el Diagnóstico y tratamiento de la Infección del Tracto urinario Bajo durante el embarazo en un Primer Nivel de Atención

	periodo de 12 meses, sobre todo en mujeres con IVU recurrentes. <sup>119</sup>
--	--

EVALUACIÓN: Sandra se muestra cooperadora e interesada por las recomendaciones, refiere dudas, que son aclaradas por el personal de la salud, se le concientiza que son importantes la medida higiénico- dietéticas para el cuidado de la salud.

---

<sup>119</sup> Guía de práctica clínica en el Diagnóstico y tratamiento de la Infección del Tracto urinario Bajo durante el embarazo en un Primer Nivel de Atención

**Requisito alterado:** Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

**Diagnóstico de enfermería:** Vínculo afectivo eficaz de la triada materna relacionado con el nacimiento de la persona recién nacida manifestado por facies de alegría.

**Agente de Autocuidado:** En vías de desarrollo

**Sistema de enfermería:** Apoyo educativo.

**Objetivo de Sandra:** Sandra tendrá una experiencia inolvidable

**Objetivo de agente de cuidado terapéutico:** Favorecer y crear vínculos a largo tiempo.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
Permitir la participación del padre	Los padres que participaron en un curso de preparación al parto junto con la madre, describieron la experiencia del parto mucho más positiva que los que no participaron en el curso. Además los padres que participaron en los cursos mostraron menos señales de depresión post-parto que los padres que no participaron. En términos generales, los estudios demuestran que las madres que han seguido clases de preparación al parto tienen partos más breves, menos dolorosos, precisan menos medicación. <sup>120</sup> Genera conductas de interés en los cuidados

<sup>120</sup> El papel del padre Hendrik Vaneeckhaute Julio 2011, revisado Marzo 2014. Disponible <http://laserrada.org/files/2010/11/papeldelpadre.pdf>

	tempranos hacia sus hijos recién nacidos, por parte de padres pertenecientes a un medio social y cultural que no promovía ni facilitaba dichas conductas. Esto debiera motivar futuros estudios, tendientes a promover una mayor participación de los padres, incluso, desde el momento mismo del parto. <sup>121</sup>
Permitir la fluidez de emociones	El padre, a la hora del parto, es un punto de apoyo constante, ya que el parto debe convertirse en un trabajo de colaboración de los dos, así las relaciones de pareja se verán reforzadas y mejoradas gracias a esta nueva vivencia (Alcáñiz, 2012). <sup>122</sup>

EVALUACIÓN: Sandra y su esposo se observa muy feliz, en todo el trabajo de parto se permitió la participación activa del acompañante.

<sup>121</sup> Villalón U Hernán, Toro G Rosario, Riesco C Isidora, Pinto C Mauricio, Silva V Cristián. Participación paterna en la experiencia del parto. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2014 Oct [citado 2017 Ene 01]; 85( 5 ): 554-560. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062014000500005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000500005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062014000500005>.

<sup>122</sup> Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat Trabajo final de Grado Curso académico 2013-2014 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DE LOS HOMBRES ANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO Dra. Serena Brigidi Sant Cugat del Vallés, Junio de 2014

