



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTÉTRICA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PERINATAL A MUJER CON  
ALTERACIÓN DEL BIENESTAR FÍSICO MATERNO DURANTE EL TRABAJO DE  
PARTO, BAJO EL ENFOQUE DE LA TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO  
DE DOROTHEA ELIZABETH OREM”

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**ENFERMERA ESPECIALISTA PERINATAL**

PRESENTA:

**L.E. CEDILLO ROSAS ARIANA LIZBETH**

ASESORÓ:

**M.E. MÁRQUEZ TORRES PATRICIA**

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **RECONOCIMIENTO**

Agradezco a mi familia, por su confianza, cariño y apoyo que siempre me han brindado y con lo cual he logrado alcanzar mis metas.

Al Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”, por haberme brindado la oportunidad de realizar la Especialidad en Enfermería Perinatal, favoreciendo mi ejercicio profesional.

Al mismo tiempo reconocer a la Coordinadora de la Especialidad en Enfermería Perinatal, Patricia Márquez Torres por su apoyo incondicional durante este proceso de enseñanza – aprendizaje.

Y de una manera muy especial hacer un reconocimiento a la ciudadana Janet G.S. por la autorización para el manejo de datos personales y su amable participación que hacen posible la presentación del siguiente estudio de caso.

## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	3
II.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO .....	5
	2.1 General.....	5
	2.2 Específicos .....	5
III.	FUNDAMENTACIÓN.....	6
	3.1 Antecedentes. ....	6
IV.	MARCO CONCEPTUAL.....	9
	4.1 Conceptualización de enfermería. ....	9
	4.2 Paradigmas de enfermería. ....	17
	4.3 Teoría de enfermería. ....	25
	4.4 Proceso de enfermería. ....	34
V.	MARCO TEÓRICO.....	40
	5.1 Prodrómos de trabajo de parto.....	40
	5.2 Trabajo de parto.....	43
VI.	METODOLOGÍA.....	55
	6.1 Estrategia de investigación: estudio de caso.....	55
	6.2 Selección del caso y fuentes de información.....	55
	6.3 Consideraciones éticas. ....	56
VII.	PRESENTACIÓN DEL CASO.....	69
	7.1 Descripción del caso.....	69
	7.2 Antecedentes generales de la persona. ....	70
VIII.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	72
	8.1 Requisitos de autocuidado.....	72
	8.1.1 Valoración focalizada. ....	79
	8.1.2 Análisis de estudios de laboratorio.....	80
	8.1.3 Jerarquización de problemas .....	82
	8.2 Diagnósticos de enfermería .....	82
	8.3 Esquema metodológico .....	84
IX.	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	85

X. PLAN DE ALTA .....	154
XI. CONCLUSIONES.....	155
XII. SUGERENCIAS .....	157
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	159
ANEXOS.....	167

## I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se realizó a gestante en la tercera década de la vida con embarazo de 37.4 semanas de gestación, por fecha de última menstruación, con alteración del bienestar físico materno durante el trabajo de parto, fase prodrómica, la cual se presenta al servicio urgencias de gineco-obstetricia del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” el día 14 de Octubre 2016, se utilizó como herramienta metodológica un instrumento de valoración perinatal, a través de una entrevista directa, exploración física céfalo-podálica y de forma indirecta con expediente clínico, se identificaron requisitos universales alterados a través de la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, así como la elaboración del proceso enfermero, incluyendo un plan de cuidados de enfermería perinatal individualizado.

La gestación es un estado natural que implica cambios psicológicos y físicos que pueden significar alteración para la mujer, tal es el caso de la fase prodrómica; período de tiempo variable antes del trabajo de parto efectivo, donde la gestante puede experimentar contracciones llamadas de Braxton-Hicks. Estas contracciones se caracterizan por ser irregulares en su presentación y de corta duración, se producen a intervalos variables y prolongados. Su diferencia fundamental con las contracciones de parto eficaces se basa en que no producen dilatación cervical, denominadas falsas contracciones de parto; **en muchas ocasiones el grado de alteración detectado depende de los conocimientos que tenga la gestante sobre los cambios que va a experimentar su cuerpo**, esto nos permite comprender como esta falta de conocimiento y a su vez de información provoca temor en relación con el parto. <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>DebbyAmis, RN. Prácticas de Atención y Cuidados que Promuevan el Natural.Parto Deje que el parto inicie por sí solo. Lamaze Institute for Normal Birth; 2003 Sep;(1): 288-290

La enfermera perinatal tiene el compromiso de informar y acompañar a estas mujeres durante el proceso, cumplir un papel sumamente importante en esta etapa de la vida e impactar de manera positiva, al preparar para este suceso a ella, a su pareja y familia. Nuestras acciones estarán encaminadas a proporcionar calidad y calidez en la atención perinatal con la firme intención de lograr un desarrollo óptimo en el proceso de gestación, así como prevenir la aparición de complicaciones y aumentar la sobrevivencia materno- fetal.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan la aplicación del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

La vida ofrece circunstancias excepcionales de desarrollo a las personas, y el mundo psicológico, social y cultural que las rodea se encarga de magnificarlas o minimizarlas; este es el caso de la gestación. Ayudemos a magnificar este evento a través de los estudios minuciosos de nuestras gestantes y recién nacidos.

“Cuando el proceso del nacimiento sea visto como un periodo de suma importancia para el desarrollo de la capacidad de amar, ocurrirá la revolución en nuestra visión de violencia”.-Michel Odent<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup>Odent, M. El bebé es un mamífero. 3ª ed. Ob Stare; 2009. pág.189.

## **II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO**

### **2.1 General**

- Dar a conocer un plan de cuidados individualizado, con intervenciones especializadas, a través de la identificación de factores que puedan alterar el bienestar físico materno durante la fase prodrómica y trabajo de parto, favoreciendo el autocuidado con un enfoque holístico, bajo el Modelo de la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, beneficiando la salud materna- fetal.

### **2.2 Específicos**

- Brindar atención de enfermería perinatal a Janet, con enfoque holístico, basado en evidencias científicas y en principios bioéticos.
- Identificar los requisitos universales alterados en Janet.
- Diseñar un plan de cuidados de enfermería personalizado ante una desviación de la salud.
- Brindar orientación sobre el trabajo de parto y el parto que coadyuve a la gestante a apropiarse de esta etapa de su vida
- Evaluar el impacto y los resultados de las intervenciones de enfermería realizadas.
- Empoderar a Janet durante la fase prodrómica y el trabajo de parto para su autocuidado.

### III. FUNDAMENTACIÓN

#### 3.1 Antecedentes.

Es importante analizar procedimientos a través de la enfermería basada en evidencia, que exige la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia disponible derivada de la investigación y los valores de la persona.

La información emitida en el siguiente estudio de caso, se recabo de diferentes bases de datos electrónicas, google académico, Scielo, Pubmed, Coochrane, así como artículos de revistas, libros, guías de práctica clínicas, normas oficiales mexicanas además, se consultaron paginas oficiales, Organización Mundial de Salud, Organización de las Naciones Unidas, Derechos Humanos, Secretaria de Salud y se tomó en cuenta la opinión de algunos expertos en materia de parto respetado, Michel Odent y Lamaze.

Se consideró:

1. El artículo 4o, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.
2. La Ley General de Salud en su artículo 3, fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general.
3. El artículo 61, del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.

4. 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. La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza<sup>3</sup>.

5. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. La cual proporciona los criterios generales que unifican y dan congruencia a la Orientación Alimentaria dirigida a brindar a la población, opciones prácticas con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades. Los niños y niñas desde su gestación hasta la pubertad, las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, se identifican como grupos que requieren mayor atención por el riesgo de presentar alteraciones en su estado de nutrición<sup>4</sup>.

6. Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. La identificación de factores de riesgo, educación para la salud, interrogatorio completo, exploración física detallada, exámenes de laboratorio y gabinete, exámenes de imagen, y tratamiento.<sup>5</sup>

---

<sup>3</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.

<sup>4</sup>Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.

<sup>5</sup>Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. [en línea].30 de Septiembre 2009 [consulta octubre 2016]. Disponible en: [http://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica\\_pretelini/documentos/guias/GUIA%20PARA%20EL%20CONTROL%20PRENATAL%20DEL%20EMBARAZO%20DE%20ALTO%20RIESGO.pdf](http://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica_pretelini/documentos/guias/GUIA%20PARA%20EL%20CONTROL%20PRENATAL%20DEL%20EMBARAZO%20DE%20ALTO%20RIESGO.pdf)

7. Guía de práctica clínica vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, hace referencia al ingreso de pacientes en fase activa, ya que no hacerlo genera mayor morbilidad por estancias hospitalarias prolongadas y múltiples intervenciones médicas (tactos, uso inadecuado de oxitocina y aumento de operación cesárea) con mayores costos institucionales. Modelo de atención del parto ha sido objeto de creciente escrutinio, debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de procedimientos médicos que, además de ser incómodos para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido.<sup>6</sup>

8. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), han insistido en aplicar las mejores evidencias científicas para definir los procedimientos más adecuados para la atención de la salud sexual y reproductiva, además de haber creado y dado a conocer las recomendaciones internacionales para mejorar la atención del parto basadas en los derechos humanos.<sup>7</sup>

Lo expuesto anteriormente enmarca el reto de los profesionales de la salud y de las generaciones de enfermeras perinatales por la importancia e impacto que tienen estos y su actuar diario para la disminución de la morbi-mortalidad materna, definitivamente se requiere de procesos graduales de sensibilización, formación y adaptación.

---

<sup>6</sup>Guía de práctica clínica vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.

<sup>7</sup>Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [en línea]. 2016. [consulta octubre 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/)

## IV. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1 Conceptualización de enfermería.

La evolución de enfermería desde los días de Florence Nightingale ha sido dura, larga y desigual. Sin embargo, la disciplina está comenzando a establecerse por sí misma como un campo teórico. El proceso de su evolución ha seguido una ruta única, una ruta que no entienden con facilidad aquellos que hablan de las revoluciones científicas en términos de la física y de las ciencias naturales.

Los intentos de Nightingale por establecer una enfermería profesional, basada en el interés único de enfermería con relación al contexto, para la promoción de la salud, fueron reemplazados por el entrenamiento orientado hacia la enfermedad, el cual dependía de otras profesiones para poder existir, y en los hospitales para lograr la substancia real del entrenamiento. A partir de aquel momento se ha evolucionado del aprendizaje instrumental y del servicio hospitalario hacia la teoría formal, la autonomía y la responsabilidad; de la enfermería práctica a la teórica. El recorrido ha incluido un desvío hacia la tierra de la inhabilidad para conceptualizar o generalizar; una tierra de práctica cerrada, concreta y digna de confianza en la ortodoxia como la antítesis de la generalización, la universalidad de proposiciones y teorías. En la actualidad se está alejando de ésta tierra, para encausarse nuevamente por la ruta de Florence Nightingale; con mayor experiencia, más seguridad y confianza en las propias percepciones, admitiendo la incertidumbre, que incluye aceptar el significado diferente de la experiencia y su rol en el desarrollo teórico de enfermería.<sup>8</sup>

Enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); como un servicio humano amplio, compasivo y de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como

---

<sup>8</sup>Duran de Villalobos. M.M Enfermería. Desarrollo Teórico Investigativo. Colombia: Innovar; 2001.

una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano.<sup>9</sup>

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. Estas características se reflejan en los temas manejados por Donalson y Crowley (1978): 1. Los principios y leyes que gobiernan los procesos vitales, el bienestar y el funcionamiento óptimo de los seres humanos; 2. Los patrones del comportamiento humano en interacción con el ambiente o contexto en situaciones normales o críticas de la vida; y 3. Los procesos a través de los cuales se suceden cambios en la vida de los seres humanos y que afectan el estado de la salud.