## X. PLAN DE ALTA

### RECOMENDACIONES PARA LA MADRE:

- Felicidades por este momento tan importante en su vida, por ahora se encuentra en una etapa en donde su cuerpo comienza a recuperarse llamado puerperio, el cual dura 42 días a partir del parto por lo que se recomienda que aproveche a descansar mientras el bebé duerme, ya que hubo un desgaste físico y emocional en el parto, también podrá pasar a valoración en el consultorio de Lactancia materna, para cerciorarnos de que todo va bien.
- Presentará una secreción vaginal llamada loquios, el cual primero es rojo y abundante y conforme pasen los días irá disminuyendo en cantidad y color hasta desaparecer.
- Es común que presente cólicos tipo menstrual cuando esté amamantando ya que al hacerlo se produce una hormona llamada oxitocina la cual actúa directamente sobre tu útero, haciéndolo más pequeño, hasta alcanzar su tamaño normal
- Podría también presentar edema en piernas y pies, que disminuirá solo con la elevación de los mismos.
- Es importante que la alimentación sea lo más variada posible con aumento en frutas y verduras y no olvide consumir abundantes líquidos al día.
- Recuerda la importancia de la asistencia a las consultas, la primera a los 15 días y la segunda al finalizar el puerperio, queremos saber cómo se encuentra disfrutando esta etapa y detectar cualquier complicación.
- No olvidar que por el momento no es recomendable que reanude su vida sexual, se sugiere que espere a que finalice el puerperio.
- Aún existen riesgos de complicaciones como sangrados e infecciones, por lo que no olvide acudir inmediatamente en caso de la presencia de datos de alarma: cefalea, zumbido de oídos, ver lucécitas, dolor en la boca del estómago, sangrado transvaginal abundante y de mal olor, dolor en vientre, fiebre, escalofríos, tristeza muy profunda.

- Cuando alimente a su bebé no es necesario hacerse alguna limpieza extra en los pezones ya que esto solo los reseca, con el baño diario es suficiente y colocar un poco de secreción en los pezones, es perfecto para evitar esa molestia.

#### RECOMENDACIONES PARA LA PERSONA RECIÉN NACIDA:

- La persona recién nacido dormirá la mayor parte del día, recuerda que los primeros 6 meses de vida del recién nacido se alimentará con leche materna la cual será exclusiva y a libre demanda, esto quiere decir que no se necesita de otro tipo de líquido como agua, jugos o tés para ser completa, la leche es idónea para el recién nacido y pedirá las veces que él la requiera, aproximadamente cada 2-3 horas, no dejes que pase más tiempo en el caso que el bebé no te pida de comer.
- Recuerde “sacarle el aire”, posterior a la alimentación para evitar los cólicos.
- El cordón umbilical del recién nacido se caerá entre los 7-14 días, no necesita de ninguna curación especial, solo mantenerlo seco y fuera del pañal para evitar se contamine con heces fecales u orina, posterior a la caída del cordón, no requiere que se le coloque fajeros o monedas sobre la cicatriz umbilical.
- Deberá asistir a Medicina Preventiva entre las 72 hrs-120 horas posteriores al nacimiento, para la realización del tamiz metabólico y auditivo.
- Cuando vaya a bañar a su recién nacido, trata de hacerlo rápido teniendo todo cerca y listo, para evitar exponerlo a corrientes de aire, cerrar puertas y ventanas, manteniendo un ambiente cálido.
- Antes de retirarse del hospital, es necesario pasar a Medicina Preventiva para aplicación de la vacuna BCG y Hepatitis B para el recién nacido, son importantes las inmunizaciones para él, evite retrasarse en su cartilla de vacunación.
- En caso de presentar algún dato de alarma con el recién nacido como: disnea, cianosis, presente fiebre o hipotermia (temperatura por debajo de los 36 ° C.), llanto frecuente, deposiciones con sangre y muy frecuentes (más de 10

evacuaciones al día) que su bebé vomite muy frecuente es necesario acudir inmediatamente a hospital más cercano.

- Recuerde darle baños de sol a su bebé, los recién nacidos tienden a ponerse ictericos (amarillos), se recomienda dar sus baños de sol por la mañana, solo en pañal y cerca de una ventana, por unos 15-20 minutos.
- Su bebé podrá asistir a valoración del niño sano durante los primeros 2 años de edad y a las sesiones de estimulación temprana, se recomienda haga lo posible por traerlo.

## XI. CONCLUSIONES

Este estudio de caso es claro ejemplo que nosotras como especialistas y personal de salud, quien se encarga de la atención directa de la gestante, podemos hacer la diferencia, otorgando atención con trato digno y un alto nivel de compromiso, siempre tomando en cuenta las decisiones de la madre con base en una completa información brindada.

Asimismo, la especialista en Enfermería Perinatal, demuestra que para atender un parto “respetado” no se requiere de un equipo sofisticado y vanguardista, en mi opinión, necesitamos de un alto respeto por la dignidad humana y cambiar paradigmas, por unos basados en conocimientos sólidos de recomendaciones de la OMS, Guías de Prácticas de clínicas y Normas oficiales.

También no es sorprendente que a pesar que estas recomendaciones fueron emitidas desde el año 1985 por la OMS con respecto a la atención del parto, apenas comiencen a llevarse a cabo en algunas instituciones de salud del país, aún con mucha resistencia y miedo por parte del mismo personal de salud; queda muchas oportunidades de mejora en la atención materna, considero que es un gran compromiso adquirido como especialista que se puede afrontar con conocimiento y capacitación.



## XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Universidad Nacional Autónoma de México;2009. 148 p.
2. El nacimiento de los mamíferos. Michel Odent. Ob stare. El mundo de la maternidad 2005 (15):23-29. Disponible en [www.obstare.com](http://www.obstare.com)
3. Araoz Santa Cruz Rubén. PARTO NATURAL HUMANIZADO SCIENTIFICA [revista en la internet]2007 sep[citado 2016Nov 25]; 5(5):14-18. Disponible en [http://wwwrevistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1813-005400700020000a&ing=es](http://wwwrevistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-005400700020000a&ing=es)
4. Nicolás Viguera M D, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L, ARNAU SÁNCHEZ J, MARTÍNEZ ROCHE M E, Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia.. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana 20127225-247. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62323322005>. Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2016.
5. Pujadas-Ríos X, Oviedo-Rodríguez R, Montero-Torres F, Pineda. J. Humanización del parto en la medicina de excelencia. Medisur [revista en Internet]. 2011 [citado 2016 Nov 25]; 9(5):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1736>
6. Iglesias Casás, S., Conde García, M., & González Salgado, S. (2009). Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas profesión*, 10(2), 5-11.
7. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. OMS. 2014. Disponible: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1)
8. Antología. Teorías y modelos de enfermería. Ciencia de Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México; 2003. 137 p.

9. <http://hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html>
10. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985 Organización Mundial de la Salud Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM  
Disponibile:[http://www.unizar.es/med\\_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf)
11. María Jesús Blázquez. Curso de Medicina Naturista Zaragoza - 13-diciembre 2003
12. Dr. Rubén Araoz Santa Cruz. Parto Natural Humanizado: Sociedad Científica de estudiantes de enfermería de Medicina U.M.S.A. 2007 sept;No.5 año5
13. Iribarren Gracia Romeral. La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario. Trabajo de Grado, Facultad de enfermería y fisioterapia; 2016.
14. Recomendaciones de la Organización mundial de la salud, en la atención sobre el parto
15. Gaceta Legislativa del Congreso del estado de Veracruz, año 2, núm. 94, 4 de diciembre de 2008, p. 7. Disponible en [consulta: 20 de noviembre de 2016].
16. CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTE, LEY GENERAL DE SALUD. NOM-168-SSA-1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Disponible en:[http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/coesamed\\_nayarit/publicaciones/pdf/carta\\_derechos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf)
17. Norma Oficial Mexicana nom-007-ssa2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida
18. CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERAS. Disponible en:  
[http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