Se reconoce que enfermería es una DISCIPLINA PROFESIONAL (Johnson, 1959; Leininger, 1968; Dickoff y James, 1968; Donalson & Crowley, 1979; Rogers, 1971; Bilitsky, 1981; Fawcett, 1984; Woods & Catansaro, 1988); un campo científico de aplicación porque su desarrollo disciplinar se basa en conocimientos propios particulares y en otros derivados de las ciencias naturales, sociales y de las humanidades.

Pero no por el hecho de existir consenso sobre esta definición, se asegura el crecimiento y el avance de enfermería y se logra su cometido social. Es necesario hacer esfuerzos para aclarar con mayor precisión las metas de la profesión y para ver con claridad el imperativo académico del desarrollo de la ciencia de enfermería.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup>Óp. Cit Duran de Villalobos. M.M Enfermería. Desarrollo Teórico Investigativo. Colombia: Innovar; 2001.

<sup>10</sup> Ídem. p. 15-16

## **Evolución de las definiciones de enfermería.**

Mucho se ha discutido y escrito sobre la conceptualización de enfermería y su definición. Algunos han llegado a definirla por sus acciones o por el área de especialidad, es decir por lo que se hace. Este tipo de definiciones es confusa como guía orientadora para la disciplina y la práctica porque enfermería ha llegado a ejecutar un sin fin de acciones profesionales y no profesionales adicionales y colaterales. Otros la definen de acuerdo con lo que creen debería ser. Esta forma de conceptualización es la que han adoptado algunas teoristas y según la experiencia puede llevar a cierto grado de confusión y desconcierto cuando se discuten sin el suficiente conocimiento y dominio de su significado e implicaciones. Otros simplemente no la definen, lo que hace mucho más incierta y difícil su ubicación dentro del concierto de las profesiones de la salud (Fuller, 1978).

Después de Florence Nightingale quien primero definió enfermería y la diferenció como profesión independiente de la medicina, con metas propias; enfermería duró casi setenta años en el obscurantismo conceptual. Durante este período su definición se transformó en algo metafórico asimilado a la imagen de la maternidad que se caracteriza por acciones tales como nutrir, cuidar, consolar, reconfortar y otras formas maternas de comportamiento que influyen en la imagen misma de la enfermera y su forma de actuar y pensar; al mismo tiempo que en la manera como la sociedad percibe y deduce cuál debe ser el comportamiento de enfermería. La imagen de maternidad, que aún prevalece en la concepción universal, requiere poca educación e influencia en las decisiones que afectan la salud y el cuidado, y el bienestar de las personas.<sup>11</sup>

Las definiciones de enfermería se deben interpretar y tienen sentido si se analizan a través del período histórico y de desarrollo por el que se atraviesa. Al establecer

---

<sup>11</sup> Óp Cit. Duran de Villalobos. M.M Enfermería. Desarrollo Teórico Investigativo. Colombia: Innovar; 2001.

la disciplina de enfermería, Nightingale conceptualizó acerca de su naturaleza y de la necesidad de desarrollar un cuerpo de conocimientos diferente al de medicina. En sus Notas de Enfermería señala: "Enfermería es cuidar y ayudar al paciente que sufre de alguna enfermedad a vivir; lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad". Agrega Nightingale que lo que la enfermera debe hacer es lograr llevar al paciente a tal estado que la naturaleza, de manera natural pueda actuar en él (Nightingale, 1969 original de 1859).<sup>12</sup>

Esta primera definición despreciada y olvidada por la comunidad de enfermería en años posteriores, muestra claramente una conceptualización teórica y da pautas claras para la práctica y la investigación. Lo que Nightingale quiso decir fue que el enfoque de enfermería debía basarse en el ambiente que rodea al paciente, sus necesidades y su observación, Igualmente define las relaciones entre el paciente y la enfermera, Así el quehacer está determinado y si se analiza en todas sus dimensiones se llega a la conclusión de la complejidad de su naturaleza. En la definición se ve con claridad la separación de enfermería y medicina e igualmente muestra los rumbos que enfermería ha debido tomar en su aspecto educativo.

Lamentablemente la evolución de enfermería cambió de rumbo y las directrices de Nightingale se eclipsaron, colocando a enfermería como algo sumiso a la medicina, sin identidad propia, con un cuerpo de conocimientos no estructurado y prestado, utilizando reglas, principios y tradiciones que iban afirmándose a través del aprendizaje repetitivo y la sabiduría común derivada de la experiencia, sin motivación para la investigación.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup>Óp. Cit. Duran de Villalobos. M.M Enfermería. Desarrollo Teórico Investigativo. Colombia: Innovar; 2001.

<sup>13</sup> Ídem p. 40

El hecho más deformante y alejado de la definición de enfermería de Nightingale fue el de confundir el conocimiento de la patología con el de las leyes de la salud. La patología enseña sobre el daño que hace la enfermedad, pero no enseña nada más, la situación de dependencia no requería conceptualizaciones o definiciones y así vivió enfermería hasta 1950, a pesar de los muchos esfuerzos hechos por numerosas líderes profesionales y académicas, y del cambio de la educación hospitalaria a la universitaria, cambio que aún hoy en día es difícil de llevar a cabo puesto que persiste la organización por áreas de especialización médica, o con áreas de enfermería basadas en patología (Chinn y Jacobs, 1987, Newman, 1972 y 1994; Archivos ACOFAEN ).

Dorothy Johnson, antes de definir sus postulados teóricos en forma del Modelo de Sistemas de Comportamiento enfatizó en la necesidad de tener claridad sobre la meta de la profesión. Para Johnson tener claro éste aspecto es indispensable para conceptualizar, su meta inicial fue brindar atención a individuos y grupos en situaciones de estrés derivadas de la naturaleza de la salud enfermedad, el propósito primario era eliminar la tensión y la incomodidad hasta el punto de restaurar y mantener el equilibrio interno e interpersonal, la meta aquí señalada tiene un enfoque diferente y más sofisticado ya que se deriva de concepción netamente psicodinámica (Johnson, 1959).

En 1960 Virginia Henderson definió enfermería como "la asistencia o cuidado al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma (o a una muerte tranquila y digna), y que las podría ejecutar el paciente por sí mismo si tuviera la capacidad, el deseo y el conocimiento". Esta definición tiene semejanzas con la de Nightingale e incluye elementos nuevos como son el de educación en salud, la capacidad y el conocimiento de aspectos de desarrollo físico y emocional del paciente. Lo

interesante de estas dos definiciones es que juntas manejan el concepto de prevención, al cual se le dio muy poca importancia hasta años recientes.<sup>14</sup>

En el mismo año Orlando también definió enfermería como: "brindar la ayuda que el paciente necesite para satisfacer las necesidades que se requieren para que su bienestar físico y mental sea asegurado". Esta definición requiere para su ejecución las determinaciones causales, que son las necesidades satisfechas que se requieren para el bienestar físico y mental. Es diferente a la de Henderson en tanto se habla de paciente enfermo y no de persona sana.

Stevens (1984) sugiere que la definición de enfermería está fuera del alcance de la comunidad interesada en su clarificación. Sin embargo reconoce que se requiere por lo menos un supuesto, una conceptualización que se constituya en el criterio aclaratorio de lo que es y no es enfermería. Propone además una definición amplia para allanar el camino hacia un consenso. Su definición es la siguiente: "La enfermería es una actividad o suceso que ocurre cuando algún agente utiliza su poder para ayudar a manipular a otro agente o entidad con relación a algún hecho enlazado con la situación de salud.", A pesar de la experiencia y conocimientos de S, Stevens como metateorista de enfermería, su definición no es lo suficientemente aclaratoria, ni concreta para que las metas que sugiere se puedan lograr a partir de la definición. Adolece de ambigüedad y carece del elemento fundamental que centra la actividad profesional.

Donalson y Crowley (1978) sugieren que no es absolutamente necesario al definir enfermería que se llegue a la esencia única del conocimiento propio de la práctica y la disciplina, pero que sí se requiere ubicar a enfermería dentro de un terreno diferenciado que en última instancia la lleve a definir esa esencia.<sup>15</sup> La definición de Stevens hace difícil enfocar esta ruta conductora hacia la esencia de la

---

<sup>14</sup>Óp. Cit. Duran de Villalobos. M.M Enfermería. Desarrollo Teórico Investigativo. Colombia: Innovar; 2001.

<sup>15</sup>Ídem 41.

profesión puesto que cualquier otro profesional del área de la salud puede intervenir con un cliente en sucesos referentes a la situación de su salud. El esfuerzo de Stevens es importante como referente en el sentido de ubicar hasta cierto punto la enfermería pero su definición no aclara el concepto de enfermería.

Meleis (1985) la define como sigue: "La enfermera interactúa en la situación de cuidado de la salud con el ser humano, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en alguna forma de transición o de anticipación a ésta; las interacciones del cliente-enfermera están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para reforzar, causar o facilitar la situación de salud". Esta definición pone de presente aspectos como la transición, interacción, el proceso de enfermería, el contexto, la terapéutica de enfermería y la salud. Si se adoptara ¿Cuál sería su repercusión curricular?

Watson (1988) sugiere que enfermería es un concepto dinámico y cambiante. "Es el conocimiento, valores, filosofía, dedicación y acciones relacionadas con las transacciones y subjetividad del cuidado humano. Como tal, el cuidado es el ideal moral de enfermería y consiste en el intento transpersonal de proteger, reforzar y preservar la dignidad de la persona, ayudándola a encontrar sentido a la existencia, aún en el sufrimiento, y aumentar su autoconocimiento, control y bienestar con sentido de armonía interna, a pesar de las circunstancias externas" (Watson, 1988). Leininger(1988) define a enfermería como una ciencia y un arte humanística, aprendida, que tiene como fundamento el cuidado personalizado y transcultural (individual o de grupos) de comportamientos, funciones y procesos dirigidos a la promoción y mantenimiento de conductas saludables o a la recuperación de la enfermedad cuando ésta tiene significado físico, psicocultural o social para quien es sujeto del cuidado.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup>Óp. Cit. Duran de Villalobos. M.M Enfermería. Desarrollo Teórico Investigativo. Colombia: Innovar; 2001.

Senner (Marriner, 1994), describe a enfermería como una relación de cuidado ya que se crea la posibilidad de dar y recibir ayuda. La enfermería es la ciencia del cuidado guiada por la ética y el arte. Es el entendimiento de las experiencias vividas en la salud, bienestar, malestar, enfermedad y las relaciones que existen entre ellas.

Martha Rogers (1970 Y 1990), define enfermería como la ciencia del hombre unitario. Dice que enfermería es una ciencia y un arte y que lo que hace exclusiva a enfermería es su preocupación por las personas y el mundo en que viven, el cual es un predecesor natural de un sistema abstracto y organizado que engloba a las personas y sus contextos. La naturaleza irreducible y unitaria de las personas y sus contextos (seres humanos dinámicos, que desarrollan procesos no lineares caracterizados por el aumento y la diversidad de sus campos energéticos) difiere de la suma de sus partes. La integralidad persona contexto se coordina con el universo multidimensional a manera de un sistema abierto.

El propósito de las enfermeras es promover la salud y el bienestar de las personas en cualquier situación del proceso vital. El arte de enfermería es la utilización creativa de la ciencia para el mejoramiento humano.

Margaret Newman (1991 Y 1994) conceptualiza a enfermería como el estudio del cuidado de la experiencia de la salud de los humanos. Entendiendo la experiencia de la salud como una expansión de la conciencia que en última instancia debe conducir a una mayor comprensión de la situación de salud y a mayor libertad y aumento de autodesarrollo.