19. Bases Fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Conferencia dictada por Doctor R. Caldeyro -Barcia, en el simposio sobre "Recientes adelantos en Medicina perinatal . Tokio, Japón Oct 21 y 22, 1979.
20. Reduciendo el dolor y mejorando el progreso en el trabajo de parto: una guía de métodos no farmacológicos para proveedores de servicios de salud de maternidad. Penry Simkin, PT. Septiembre, 1995.
21. Técnicas complementarias para el alivio del dolor en parto. Disponible en: [www.federación-matronas.org](http://www.federación-matronas.org)>filename.
22. Recomendaciones durante el parto. Hospital Ángeles del Pedregal
23. Manual de métodos y recurso en psicoprofilaxis perinatal, recursos básicos utilizados en psicoprofilaxis perinatal. Respiraciones Rítmicas.
24. Arjona López Manuel. Proceso de parto y estrategias para afrontarlo. Trabajo de fin de grado. Universidad de Jaén. Facultad de ciencias de salud. Jaén 26 de junio del 2015 P. 32
25. Disponible en [matronaencasa.blogspot.mx/?m=1](http://matronaencasa.blogspot.mx/?m=1)
26. Medidas para el parto: con el Rebozo Escrito por Guadalupe Trueba. Disponible:
27. [nurturingacrosscultures.org/es/articulos/100-medidas-para-el-parto-con-el-rebozo](http://nurturingacrosscultures.org/es/articulos/100-medidas-para-el-parto-con-el-rebozo)
28. Guía de Práctica clínica sobre la atención al parto normal. Vitoria-Gasteiz, 2010. Disponible: <http://publicaciones.administraciones.es>
29. Reduciendo el dolor y mejorando el progreso en el trabajo de parto: una guía de métodos no farmacológicos para proveedores de servicios de salud de maternidad. Penry Simkin, PT. Septiembre, 1995.
30. Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados, Secretaría de Salud, 2010.
31. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. gobierno de Principado de Asturias. Noviembre 2010.

32. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital universitario "Reina Sofía" octubre 2011
33. Villegas González V. Villegas González J. Villegas Arenas O.A, Semiología de los signos vitales: una mirada novedosa a un problema vigente. Archivos de Medicina 8(Col)201212221-240.Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273825390009>.Fecha de consulta:04 de diciembre de 2016.
34. Torres Torija Luis Espinosa. Parto: mecanismo, clínica y atención. México: Manual Moderno;2009.
35. Lista OMS de verificación de la seguridad del parto. Guía de aplicación.2015.P.47
36. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la infecciones en el parto.2015. Disponible en WHO\_RHR\_16.01.spa.pdf
37. .Félix Baéz Carlos Armando. Manual de maniobras y procedimientos en OBSTETRICIA. 1ra Edición. México:2006.
38. Posiciones en el expulsivo. Disponible <http://www.federacion-matronas.org/>
39. Masaje perineal como prevención del trauma perineal. Alumno: Alfredo Rodríguez Millán Tutor: Prof. D. Francisco Javier Ruiz Peregrina Departamento: Enfermería Junio, 2015
40. Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacida y puerperio de bajo riesgo.Managua.2008.
41. PINTO L FERNANDO . Apego y lactancia natural. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2007 Oct [citado 2016 Dic 04] ; 78( Suppl 1 ): 96-102. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062007000600008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000600008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000600008>.
42. Manual de Lactancia Materna UNICEF Honduras. Adaptación UNICEF Ecuador 2012. Disponible: [www.unicef.org.ec](http://www.unicef.org.ec)
43. Guía de referencia rápida 085 enfermedades post parto. Diagnóstico y tratamiento de la sepsis puerperal

44. <http://www.webconsultas.com/embarazo/el-posparto/consejos-sobre-la-higiene-en-el-puerperio>
45. El papel del padre Hendrik Vaneeckhaute Julio 2011, revisado Marzo 2014. Disponible <http://laserrada.org/files/2010/11/papeldelpadre.pdf>
46. Villalón U Hernán, Toro G Rosario, Riesco C Isidora, Pinto C Mauricio, Silva V Cristián. Participación paterna en la experiencia del parto. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2014 Oct [citado 2017 Ene 01]; 85( 5 ): 554-560. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062014000500005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000500005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062014000500005>.
47. Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat Trabajo final de Grado Curso académico 2013-2014 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DE LOS HOMBRES ANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO Dra. Serena Brigidi Sant Cugat del Vallés, Junio de 2014
48. PARTO HUMANIZADO. RELACAHUPAN-URUGUAY. Partera Elvira Lutz .Ps Sandra Misol 2006-2007
49. Periodo expulsivo. <http://www.federacion-matronas.org/rs/109/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/431/rglang/es-ES/filename/expulsivo.pdf>

### XIII. ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL


**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

FECHA: 11 octubre 2016

YO: Sandra G.C. quien suscribe

Este documento, estoy de acuerdo en participar en el estudio de caso Clínico de la L.E.O. María Teresa del Sagrario Salas Sangabriel para fines educativos.