Con las definiciones anteriores se puede observar la esencia que cada una de las teoristas ha querido imprimir a su conceptualización de enfermería, Fácilmente se anota el contraste entre algunas de ellas y la complementación y semejanza entre

otras. Igualmente se perciben las tendencias filosóficas que fundamentan las definiciones.

**La necesidad de una conceptualización cualquiera que soporte el desarrollo de la práctica, la investigación y la educación**, aún sin compromiso de manejo de una teoría o modelo conceptual, se puede deducir claramente, ya que si se analiza la definición y se derivan de ella los elementos fundamentales, interpretándolos de forma significativa, se ha dado un paso en la clarificación de lo que puede ser un currículo o el desempeño de la práctica profesional.<sup>17</sup>

#### 4.2 Paradigmas de enfermería.

Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas **paradigmas**, principalmente por el filósofo Jun (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, o paradigmas que han influenciado todas las disciplinas.

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 Nighthingale (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.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup>Óp. Cit. Duran de Villalobos. M.M Enfermería. Desarrollo Teórico Investigativo. Colombia: Innovar; 2001.

<sup>18</sup> Sanabria, Luiris. Los paradigmas como base del pensamiento actual en enfermería. Rev Cub Educ Med Super 2002; (16)4.

Los paradigmas tienen origen en el siglo XIX y principios del siglo XX, el cual se cubrió de epistemología y del pensamiento filosófico. En la medida que la formación del hombre dependía del desarrollo de la razón y de las matemáticas, estas actuarían como una nueva lógica de la enseñanza, ocupando el lugar que tenía la gramática en el humanismo clásico, ya que la relación causal la sacaba de las ciencias experimentales. Según Kuhn los paradigmas de una disciplina científica preparan al personal básicamente para la práctica con el objeto de definirla y guiarla, por lo que las teorías ayudan a la práctica, mediante bases teóricas, filosóficas y modelos conceptuales. La filosofía de la ciencia Khun favorece para comprender la evolución de la teoría de Enfermería, mediante modelos paradigmáticos de la ciencia, que ha hecho no sea ajena a los momentos histórico-sociales y culturales al generarse dichos paradigmas.

En el ámbito de Enfermería no existe un paradigma dominante que aclare la práctica y guía de pensamiento, porque la complejidad de las respuestas humanas y el cuidado enfermero dificultan que un solo modelo pueda dar explicación a alguna de estas. Sin embargo el paradigma de la transformación, se considera ser el más innovador y desarrollado, se piensa que “es la base de una apertura de la ciencia de enfermería hacia el mundo y que ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera”. Enfermería, no pudo quedar ajena a esa inquietud reformista.

La disciplina de enfermería solamente avanzará a través del desarrollo sistemático del conocimiento de enfermería e igualmente por su prueba y verificación. Pero la revisión de la situación actual del desarrollo teórico muestra claramente la dificultad de articular la tradición académica (Chinn, 1983, Hardy, 1983, Walker, 1983). Aun así, áreas amplias de desarrollo teórico han comenzado a establecerse y a reconocerse por la comunidad científica, hasta llegar al punto de poderse

reconocer un paradigma de enfermería para algunos, o un estado preparadigmático para otros.<sup>19</sup>

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. Marriner (1994) agrega que el paradigma denota el sistema predominante de filosofía, ciencia, y teoría adoptado por una disciplina. Designa aquello que un colectivo científico tiene en común. En esta matriz compartida por el colectivo se incluye el conocimiento, la filosofía, la teoría, la experiencia educativa, la orientación práctica, la investigación y la literatura que se identifica con la disciplina. Estas declaraciones presentan los fenómenos de interés de una manera general y global y nunca pretenden ser específicos y concretos. El metaparadigma actúa como una unidad encapsulante, o marco de referencia, del cual se derivan estructuras más específicas y 7 restrictivas (Fawcett, 1984; 1995). Pero según Kuhn (1962), los paradigmas disciplinares se modifican a medida que la disciplina madura en su evolución teórico científica o cuando pierden su razón de ser por inoperancia u obsolescencia.

Para algunas académicas de enfermería existe evidencia acumulada y suficiente que soporta la existencia de un paradigma de enfermería. Flaskerud y Halloran (1980), sugieren que aunque existen diferencias en las interpretaciones sobre lo que constituye una teoría, la mayoría de las enfermeras reconocen la existencia de objetos, fenómenos, personas y eventos que requieren estudio en el área de conocimiento de enfermería. De la misma manera, hay acuerdo sobre los cuatro conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería a nivel disciplinar y profesional. Estos cuatro conceptos fueron identificados como: **hombre, contexto, salud y cuidado de enfermería**. Fawcett (1984), considera igualmente

---

<sup>19</sup>Óp. Cit. Duran de Villalobos. M.M Enfermería. Desarrollo Teórico Investigativo. Colombia: Innovar; 2001.

éstos cuatro conceptos pero **sustituye hombre por persona y contexto por ambiente**. Igualmente Leddy y Pepper (1985); Chinn y Jacobs (1987), y Marriner (1994) aceptan y utilizan estos cuatro conceptos de enfermería en sus análisis y críticas de los modelos teóricos de enfermería.

Sin embargo, durante la última década el énfasis se ha concentrado fundamentalmente en dos conceptos: salud y cuidado. La salud ha sido proclamada el centro del conocimiento de enfermería desde Nightingale y continúa siendo discutida por teóricos e investigadoras (Pender, 1987; Meleis, 1990; Newman, 1994 y 1995). El concepto de cuidado también ha ocupado posición prominente en la literatura y ha sido definido como la esencia de enfermería (Leininger, 1984; Watson, 1988; Benner y Wrubel, 1989).<sup>20</sup>

De acuerdo a las corrientes del pensamiento se conocen **tres tipos de paradigmas**, el **Paradigma de categorización** (1850-1950), en el cual todo fenómeno viene y ha inspirado dos orientaciones la salud pública y enfermedad; el **Paradigma de integración** (1950-1975), va en la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona; y el **Paradigma de la transformación** (1975-siglo XX), donde cada fenómeno es único e irrepetible.

Un paradigma no es mejor ni peor entre sí, uno prevalece ante otro en la medida en que brinde mejores y mayores posibilidades de conocer y comprender el objeto de investigación en estudio. Esto es que presente un conjunto de problemas definidos, junto con algunos métodos que se consideran adecuados para conseguir los objetivos establecidos.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup>Óp. Cit. Sanabria, Luiris. Los paradigmas como base del pensamiento actual en enfermería. Rev Cub Educ Med Super 2002; (16)4.

<sup>21</sup>Balan, Cristina; et Col. Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009

## Paradigma de la categorización

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.

Orientación hacia la enfermedad. 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.

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).<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup>Óp Cit. Balan, Cristina; et Col. Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009

## Paradigma de la integración

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 comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.<sup>23</sup>

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, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra. 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

---

<sup>23</sup>Óp Cit. Balan, Cristina; et Col. Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009

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.

### **Paradigma de la transformación.**

La evolución que había tenido la enfermería al pasar de un oficio o trabajo artesanal con labores de cuidado basadas en el espíritu de servicio, no fue sencillo para pensarse como el inicio de un pensamiento científico en su disciplina.

De acuerdo a Merton el paradigma de la transformación cumple cinco funciones, 1) proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que puede utilizarse para la descripción y el análisis, 2) reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita, 3) aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas, 4) promueve el análisis más de la descripción de detalles completos, y 5) permite codificar el análisis cualitativo de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis. Con lo anterior se reafirma que los cuidados no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, más bien están basados en un conocimiento científico, que permite la indagación en escenarios naturales de manera lógica y con mayor calidad en el cuidado y proceso salud-enfermedad con un desarrollo y avance profesional.<sup>24</sup>

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes, ya que es un proceso recíproco y simultáneo de interacción. En este

---

<sup>24</sup>Óp. Cit. Sanabria, Luiris. Los paradigmas como base del pensamiento actual en enfermería. Rev Cub Educ Med Super 2002; (16)4.

sentido la enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona que a su vez se beneficia de la persona para el desarrollo de su propio potencial, orientado a la persona, entorno, salud y enfermedad.

#### 4.3 Teoría de enfermería.

##### **TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM.**

Dorothea Elizabeth Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener.

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona,

significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.<sup>25</sup>

Para aplicar el Modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma:

**Autocuidado:** Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

Naturaleza del autocuidado. 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.

---

<sup>25</sup>Óp Cit. Balan, Cristina; et Col. Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009

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 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.<sup>26</sup>

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:** Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en

---

<sup>26</sup>Óp Cit. Balan, Cristina; et Col. Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009.

la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.<sup>27</sup>

**Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e 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 sociedad 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.<sup>28</sup>

**Demanda terapéutica de autocuidado:** Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

---

<sup>27</sup>. Navarro Peña Y, CSM. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Scielo. 2010 Junio;(19).

<sup>28</sup> Óp Cit. Balan, Cristina; et Col. Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009

**Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano.<sup>29</sup>

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
3. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
4. Etapas de desarrollo de la edad adulta
5. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.<sup>30</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.

---

<sup>29</sup>Óp. Cit. Navarro Peña Y,CSM. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Scielo. 2010 Junio;(19).

<sup>30</sup> Óp. Cit. Balan, Cristina; et Col. Teorías y Modelos de Enfermería. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009.

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
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<sup>31</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.
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación médicamente prescrita, dirigida a la prevención de tipos específicos de patología,

---

<sup>31</sup> Óp. Cit. Balan, Cristina; et Col. Teorías y Modelos de Enfermería. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009.

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.<sup>32</sup>

**Déficit de autocuidado:** Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

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

---

<sup>32</sup> Óp. Cit. Balan, Cristina; et Col. Teorías y Modelos de Enfermería. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009

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 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.<sup>33</sup>

**Agencia de autocuidado:** 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.

**La agencia de cuidado dependiente** es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes.

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 tienen una agencia de autocuidado desarrollada

---

<sup>33</sup> Óp. Cit. Balan, Cristina; et Col. Teorías y Modelos de Enfermería. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009.

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 o de enfermería:** Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.

**Sistema de enfermería:** La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo en sus actividades de autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

1. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.

2. Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.
3. Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.<sup>34</sup>

#### 4.4 Proceso de enfermería.

El Proceso de Enfermería se define como "el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Igualmente, se

---

<sup>34</sup>Vega O. GD. Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Dialnet2005 Agosto; 4(4).

obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.<sup>35</sup>

Por consiguiente, el Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también

---

<sup>35</sup>J.M , Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. El Método de Intervención de Enfermería: El Proceso de Enfermería. El Proceso de Enfermería. 2<sup>da</sup> ed. España. McGraw-Hill; 2003.

tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo-fisio-patología, la psicología y las ciencias sociales. Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva.

### **Etapas del proceso de enfermería**

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.

La primera etapa, es la **VALORACIÓN** que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico céfalo-caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.

El punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Maryore Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno” , y son once : cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, autopercepción y autoconcepto, creencias y valores y descanso y sueño, que se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por los patrones, donde se registra la valoración para realizar la historia de Enfermería desde la cual se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos. <sup>36</sup>

La segunda etapa, es el **DIAGNÓSTICO**, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados.

Un Diagnóstico Enfermero es según Gordon, la descripción de los problemas de salud, reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar, consta de varias partes. Gordon estableció el formato P.E.S., acrónimo cuyas siglas corresponden a: El problema: «en relación con...» o «relacionado con...»; Etiología: «manifestado por...» y Signos y síntomas. Entre los diferentes tipos de diagnósticos se encuentran los siguientes:

**Diagnóstico Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S).

---

<sup>36</sup>Óp. Cit. J. M , Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. El Método de Intervención de Enfermería: El Proceso de Enfermería

**Diagnóstico de Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico de este tipo se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término “alto riesgo”. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

**Diagnóstico de bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.<sup>37</sup>

La tercera etapa, la **PLANEACIÓN**, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

La cuarta etapa, la **EJECUCIÓN**, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y

---

<sup>37</sup>Diagnósticos de Enfermería. [en línea] [consulta junio 2017 ]. Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/4670/1/06TESIS.A9.B324.pdf>

documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

La quinta y última etapa es la **EVALUACIÓN**, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup>Óp. Cit. J.M , Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. El Método de Intervención de Enfermería: El Proceso de Enfermería. El Proceso de Enfermería. 2<sup>da</sup> ed. España. McGraw-Hill; 2003.

## V. MARCO TEÓRICO.

### 5.1 Prodrómos de trabajo de parto.

#### **Signos clínicos prodrómicos.**

**Cambios en la configuración del abdomen.** Tres o cuatro semanas antes del parto, el fondo uterino, que llega hasta el reborde costal, desciende y la forma del abdomen suele experimentar algún cambio.

Como consecuencia de la formación del segmento uterino inferior se produce el descenso de la cabeza fetal hasta la entrada de la pelvis, o incluso a través de la misma, lo que conlleva la sensación de alivio en la zona epigástrica, pero se pueden producir compresiones pelvianas que produzcan calambres o dificultades en la marcha. Además, en las últimas semanas se produce una pequeña reducción fisiológica del volumen de líquido amniótico.

**Expulsión del tapón mucoso.** Consiste en la salida, total o parcial, de una pequeña cantidad de moco teñido de sangre por la vagina, que corresponde al tapón de moco que ocluía el canal cervical durante el embarazo. Es un signo tardío, ya que el parto casi siempre se establece en las siguientes horas o a los pocos días.

**Contracciones preliminares.** Durante un período de tiempo variable antes del trabajo de parto efectivo, la gestante puede experimentar contracciones llamadas clásicamente de Braxton-Hicks. Estas contracciones se caracterizan por ser irregulares en su presentación y de corta duración, se producen a intervalos variables y prolongados. Las molestias, si existen, están confinadas al hipogastrio y a las ingles. Su diferencia fundamental con las contracciones de parto eficaces se basa en que no producen una dilatación cervical, por lo que, a veces, se las

denomina falsas contracciones de parto. El trabajo falso de parto se observa con mayor frecuencia en las multíparas, al final del embarazo.

Frecuentemente se detiene espontáneamente, pero en otras ocasiones, puede dar lugar, con rapidez, a contracciones efectivas de parto verdadero.

**Maduración del cérvix.** En las últimas semanas del embarazo, el cuello se reblandece, haciéndose más elástico y dilatado. La maduración cervical se produce por cambios tanto bioquímicos como estructurales, que afectan también al segmento uterino inferior y que van a permitir más adelante el proceso de borramiento y dilatación cervical del parto.

**Sintomatología urogenital.** El efecto de la creciente presión de la cabeza fetal sobre la vejiga urinaria y el suelo de la pelvis puede producir, en las semanas previas al parto, síntomas como incontinencia urinaria (importante en el diagnóstico diferencial de la expulsión de líquido amniótico), aumento de las secreciones vaginales, sensación de plenitud en la vulva, etc.<sup>39</sup>

A lo largo de la gestación se producen contracciones indoloras irregulares, que se tornan más frecuentes y perceptibles durante las últimas semanas. En ocasiones, pueden hacer que la mujer acuda al hospital al creer que ha comenzado el parto. Estas contracciones de Braxton-Hicks comprimen el perímetro del útero en lugar de ejercer una presión descendente, por lo que no influyen en el estado del cuello uterino y reciben el nombre de falso.

---

<sup>39</sup> Bajo Arenas JM., Melchor Marcos JC., Mercé LT. Fundamentos de obstetricia (SEGO): Madrid; Abril 2007

## COMPARACIÓN DEL PARTO VERDADERO Y FALSO PARTO

<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>PARTO VERDADERO</b>	<b>PARTO FALSO</b>
<b>CONTRACCIONES</b>	<p>Regulares, su intensidad y duración aumentan con el paso del tiempo, el período de descanso entre dos contracciones consecutivas tiende a disminuir.</p> <p>Aumento de la intensidad al caminar.</p> <p>Aparecen en la región lumbar e irradian hacia la porción inferior del abdomen.</p> <p>Continúan a pesar de las medidas encaminadas a potenciar la comodidad</p>	<p>Irregulares, o regulares durante un breve espacio.</p> <p>A menudo, se interrumpen al caminar o cambiar de posición.</p> <p>Se perciben en la espalda o el abdomen por encima del nivel del ombligo.</p> <p>Suelen desaparecer tras la aplicación de medidas encaminadas a potenciar la comodidad</p>
<b>CUELLO UTERINO</b>	<p>Muestra cambios progresivos, reblandecimiento, borramiento, dilatación, expulsión del tapón mucoso.</p> <p>Adopta paulatinamente una posición cada vez más anterior.</p> <p>Es preciso efectuar una exploración vaginal para detectar estos cambios</p>	<p>Puede encontrarse blando, pero sin cambios relevantes de borramiento ni dilatación.</p> <p>A menudo aparece en una localización posterior.</p> <p>Es preciso efectuar una exploración vaginal para definir sus características</p>
<b>FETO</b>	<p>La parte que se presenta se encaja en la pelvis</p>	<p>Con frecuencia, la parte que se presenta no se encaja en la pelvis<sup>40</sup></p>

<sup>40</sup> Towle M.A. Asistencia de enfermería materno – neonatal. Madrid: Pearson educación; 2010

## 5.2 Trabajo de parto

El inicio del parto, desde el punto de vista biológico, es difícil de determinar. Desde el punto de vista clínico se considera que el parto ha comenzado cuando se instaura una actividad uterina regular (2-3 contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos) y con dilatación del cérvix de 2-3 cm y cuello cervical maduro (con test de Bishop elevado, al menos con el cuello blando, centrado y borrado > 50%). Las condiciones favorables al inicio del parto son las siguientes:

### **Madurez cervical:**

Longitud menor de 2 cm.

Reblandecimiento cervical.

Posición del cuello cervical perpendicular al cóccix.

### **Dinámica uterina:**

Frecuencia: 3 contracciones cada 10 minutos.

Intensidad: 25-50 mmHg.

Duración: > 30 segundos.<sup>41</sup>

### **Fases uterinas del parto.**

Comienza con la fase de latencia, “fase inicial” o “preparto” y continúa con la fase activa o “de parto”, y acaba con el inicio del periodo de expulsivo.

Fase Latente: Lapso que media entre el inicio perceptible de las contracciones uterinas y la presencia de un cuello borrado y tres centímetros de dilatación.

Fase Activa: Lapso que media entre los 4 y los 10 centímetros de dilatación. A su vez, la fase activa presenta una fase aceleratoria (3-8 cm) y una fase

---

<sup>41</sup>Óp Cit. Bajo Arenas JM., Melchor Marcos JC., Mercé LT. Fundamentos de obstetricia (SEGO): Madrid; Abril 2007

desaceleratoria (8-10 cm). En este período del parto tienen que producirse dos cambios: la dilatación y el descenso progresivos de la presentación fetal.

Dentro de este periodo se distinguen varias fases:

Fase de aceleración; desde los 2 cm de dilatación hasta los 4 cm.

Fase de máxima velocidad; desde los 4 cm hasta los 9 cm de dilatación.

Fase de desaceleración; desde los 9 cm hasta la dilatación completa.

En la fase aceleratoria predomina la dilatación. La fase desaceleratoria ocurre el descenso. La conducta ante una evolución normal en el periodo de fase activa se basa en dos pilares fundamentales: Uno en el control del estado materno y fetal así como de la dinámica uterina, y otro en la valoración de la progresión del parto teniendo en cuenta el estudio clínico de la pelvis materna, dilatación cervical, posición de la cabeza fetal y altura de la presentación en relación a los planos de Hodge, anotando de forma periódica en el partograma.

**En todos los partos que terminan por vía vaginal suceden tres periodos:**

**Primer periodo de trabajo de parto (o período de dilatación y borramiento).**

Se inicia cuando las contracciones uterinas alcanzan frecuencia, intensidad y duración suficientes para causar borramiento y dilatación del cuello uterino, y finaliza cuando este se encuentra en completa dilatación. El lapso que dura es variable, pero se acepta como normal de 8 a 12 horas en las primigrávidas y de 6 a 8 horas en las multigrávidas, pero independientemente de esto, se debe considerar adecuado que la dilatación y borramiento sean progresivos e interrumpidos.

## **Segundo periodo de trabajo de parto (o período de expulsivo).**

Periodo que abarca desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal al exterior. Es la fase más espectacular y en la que el descenso de la cabeza fetal es más acelerado y llamativo, aunque ésta se inicia en la fase de dilatación.

Cuando la dilatación sea completa, se recomienda dejar a la paciente en posición semisentada y guiarse por los tiempos señalados, para asegurar el descenso. Se recomienda no hacer pujar a la paciente hasta que el feto esté encajado en espinas ciáticas. En cualquier caso, esta etapa no deberá exceder de 90 minutos en las nulíparas y de 60 minutos en las multíparas, siempre y cuando el monitoreo de la unidad feto-placentaria muestre un patrón normal.

En el periodo expulsivo se deben extremar el control de la actividad uterina y el bienestar fetal por varias razones:

La intensidad, frecuencia y duración de la contracción uterina aumenta, añadiéndose a ella, el pujo materno. Al aumentar la actividad contráctil, disminuye el intercambio materno-fetal. Desde el punto de vista clínico, en esta fase, la madre pasa a una colaboración activa para lograr la expulsión del feto con los pujos que normalmente son espontáneos.

La cabeza del feto al descender y chocar con el periné, aumenta la presión intracraneal pudiéndose causar lesiones y puede romperse el periné.

Hasta en un 10% de los partos puede existir patología funicular (vueltas de cordón) que en ocasiones puede comprometer el intercambio materno-fetal.

En esta etapa del parto pueden presentarse episodios agudos de hipoxia fetal, por lo que la recomendación es monitoreo electrónico continuo hasta el paso de la paciente a la sala de partos.<sup>42</sup>

**El tercer periodo de Trabajo de Parto alumbramiento:** lo podemos dividir en los siguientes procesos:

1. Separación del corion y amnios.
2. Hemostasia uterina.
3. Expulsión de los anexos.

El proceso de separación placentaria se inicia coincidiendo con las últimas contracciones del periodo expulsivo. Después de la expulsión del feto el útero se contrae espontáneamente de forma proporcional a la disminución de su contenido (el fondo se sitúa a nivel de la cicatriz umbilical).

Esta brusca reducción del tamaño del útero se acompaña inevitablemente de una disminución de la superficie de implantación placentaria. La placenta no puede adaptarse a esta limitación de espacio dado que tiene una elasticidad limitada, su contractilidad es mínima ya que carece de tejido muscular que le permita alterar su tamaño y grosor. Esto la obliga a plegarse y torsionarse para adaptarse al nuevo volumen uterino.