Por lo que autorizo el uso de mis datos, expediente e información personal.

  
S.G.C.







UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA PERINATAL.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Enfermera (o) perinatal: \_\_\_\_\_

1.- DATOS GENERALES.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Peso I/A: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Grupo Rh: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Origen y Residencia: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Persona Responsable \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Pareja: Edad \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Trabaja actualmente: \_\_\_\_\_  
Padecimiento: \_\_\_\_\_ Grupo y Rh: \_\_\_\_\_

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

Tipo de familia: Nuclear \_\_\_\_\_ Extensa \_\_\_\_\_ Integrada \_\_\_\_\_ Desintegrada \_\_\_\_\_  
Con quien vive: \_\_\_\_\_ Num. de integrantes \_\_\_\_\_  
Comunicación con: La pareja    \* Hijos:     Otros familiares:      
Cada cuando se reúne con su familia: \_\_\_\_\_ Actividades que realiza con la familia: \_\_\_\_\_  
Quien es el sustento de la familia: \_\_\_\_\_ Ingresos: \_\_\_\_\_  
\*Bueno  Regular  Malo  Nulo

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

Vivienda: casa  departamento  Propia  Rentada  Otra \_\_\_\_\_  
Tipo de Ventilación \_\_\_\_\_ Tipo de Iluminación \_\_\_\_\_  
Num. cuartos \_\_\_\_\_ Cuantas ventanas: \_\_\_\_\_ Tipo de Construcción: percedero  Durable  Mixta  Tipo de combustible utiliza: Gas  Petróleo  Leña  Otros: \_\_\_\_\_  
Servicios intradomiciliarios: Agua  Luz  Drenaje  Recolección de basura cada cuando/ como: \_\_\_\_\_ Pavimentación  Vigilancia  Teléfono público  Medio de transporte  Centros Educativos: Kinder  prim.  Sec  Prep.  Univ.  Recreativos  Comerciales  Servicios Médicos Cercanos  Tiempo de distancia aprox.: \_\_\_\_\_ Zoonosis: \_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Fauna nociva: \_\_\_\_\_

**REQUISITOS DE AUTO CUIDADO**

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales  Cada cuando \_\_\_\_\_ Convive con fumadores:   Fuma   Cuantos cigarras al día \_\_\_\_\_ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación) \_\_\_\_\_  
Requiere de algún apoyo respiratorio:   ¿Cual? \_\_\_\_\_

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T/A: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ FCF \_\_\_\_\_  
Aparato respiratorio: Nariz: (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra): \_\_\_\_\_  
Tórax y pulmones: (forma y simetría, auscultación, tos, sibilancias, estertores, u otros): \_\_\_\_\_  
Sistema cardiovascular: (inspección, soplos): \_\_\_\_\_  
Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas (temperatura, color, llenado capilar, varicosidades, uñas, edema periférico): \_\_\_\_\_

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua:   Garrafón:  Potable:  Otros: \_\_\_\_\_  
Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): \_\_\_\_\_  
Líquidos que le gustan y/o desagradan: \_\_\_\_\_

## 2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

Hidratación de Piel y Mucosas: \_\_\_\_\_

Líquidos Parenterales (Tipo) \_\_\_\_\_

## 3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

### 1. HABITOS DE SALUD:

Cuántas comidas realiza durante el día: \_\_\_\_\_

Días a la semana en que consume: \_\_\_\_\_

Leche	Carne	Huevo	Verduras	Frutas	Tortillas	Pan	Quesos	Embutidos	Sal	Azúcar
-------	-------	-------	----------	--------	-----------	-----	--------	-----------	-----	--------