La tensión que resulta de estos cambios favorece que ceda la capa más débil de la decidua, es decir, la capa media o esponjosa, produciéndose la separación a ese nivel. Comienzan a formarse cavidades, que, al rellenarse de sangre, van aumentando de forma progresiva la presión. Las cavidades terminan confluyendo y formando un hematoma entre la placenta y la decidua remanente. Se debe tener

---

<sup>42</sup>Óp. Cit. Bajo Arenas JM., Melchor Marcos JC., Mercé LT. Fundamentos de obstetricia (SEGO): Madrid; Abril 2007

en cuenta que la formación del hematoma no es la causa de la separación sino la consecuencia. No obstante contribuye e incluso acelera el proceso de despegamiento placentario. Los dos factores fundamentales que intervienen en el desprendimiento de la placenta son: las contracciones uterinas y la disminución de la superficie uterina.<sup>43</sup>

Existen dos formas de separación placentaria, igualmente eficaces y rápidas, cuyas diferencias no tienen importancia práctica.

Mecanismo de Baudelocque-Schulze: es el que ocurre en el 80% de los casos, sobre todo en placentas de implantación fúndica. La placenta comienza a despegarse por su parte central, de manera que al formarse el hematoma la empuja hacia abajo y su descenso arrastra a las membranas que se desprenden de la periferia. Así el saco formado por las membranas se invierte como un paraguas.

Mecanismo de Duncan: menos frecuente, en el restante 20%. Se da sobre todo en placentas insertadas en las paredes uterinas. Consiste en que el despegamiento se inicia por una zona periférica, casi siempre inferior, que va avanzando progresivamente hasta completar toda la superficie.

## **1. Separación del corion y amnios**

En la separación de las membranas influyen factores físicos y químicos:

Físicos: A medida que se despega la placenta, condicionada por la contracción uterina, también se van desprendiendo las membranas, que se separan del útero en diferentes puntos a nivel de la unión laxa entre la zona basal y esponjosa y la

---

<sup>43</sup>Gonzalez Merlo J.,Laila Vicens J.M.,Fabre González E.,González Bosquet E. Gineco-obstetricia.P.e. 6<sup>ta</sup> ed.; El Sevier Masson. 2013

primitiva decidua parietal. Así se van formando innumerables pliegues en las membranas fetales y la decidua parietal que aumentan el espesor de la capa (de menos de 1 mm a 3-4 mm). Por lo general, las membranas permanecen in situ hasta que la separación de la placenta es casi completa. Posteriormente la tracción que ejerce la placenta desprendida a medida que desciende hacia la vagina es el principal factor que determina el despegamiento completo de las membranas.

Químicos: el trofoblasto que está en contacto con la decidua produce fibronectina oncofetal que le une firmemente a la matriz extracelular. Durante las contracciones que marcan el inicio del trabajo de parto se ha comprobado una menor avidéz de esta proteína al útero, así como una elevación de sus niveles en las secreciones cervicales y vaginales. También las prostaglandinas y citoquinas, que son segregadas por amnios, corion liso y decidua, facilitan la separación de las membranas. Algunas citoquinas producen metaloproteinas que incrementan la degradación de las proteínas de la matriz extracelular.

Signos de despegamiento placentario (generalmente en los 5 minutos posteriores a la salida del recién nacido):

Desde la expulsión del recién nacido hasta que se completa el desprendimiento placentario el fondo uterino se sitúa a nivel del ombligo. Después del despegamiento el útero tiende a elevarse por encima del ombligo (con configuración globulosa) y desplazarse hacia un lado, generalmente el derecho, adquiriendo una consistencia más firme (el útero tiende a elevarse en el abdomen porque la placenta despegada ocupa el segmento inferior y empuja el cuerpo del útero hacia arriba).

Expulsión brusca de sangre oscura que proviene del hematoma retroplacentario.

El cordón umbilical protruye de manera visible hacia el exterior de la vagina, lo que indica descenso de la placenta.

## **2. Hemostasia uterina.**

El proceso de la hemostasia, también llamado cuarto periodo del parto, se logra en 3 fases:

Fase miotaponamiento: durante las contracciones uterinas las fibras del miometrio estrangulan o comprimen los vasos sanguíneos (Ligaduras vivientes de Pinard). Además existe cierto grado de vasoconstricción local de los vasos uteroplacentarios.

Fase trombotaponamiento: es la que produce mayor grado de hemostasia. Acontece por la trombosis de los vasos uteroplacentarios y la formación del hematoma intrauterino. El útero queda ocupado por una masa de sangre coagulada, que aunque se desprende con facilidad, está más adherida a la zona de implantación placentaria continuándose con los trombos de los vasos uteroplacentarios. Por otra parte, la placenta contiene gran cantidad de fibrinógeno que pasa a la decidua antes de su despegamiento. El hematoma retroplacentario facilita una extracción adicional de tromboplastina, lo cual activa la cascada de la coagulación a nivel local, proceso capaz de formar suficiente fibrina para los vasos del área placentaria.

Fase de contracción uterina: una vez lograda la hemostasia es necesario mantenerla. Para ello, en este momento se produce la transposición autónoma del flujo sanguíneo, de modo que tras la desaparición del espacio intervelloso placentario, la sobrecarga sanguínea pélvica se derivaría hacia otros territorios orgánicos.

### **3. Expulsión de los anexos.**

Tras el desprendimiento la placenta, ésta cae hacia el segmento inferior y cérvix, donde queda retenida por algún tiempo. La acción de la sangre acumulada detrás y las contracciones uterinas contribuyen a que descienda hasta la vagina y el periné. El mecanismo fundamental para su total expulsión es la contractura voluntaria de la prensa abdominal desencadenada por el reflejo perineal.

Cuando el mecanismo de despegamiento ha sido el de Baudelocque-Schulze, la placenta se presenta al exterior con su cara fetal, si el mecanismo de desprendimiento ha sido el de Duncan asomará primero la cara materna.

Después de la expulsión de los anejos, el útero se contrae fuertemente reduciendo su tamaño (fondo situado a dos traveses de dedo por debajo del ombligo) y aumentando su consistencia, formando lo que se denomina “globo de seguridad”

44

### **Mecanismos de trabajo de parto.**

Es la serie de movimientos de adaptación que realiza la presentación durante su tránsito por el canal de parto, para franquear las resistencias óseas de la pelvis.<sup>45</sup>

Encajamiento: Proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del producto desciende y penetra en la excavación pélvica. Puede ocurrir durante las últimas semanas de la gestación o presentarse ya una vez establecido el trabajo de parto, generalmente el encajamiento ocurre con la sutura sagital transversa en relación con la pelvis materna.

---

<sup>44</sup>Óp Cit. Gonzalez Merlo J., Lailla Vicens J.M., Fabre González E., González Bosquet E. Gineco-obstetricia. P.e. 6<sup>ta</sup> ed.; El Sevier Masson. 2013

<sup>45</sup>Félix Báez C.A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia México: Mc Graw Hill; 2006

Flexión: Para que el feto pueda descender en la excavación pélvica necesita flexionar el polo cefálico para ofrecer sus dimensiones menores; esto ocurre cuando la cabeza fetal encuentre una resistencia que puede estar dada por las paredes o el suelo de la pelvis o por el cérvix. La presión de la contracción uterina se transmite a través de la columna vertebral y se hace que se flexione la cabeza a nivel de la articulación occípito-atloidea, la cual actúa como palanca de primer grado. Por medio de ese mecanismo, el mentón fetal es comprimido contra su tórax y el diámetro suboccípito-bregmático es sustituido por el diámetro occípito-frontal.

Orientación: En el estrecho superior de la pelvis, la cabeza fetal tiende a orientar su diámetro mayor occípito-frontal con uno de los diámetros mayores de la pelvis oblicuo, este movimiento obedece a la ley de Selheim: “dos óvalos desiguales únicamente pueden quedar orientados conjugando sus ejes mayores”.

Asinclitismo: La sutura sagital del feto frecuentemente se encuentra desviada hacia el promontorio o hacia la sínfisis púbica; esta desviación hacia la parte posterior o anterior de la pelvis recibe el nombre de asinclitismo; si la sutura sagital se encuentra más cerca del promontorio, el parietal anterior se presenta hacia los dedos del explorador y este proceso es conocido como asinclitismo anterior; si por el contrario la sutura sagital se aproxima hacia la sínfisis del pubis, lo que se presenta a los dedos del explorador; sería el parietal posterior por lo que estaríamos hablando de un asinclitismo posterior. La cabeza puede descender en asinclitismo o en sinclitismo: sutura sagital equidistante del pubis y del sacro.<sup>46</sup>

Descenso: Movimiento secundario ejercida por el líquido amniótico, la dinámica uterina y el esfuerzo de contracción de los músculos abdominales maternos. Al llegar al vértice de la presentación cefálica al piso del musculo del periné, tiende a

---

<sup>46</sup> Óp. Cit. Félix Báez C.A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia México: Mc Graw Hill; 2006

orientar su diámetro mayor occípito-frontal para quedar conjugado con el diámetro anteroposterior de la pelvis. El diámetro biparietal del productoconcide con el biciático de la madre.

Rotación interna: Al girar la cabeza fetal en el anterior de la pelvis, el occipucio se va moviendo hacia la sínfisis del pubis o hacia la cavidad del sacro tratando de regresar a su posición original. Este giro es de 45° en las variedades anteriores, 90° en las transversas y de 135°. La rotación interna ocurre a nivel de las espinas ciáticas.

Expulsión o desprendimiento. Salida del feto

Extensión: Cuando la presentación fetal alcanza la vulva y el occipucio entra en contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis, la fuerza ejercida por la contracción uterina actúa dirigiendo la presentación hacia atrás, pero la resistencia del piso pélvico hace que esta se vaya hacia adelante; la conjunción de estas fuerzas hace que provoque la extensión la cual sigue la curva de Carus.

Restitución: Movimiento que realiza la cabeza fetal una vez que se encuentra en el exterior; de esta manera puede guardar su relación anatómica con los hombros. El movimiento se realiza en sentido inverso a la rotación interna.

Rotación externa: Posterior a la restitución, haciendo que la sutura sagital vaya a una posición transversa; corresponde al movimiento del cuerpo fetal ocasionando el diámetro biacromial se relacione con el diámetro anteroposterior del orificio de salida y así facilitar la salida de los hombros. El movimiento es en el mismo sentido de la restitución.

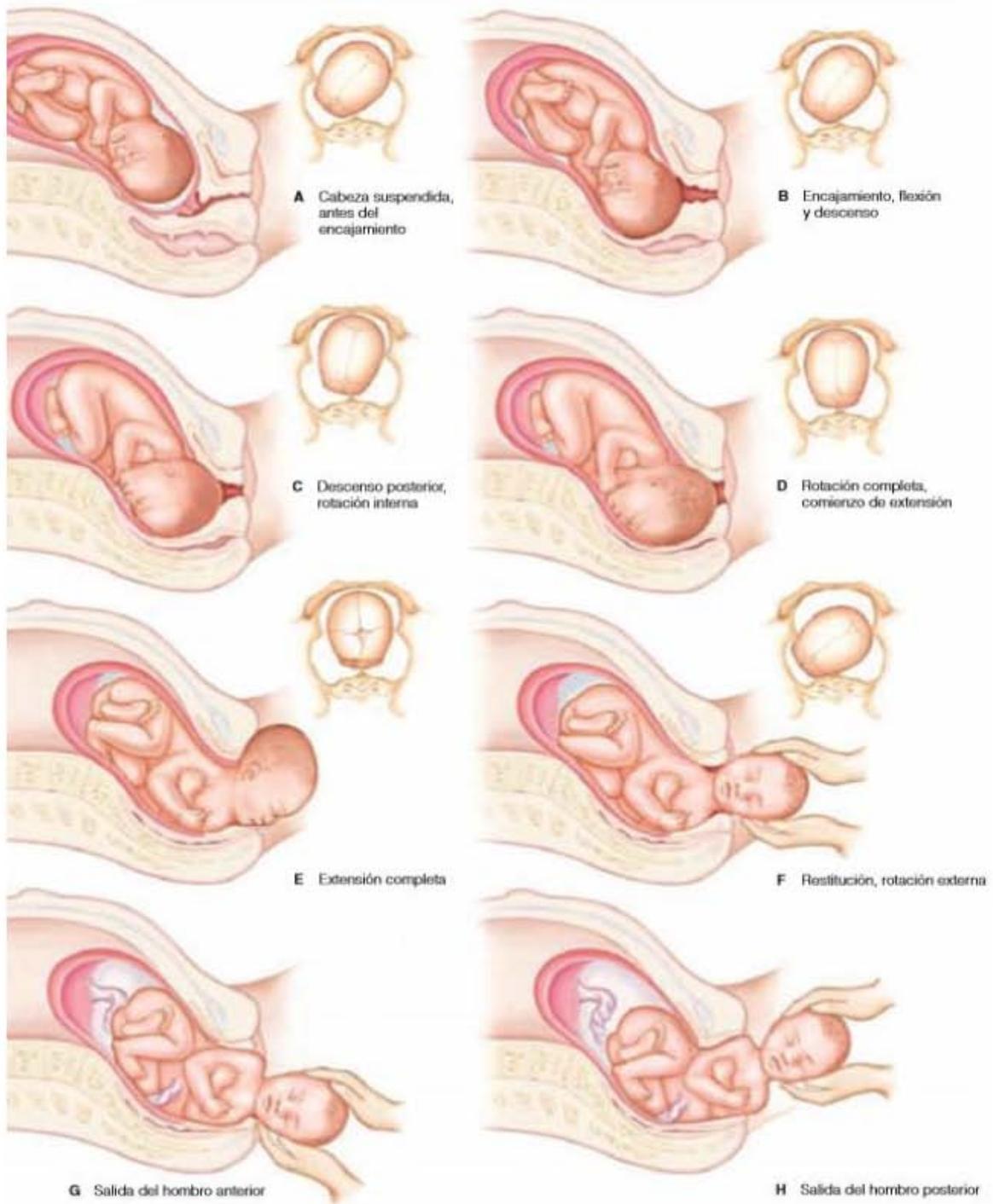
Expulsión de los hombros: al estar en el diámetro anteroposterior de la pelvis; el hombro anterior desciende y apoya en el arco subpubico y hace la bisagra para el desprendimiento del hombro posterior, saliendo luego el anterior.

Nacimiento del resto del cuerpo: al salir los hombros, prácticamente cesa el obstáculo para salida del resto del producto.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Óp. Cit. Félix Báez C.A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia México: Mc Graw Hill; 2006

## Mecanismos de trabajo de parto.



## **VI. METODOLOGÍA.**

### **6.1 Estrategia de investigación: estudio de caso.**

Las bases metodológicas y de gestión de información consideradas para este estudio de caso clínico parten del desarrollo sistemático, lógico y jerárquico del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y sus 5 fases (Valoración, Diagnóstico de enfermería, Planificación, Intervención y Evaluación) que permiten trascender en el conocimiento de enfermería y con ello tener un punto de análisis y discusión.

### **6.2 Selección del caso y fuentes de información.**

Para este estudio de caso se seleccionó a una Mujer en la tercera década de la vida con embarazo de 37.4 semanas de gestación, por fecha de última menstruación (25 de Enero 2016), la cual se presenta al servicio de urgencias ginecológicas y obstétricas del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” el día 14 de Octubre 2016 a las 12:30 horas aproximadamente por presentar prodromos de trabajo de parto.

Previo consentimiento informado, se aplicó un instrumento de valoración perinatal que cuenta con un enfoque holístico realizado a través de una entrevista directa, exploración física céfalo-podálica, el acceso a ultrasonidos y laboratorios, además de la revisión y análisis de diferentes, variadas y múltiples bibliografías.

Posterior a la validación de los datos obtenidos, en la valoración se organizó dicha información, identificando los requisitos universales alterados según la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem. Se continúa con la formulación de los diagnósticos de enfermería con el siguiente formato, Problema, Etiología, Signos y Síntomas (PES) y se culmina con la estructura del Proceso Atención de Enfermería.

### 6.3 Consideraciones éticas.

Lograr una buena salud materna requiere contar con servicios de salud reproductiva de alta calidad y con una serie de intervenciones bien sincronizadas para asegurar que la mujer sigue un camino seguro hacia la maternidad.

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.<sup>48</sup>

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 de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación, a la salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.

A pesar de la evidencia presente, que sugiere que el trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres durante el parto es bastante frecuente, en la actualidad, no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir, científicamente, el maltrato ni la falta de respeto. Por consiguiente, se desconocen su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y elecciones de las mujeres. Existe una notable agenda de

---

<sup>48</sup>Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de Salud. Septiembre 2014; 1-4.

investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo.

En consideración de lo expuesto podríamos enmarcar la violencia obstétrica como un tipo más de violencia de género arraigada en las prácticas institucionales del sistema de salud. La violencia obstétrica como producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud, es un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos.<sup>49</sup>

Al respecto se debe aclarar que existe un marco legal internacional muy amplio que identifica plenamente los derechos relacionados con la vida reproductiva:

*Derecho a la dignidad personal:* Art.1, Declaración Universal de los Derechos Humanos; Art. 11, Convención Americana sobre Derechos Humanos.

*Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de las personas:* Art.1 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Art. 4, 5 y 7, Convención Americana sobre Derechos Humanos; Art. 6 y 9, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Art.6, Convención sobre los Derechos del Niño.

*Derecho a no ser sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes:* Art. 5, Convención Americana sobre Derechos Humanos; Art. 7, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Art. 37, Convención sobre los Derechos del Niño.

La legislación internacional y nacional pretende hacer efectivos los derechos de las mujeres que son generalmente vulnerados en el parto y/o post parto:

---

<sup>49</sup>Galimberti D., Violencia Obstétrica [en línea] 2015 [consulta junio 2016}. Disponible en: [http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia\\_obstetrica.pdf](http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf)

**A la intimidad**, por la intromisión no consentida en la privacidad de las mujeres, mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. Un ejemplo son los tactos vaginales repetidos y realizados por distinto personal de salud.

**A la integridad corporal** que se relaciona con los principios básicos de privacidad, autonomía y dignidad.

**A no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes.** Con la insensibilidad frente al dolor, el silencio, los insultos, los comentarios humillantes y malos tratos (sobre todo en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con síntomas que generan sospechas de abortos provocados).

**Al más alto nivel de salud** posible, cuando no se aplican los conocimientos más actualizados y se causa daño e iatrogenia.

En nuestro país la Ley 26.485 contra la libertad reproductiva define en su Artículo 6, inciso e) **la violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley.**

Asimismo en artículo 6, inciso d) violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Asimismo se encuentran vigentes las leyes:

25.929 de “Parto Respetado” de aplicación nacional, para todas las mujeres, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto.

25.673 “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”.

También la Ley 25.929 define la Violencia Obstétrica como la ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresado en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. **De acuerdo con el Decreto Reglamentario de la ley, debe considerarse trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto**, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención del aborto, natural o inducido, sea punible o no.

Es importante resaltar que **se considera personal de salud a todas aquellas personas que trabajan en un servicio de salud** se trate de los profesionales, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, obstétricas, etc.

Las mujeres que se atienden en estas instituciones, públicas o privadas, tienen el derecho a negarse a ciertas prácticas propuestas por el personal de salud, a estar acompañadas durante el trabajo de parto y parto, a que no las separen de sus hijos innecesariamente, entre otros derechos.

Todas las mujeres tienen el derecho a vivir la maternidad como una experiencia querida, gozosa, compartida, segura para su vida y la de sus hijos, para que sus hijos nazcan y se desarrollen plenamente; sin riesgo alguno para ninguno de los dos. Para lograrlo es necesario aplicar medidas, estrategias y líneas de acción con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería, el estudio de caso

que se presenta cumple ampliamente estas características. Los procedimientos éticos que se siguieron durante toda la intervención clínica de la mujer gestante son: principios bioéticos, derechos de la mujer embarazada, derechos humanos, consentimiento informado.<sup>50</sup>

El profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional, debe tener valores morales y sociales de la humanidad y comprometido con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad, justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

La relación enfermero-paciente tiene en el caso de la mujer embarazada facetas singulares, pues es una mujer sana en una condición colocada entre su vida y la vida de su feto. Se trata entonces, de devolverle a la embarazada, su papel de protagonista ante la situación de procrear, empoderándola de su proceso fisiológico y modificando la relación enfermero-paciente en mutua colaboración, de confianza.

**Replantearnos la necesidad de que ante cada situación de embarazo, recuperemos la esencia de la labor del profesional de enfermería, incluyendo la conducta ética y moral como parte de nuestro actuar.**

---

<sup>50</sup> Óp. Cit. Galimberti D., Violencia Obstétrica [en línea] 2015 [consulta junio 2016]. Disponible en: [http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia\\_obstetrica.pdf](http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf).

## **Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México<sup>51</sup>**

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

---

<sup>51</sup>Código de Ética para Enfermeras [en línea] [consulta junio 2016] Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

## Principios éticos de enfermería.<sup>52</sup>

**1. Beneficencia:** benevolencia o no-maleficencia, principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficis, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

**2. Autonomía:** principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales. Uno de los problemas en la aplicación del principio de autonomía en los cuidados de enfermería, es que el paciente puede presentar diferentes niveles de capacidad de tomar una decisión autónoma, dependiendo de sus limitaciones internas o externas.

**3. Justicia:** una vez determinados los modos de practicar la beneficencia, el enfermero necesita preocuparse por la manera de distribuir estos beneficios o recursos entre sus pacientes como la disposición de su tiempo y atención entre los diversos pacientes de acuerdo a las necesidades que se presentan. Justicia es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos. Y las personas, con necesidades mayores que otras, deben recibir más servicios que otros de acuerdo con la correspondiente necesidad

---

<sup>52</sup>Principios Éticos de Enfermería. [en línea][consultado enero 2017]. Disponible en:<http://www.pol.una.py/sites/default/files/files/bienestar/PRINCIPIOS%20ETICOS%20DE%20ENFERMERIA.pdf>

**4. Fidelidad:** principio de crear confianza entre el profesional y el paciente. Se trata, de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación con el paciente, en que el enfermero debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad. La expectativa del paciente es que los profesionales cumplan las palabras dadas. Solamente en circunstancias excepcionales, cuando los beneficios de la ruptura de la promesa son mayores que su manutención, es que se puede quebrarla. La confianza es la base para la confidencia espontánea, y los hechos revelados en confidencia hacen parte del secreto profesional del enfermero.

**5. Veracidad:** principio ético de decir siempre la verdad, no mentir y ni engañar a los pacientes. En muchas culturas la veracidad ha sido considerada como base para el establecimiento y manutención de la confianza entre los individuos. Un ejemplo de variación cultural sería sobre la cantidad de información a ser prestada en relación al diagnóstico y tratamiento. Así, puede ser difícil elaborar un formulario para obtener el consentimiento del paciente, a quien no se le ha comunicado su diagnóstico. El profesional debe evaluar la importancia que tiene para el participante conocer su diagnóstico con relación al tratamiento o cuidado pretendido.

**6. Confidencialidad:** principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes. Evidentemente, observaciones técnicas relacionadas con el diagnóstico o terapéutica deben ser registradas en las fichas clínicas, pues son de interés de todo el equipo de salud.

## **Carta de Derechos de las Mujeres y las Matronas**

La Carta de derechos de las mujeres y las matronas contempla los derechos humanos básicos de las mujeres y las matronas que han sido sistemáticamente negados y constituye otro marco para abordar a los gobiernos al exigir cambios para mejorar los servicios de partería y de maternidad.

La Confederación Internacional de Matronas (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.

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.

Derechos de las matronas:

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>53</sup>

---

<sup>53</sup>Confederación internacional de Matronas. [en línea] [consultado octubre 2017] disponible en: Laan van Meerdervoort 70, 2517AN, The Hague, The Netherlands [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)

## **Código Deontológico Internacional Para Matronas**

Este código confirma a las mujeres como personas con derechos humanos, busca la justicia para todas las personas y la igualdad en el acceso a la atención sanitaria, y se basa en relaciones mutuas de respeto, confianza y dignidad de todos los miembros de la sociedad.

### 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 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.

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.

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.

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.

- 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.
- 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.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup>Óp. Cit. Confederación internacional de Matronas. [en línea] [consultado octubre 2017] disponible en: Laan van Meerdervoort 70, 2517AN, The Hague, The Netherlands  
[www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)

## VII. PRESENTACIÓN DEL CASO

### 7.1 Descripción del caso

Janet G.S. 33 años, con estado civil soltera, de ocupación empleada domestica, con religión católica, originaria de la Ciudad de México, hemotipo “O” positivo.

P: Janet, gesta 2, cesárea 1, con embarazo de 37.4 semanas de gestación, por fecha de ultima menstruación (25 de Enero 2016), acude al servicio de urgencias ginecología y obstetricia del Hospital General de México “Dr. Eduardo Ligeaga” acompañada de su hermano por presentar pródromos de trabajo de parto.

S: Janet percibe movimientos fetales, niega acufenos, fosfenos, cefalea y salida de líquido transvaginal, refiere sentir dolor obstétrico intensidad de una (+), actividad uterina irregular.

O: Janet, alerta, consiente, orientada, sin problemas a la comunicación, adecuada marcha y equilibrio, sin aparente compromiso neurológico; normocefálica, cabello decolorado con adecuada implantación capilar, ojos simétricos, pupilas isocóricas, apropiada implantación de pabellones auriculares ,nariz integra sin datos de relevancia, cavidad oral hidratada, con presencia de todas las piezas dentales, en tratamiento ortodóncico con brackets; cuello cilíndrico, tráquea central, sin adenomegalias aparentes, con presencia de glándula tiroides en tamaño y forma habitual; tórax simétrico, normolineó, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos a la auscultación, sin compromiso cardiovascular, frecuencia cardiaca 77 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 25 respiraciones por minuto, presión arterial 110/60 mmHg y temperatura 36.6 °C; senos simétricos, turgentes, pezones formados, galactopoyesis no presente; abdomen globoso por útero gestante, altura de fondo uterino 31 centímetros, situación longitudinal, posición dorso derecho, presentación cefálica, frecuencia cardiaca fetal 144 latidos por

minuto; puntos uretrales y Giordanos negativos; al tacto vaginal cérvix, posterior, lateralizado derecho, cerrado, Tarnier y Valsalva ausentes, genitales externos íntegros y correspondientes a edad cronológica; miembros pélvicos simétricos, llenado capilar de 3 segundos y reflejos patelares normales.

A: Gesta 2, cesárea 1, embarazo de término, 37.4 semanas de gestación por fecha de último menstruación +pródromos de trabajo de parto.

P: Libre evolución de pródromos y fase latente en domicilio, ingresar con trabajo de parto fase activa, cita abierta a urgencias en caso de datos de alarma.

## 7.2 Antecedentes generales de la persona.

### **Datos generales.**

Janet G.S., femenino, 33 años, soltera, ocupación empleada doméstica, nacionalidad mexicana, domicilio: avenida del comercio 101, interior 7, colonia Escandón, delegación Miguel Hidalgo, religión católica, grupo sanguíneo O positivo, escolaridad secundaria terminada.

### **Características de la familia.**

Familia integrada por su padre e hija, refiere tener buena relación y comunicación, madre finada por neumonía, manifiesta fue abandonada por pareja al saber del embarazo. Figura importante y de apoyo hermano Cesar G.S.

Janet y padre son el sustento del hogar, ingresos mensuales regulares con un promedio de \$ 12 000, actualmente ella no trabaja.

### **Características del ambiente.**

Vivienda rentada con adecuada iluminación y ventilación, 3 ventanas, 2 cuartos, construcción es durable cuenta con todos los servicios básicos, agua, luz, drenaje

y pavimentación el tipo de combustible que utiliza es gas. Características de su comunidad: niega exista vigilancia, cuenta con teléfonos públicos, diferentes medios de transporte, centros educativos públicos de nivel básico y superior, una universidad privada, centro de salud a 15 minutos caminando y otros servicios médicos privados. Zoonosis positiva un perro, negada fauna nociva.

## **VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.**

### **8.1 Requisitos de autocuidado**

#### **I. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.**

##### **Hábitos de salud.**

Fosas nasales integra y limpias, las cuales refiere aseo diario, convive con fumadores, ella fumaba 2 cigarrillos diarios suspendidos en la quinta semana de gestación, no requiere de algún tipo de apoyo respiratorio.

##### **Revisión por sistemas.**

Frecuencia cardiaca 77 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 25 respiraciones por minuto, presión arterial 110/60 milímetros de mercurio, temperatura 36.6, frecuencia cardiaca fetal 144 por minuto, Aparato respiratorio, nariz integra sin deformación, obstrucción desviación campos pulmonares bien ventilados, tórax simétriconormolineo, con amplexión adecuada. Sistema cardiovascular sin datos de compromiso, sistema vascular periférico: extremidades pélvicas, llenado capilar de 3segundos.

#### **II. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA.**

##### **Hábitos de salud.**

Acostumbra a tomar aproximadamente 2 litros de líquidos en 24 horas dentro de los de su preferencia se encuentran agua natural (purificada) y el agua de frutas de temporada, le desagradan todos los jugos embotellados.

##### **Revisión por sistemas.**

Mucosas orales hidratadas sin embargo refiere sentir una vez a la semana aproximadamente la boca seca.

### **III. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.**

#### **Hábitos de salud.**

Realiza 4 alimentos al día con los siguientes horarios, desayuno 8:00, colación 12:00, comida 3:30, cena 21:00, normalmente acompañada de su padre o hija y en ocasiones ambos, disponiendo de aproximadamente de 30 a 40 minutos, sus alimentos son ingeridos en casa: leche 7/7, carne 2/7, huevo 1/7, verduras 7/7, frutas 2/7, tortillas 7/7, pan 7/7, queso 1/7 embutidos 0/7, sal 7/7, azúcar 7/7. Refiere le agradan los siguientes alimentos chayote, carne asada y espagueti por el contrario le desagrada el hígado de res y pollo y las calabazas.

Ingiere AcidoFólico 0.4mg cada 24horas, Hierro 200 mg cada 24 horas, Calcio 1 gr (2 tabletas) cada 24 horas.

#### **Revisión por sistemas.**

Cavidad oral integra hidratada, con presencia de todas las piezas dentales, en tratamiento ortodóncico con brackets, niega dolor de garganta, nauseas, vomito, anorexia, pirosis, dolor abdominal, polifagia, eructos, sin embargo hace mención de haber cursado con colitis previo al embarazo tratamiento médico terminado. Abdomen globoso por útero gestante, altura de fondo uterino 31 centímetros, situación longitudinal, posición dorso derecho, presentación cefálica, VAREFE positivo.

### **IV. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS.**

#### **Hábitos de salud.**

Durante el embarazo incremento notablemente la eliminación vesical asistiendo al baño para orinar 8 veces al día y eliminación intestinal diaria.

#### **Revisión por sistemas.**

A la exploración genitales externos íntegros y correspondientes a edad cronológica, niega síntomas de infecciones de vías urinarias y vaginales, (puntos

uretrales y Giordanos negativos); cérvix, posterior, lateralizado derecho, cerrado, Tarnier y Valsalva negativos.

## **V. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.**

### **Hábitos de salud.**

Sus actividades cotidianas pertenecientes a un hogar: cocinar, limpieza domestica, lavar y planchar ropa e ir de compras, no realiza actividades físicas que sean útiles para la relajación y el buen estado físico y mental. Duerme durante la noche 6 horas a causa de la dificultad para obtener una postura cómoda, acostumbra una siesta vespertina de una hora. Su tiempo libre lo dedica a leer y ver la televisión.

### **Revisión por sistema.**

Buen tono muscular. Al momento de la valoración la gama de movimientos es limitado debido a abdomen globoso por útero gestante, adecuada marcha y equilibrio, refiere fatiga y dolor lumbar, se encuentra consciente, orientada, sin problemas para la comunicación, niega entumecimiento y hormigueo de miembros torácicos y pélvicos, cefalea, vértigo. No se visualiza parálisis facial, tumefacción o deformaciones.

## **VI. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL.**

### **Hábitos de salud.**

Durante la entrevista Janet demostró tener facilidad para comunicarse y poder expresar sus emociones, es clara, abierta y directa. Su lenguaje corporal, tono de voz y gesticulación de acuerdo al estado de ánimo. Ella no pertenece a ningún grupo deportivo y cultural sin embargo socialmente acude a la iglesia, mercado, escuela de su hija.

### **Revisión por sistemas.**

Ojos, simétricos, pupilas isocóricas, normoreflexivas no hay presencia de lagrimeo, secreción, edema o enrojecimiento, sin problemas visuales. Oídos con adecuada implantación de pabellones auriculares, conducto auditivo externo permeable y membrana timpánica íntegra.

## **VII. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.**

### **Hábitos de salud.**

Conoce y practica las medidas de prevención de accidentes, en casa, trabajo, calle y lugares a los que asiste con frecuencia: centros comerciales, tianguis, iglesia y hospital. Realiza revisiones periódicas al dentista y ginecólogo, resultado de último Papanicolaou 2015 sin alteraciones, actualmente acude a todas sus citas de control prenatal, al examinar su cartilla se confirma información. Las situaciones de tensión en su vida las maneja con enojo. No consume drogas, alcohol y suspendió el tabaquismo a partir de la quinta semana de gestación, comenta en repetidas ocasiones no automedicarse en busca de la salud óptima para su recién nacido.

Autoimagen considera verse bien embarazada refiere le agrada observarse al espejo durante el día para notar cómo va creciendo su abdomen (pancita), y menciona que hará todo lo posible para que después de nacer su hijo, recuperar su peso y forma.

Acude a escuchar misa por lo menos una vez cada quince días en compañía de su hija, refiere creer en dios, la virgen y todos los santos por lo cual ella se considera católica.

## **VIII. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.**

### **Hábitos de salud.**

Baño diario con cambio de ropa interior y exterior, aseo bucal 3 veces al día, conoce la técnica para el correcto aseo perineal, higiene de manos antes y después de ir al baño e ingerir alimentos, al elaborar y servir la comida, cuando llega de la calle a su domicilio y al levantarse de la cama. La limpieza para ella significa buena imagen corporal y usa con este fin artículos necesarios para su higiene personal, shampoo, jabón de baño, crema, pasta de dientes y desodorante.

### **Revisión por sistemas.**

Piel turgente, integra, sin protuberancias, erupciones o masas, adecuada implantación de cabello, uñas cortas y limpias, mamas simétricas, tipo de pezón formado ligero dolor a la palpación; genitales externos de acuerdo a sexo y edad cronológica.

### **Requisitos de autocuidados según etapas de desarrollo.**

Menarca 13 años, ciclos regulares 30x4, dismenorrea en algunos ciclos, pubarca y telarca 12 años, gesta 2, partos 0, cesáreas 1, abortos 0, óbitos 0.

### **Descripción ginecológica.**

Inicio de vida sexual activa 21 años, número de parejas sexuales 2, desconoce si fueron circuncidados, cervicovaginitis en el primer trimestre de embarazo, último Papanicolaou 2015 sin alteraciones, durante su vida no ha sido sometida a alguna cirugía ginecológica y niega haber presentado sangrados transvaginales anormales e incontinencia. Refiere satisfacción en sus relaciones sexuales y

agrega son placenteras, nunca a sangrado al coito. Su último y único método de planificación familiar fue el implante retirado hace un año. Fecha de última menstruación 25 Enero 2016, fecha probable de parto 1 Noviembre 2016.

### **Descripción de embarazos previos.**

Del primer embarazo se obtiene, producto único vivo, femenino, por cesárea el 28 Mayo 2007, el motivo situación del feto transversa, se interrumpe el embarazo a las 38 semanas de gestación, peso de 2900 kilogramos, talla 32 centímetros, sin defectos al nacimiento, actualmente saludable.

### **Descripción de embarazo actual.**

Embarazo de 37.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación más pródromos de trabajo de parto, refiere 8 consultas de control prenatal en su centro de salud, grupo sanguíneo O positivo. Altura de fondo uterino 31 centímetros, situación longitudinal, posición dorso derecho, presentación cefálica, frecuencia cardíaca fetal 144 latidos por minuto, VAREFE positivo, al tacto vaginal, pelvis útil, cérvix, posterior, lateralizado derecho, cerrado, puntos uretrales y Giordanos negativos, ROTS: normales, sin edema, niega datos de vasoespasmo.

### **Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud.**

#### **Desviación actual**

Acude al servicio de urgencias ginecología y obstetricia por presentar pródromos de trabajo de parto, con percepción del dolor en región abdominal con un EVA de 4 de 10. Se observa inquieta y preocupada a lo cual manifiesta espera su hijo se encuentre “completo”, y con buen estado de salud como mecanismo de adaptación usa pensamientos positivos y respiraciones profunda. Efectos de desviación sobre estilos de vida, se encuentra desequilibrado al sentir soledad en muchos momentos durante este proceso, por no contar con pareja y el económico

puesto que actualmente no trabaja y deja entre ver una situación difícil para cubrir necesidades básicas.

**Historia previa de desviaciones de salud.**

Gripes, diarreas, cefaleas, colitis. La única ocasión motivo de hospitalización vigilancia de puerperio quirúrgico, niega cirugías, transfusiones, alergias. Inmunizaciones completas, incluyendo las propias del embarazo.

**Antecedentes heredo familiares.**

Padre hipertensión e insuficiencia venosa profunda, madre finada por neumonía desconoce tipo y abuela materna diabetes tipo2.

### 8.1.1 Valoración focalizada.

Janet, gesta 2, cesárea 1, con embarazo de 37.4 semanas de gestación, por fecha de última menstruación más pródromos de trabajo de parto.

Janet percibe movimientos fetales, niega acúfenos, fosfenos, cefalea y salida de líquido transvaginal, dolor obstétrico intensidad una (+), actividad uterina irregular.

Janet, alerta, consciente, orientada, sin problemas a la comunicación, adecuada marcha y equilibrio, sin aparente compromiso neurológico; normocefálica, cabello decolorado con adecuada implantación capilar, ojos simétricos, pupilas isocóricas, apropiada implantación de pabellones auriculares, nariz íntegra sin datos de relevancia, cavidad oral hidratada, con presencia de todas las piezas dentales, en tratamiento ortodóncico con brackets; cuello cilíndrico, tráquea central, sin adenomegalias aparentes, con presencia de glándula tiroides en tamaño y forma habitual; tórax simétrico, normolineo, campos pulmonares ventilados, ruidos cardíacos rítmicos a la auscultación, sin compromiso cardiovascular, frecuencia cardíaca 77 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 25 respiraciones por minuto, presión arterial 110/60 milímetros de mercurio y temperatura 36.6 °C; senos simétricos, turgentes, pezones formados, galactopoyesis no presente; abdomen globoso por útero gestante, altura de fondo uterino 31 centímetros, situación longitudinal, posición dorso derecho, presentación cefálica, frecuencia cardíaca fetal 144 latidos por minuto; puntos uretrales y Giordanos negativos; dinámica uterina irregular; al tacto vaginal, cérvix, posterior, lateralizado derecho, sin dilatación ni borramiento, Tarnier y Valsalva negativos, genitales externos íntegros y correspondientes a edad cronológica; miembros pélvicos simétricos, llenado capilar de 3 segundos y reflejos patelares normales.

## 8.1.2 Análisis de estudios de laboratorio

### Biometría hemática.

Examen	Intervalo de referencia	Resultado
Leucocitos	3.5-10.5	8.0
Eritrocitos	4.0-5.47	4.29
Hemoglobina	12.0-16.4	13.0
Hematocrito	36.0-49.2 %	40.5
Plaquetas	150-450	230
Neutrofilos	50-70%	72.2%
Linfocitos	18-42%	19.3%
Mocitos	2.0-11.0%	6.7%
Eosinofilos	1.0-3.0%	1.6%
Basofilos	0.2-1.0%	0.2%
Bandas	0.0-5.0%	0.0%
Neutrofilos absolutos	1.7-7.0	5.78
Linfocitos absolutos	0.9-2.9	1.54
Monocitos absolutos	0.3-0.9	0.54

## Examen general de orina

<b>Examen</b>	<b>Intervalo de referencia</b>	<b>Resultado</b>
<b>Color</b>	Amarillo	Amarillo
<b>Aspecto</b>	Claro	-
<b>Densidad</b>	1,003- 1,030	1,024
<b>PH</b>	4.5-8	
<b>Proteínas</b>	Negativo	Negativo
<b>Hemoglobina</b>	Negativo	Negativo
<b>Bilirrubinas</b>	Negativo	Negativo
<b>Cetonas</b>	Negativo	Negativo
<b>Glucosa</b>	Negativo	Negativo
<b>Nitritos</b>	Negativo	Negativo
<b>Esterasa leucocitaria</b>	Negativo	+2
<b>Cilindros</b>	no se observa	no se observa
<b>Eritrocitos</b>	0-2x campo	No se observa
<b>Leucocitos</b>	0-2x campo	5-1 x campo

### 8.1.3 Jerarquización de problemas

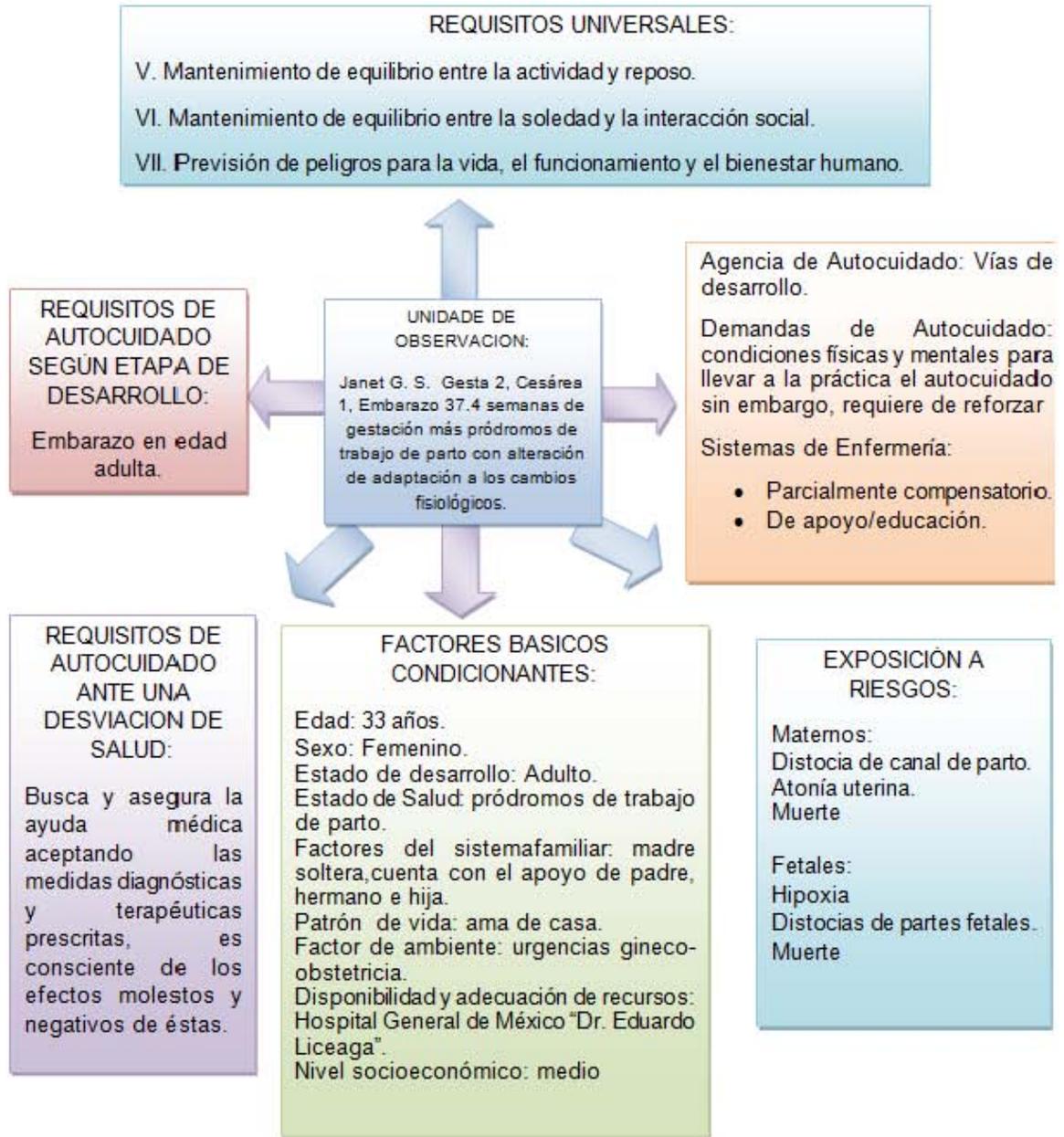
1. Optimizar el manejo del dolor.
2. Disminuir incomodidad del embarazo de termino
3. Dar a conocer el proceso de trabajo de parto.
4. Proporcionar información sobre beneficios de autocuidado.
5. Dar a conocer estado fetal.
6. Mejorar estado emocional.
7. Proporcionar información sobre cuidados del recién nacido.
8. Prevención de depresión posparto.

### 8.2 Diagnósticos de enfermería

1. Alteración del bienestar físico materno relacionado con desconocimiento sobre medidas de confort en la fase pródromica de trabajo de parto manifestado por EVA 4, inquietud, agitación y expresión verbal.
2. Alteración del bienestar físico materno relacionado con inadecuada adaptación al proceso de trabajo de parto manifestado por fatiga, cansancio, dolor lumbar, dificultad para realizar las actividades de la vida cotidiana.
3. Déficit de conocimiento materno relacionado con desconocimiento del trabajo de parto, manifestado por nerviosismo, intranquilidad y expresión verbal.
4. Disposición para mejorar el autocuidado relacionado con interés en conocer las medidas de confort durante pródromos de trabajo de parto manifestado por interés al aprendizaje, expresión verbal, inquietud, hacer preguntas relacionadas con técnicas y medidas de autocuidado durante el inicio de trabajo de parto.

5. Alteración del estado emocional materno relacionado con desconocimiento del estado de salud del feto manifestado por inquietud, preocupación e informe