Alimentos que le gustan / desagradan: \_\_\_\_\_

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) \_\_\_\_\_

Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) \_\_\_\_\_

Problemas relacionados con la digestión / ingestión: \_\_\_\_\_

Que sentido le da a la comida:  Convivencia  Recompensa  Supervivencia  Paliativo  Aburrimiento

	Desayuno	Comida	Cena	Colación
¿Con quien come?				
¿Dónde?				
¿Cuanto tiempo dispone para c/comida?				
Horarios				
Alimentos				

## 2. REVISION POR SISTEMAS:

Boca: (dolores dentarios, sangrado en encía, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, pérdida del gusto, halitosis, dificultad para masticar, endodoncia, parcial o total): \_\_\_\_\_

Utiliza prótesis dental  Sí  No tiene caries:  Sí  No dientes flojos:  Sí  No Garganta:  dolor  disfagia

Observaciones \_\_\_\_\_

Aparato digestivo:  náusea  vómito  anorexia  pirosis  polifagia  eructos  dolor abdominal

Observaciones: \_\_\_\_\_

## 4. PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS.

Intestinal: (describir características de la eliminación y frecuencia): \_\_\_\_\_

Ha presentado problemas en la eliminación intestinal:  Sí  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Ingiere algo para mejorar su eliminación:  Sí  No ¿qué? \_\_\_\_\_

Vesical: (describir características y frecuencia) \_\_\_\_\_

Ha presentado problemas en la eliminación vesical:  Sí  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

¿Ingiere algo para mejorar su eliminación?:  Sí  No ¿qué? \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

## 5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

### 1. HABITOS DE SALUD

Tipo de actividad que realiza en: casa \_\_\_\_\_ trabajo \_\_\_\_\_

Realiza actividad física cual/frecuencia/tiempo: \_\_\_\_\_

Tiempo libre: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas duerme? \_\_\_\_\_ Sensación al despertar \_\_\_\_\_

¿Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño?  Sí  No ¿cómo lo resuelve? \_\_\_\_\_

Duerme durante el día:  Sí  No Cuanto tiempo: \_\_\_\_\_



### 1. DESCRIPCIÓN GINECOLOGICA

IVSA	No. Parejas Sexuales	Circuncidados	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Papanicolaou (Último) resultado.	Cirugías ginecológicas.	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria	Tumores

Dispareunia	Satisfacción	Sangrado al coito	Ultimo método anticonceptivo	Tiempo de uso	FUM	FPP

### 2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

Gesta	Periodo Intergenésico	PCAOE	Sexo	Peso	Complicaciones	SDG	Lactancia/tiempo	Defectos al nacimiento	Vivo/Muerto Salud actual

### 3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha	SDG	Peso	T/A	FU	Situación	Presentación	Posición	FCF	VAREFE	Edema	Medicamentos	Tratamiento

Planea utilizar algún método de Planificación Familiar  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
**Numero de consultas de control prenatal:** \_\_\_\_\_.

### REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

#### A. DESVIACIÓN ACTUAL

1. Percepción de la desviación de salud

- a) Inicio de consulta \_\_\_\_\_ Motivo de consulta \_\_\_\_\_
- b) Comprensión de la alteración actual \_\_\_\_\_
- c) Sentimientos en relación con su estado actual \_\_\_\_\_
- d) Preocupaciones específicas \_\_\_\_\_

2. Mecanismos de adaptación

- a) Uso previo de mecanismos de adaptación \_\_\_\_\_
- b) Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de los mismos \_\_\_\_\_
- c) Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos) \_\_\_\_\_

3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

- a) Psicológicos \_\_\_\_\_
- b) Fisiológicos \_\_\_\_\_
- c) Económicos \_\_\_\_\_

#### B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Enfermedades en la edad adulta \_\_\_\_\_

Enfermedades de la infancia \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones \_\_\_\_\_

Medicamentos prescritos o por iniciativa \_\_\_\_\_

Inmunizaciones previas: \_\_\_\_\_

C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES: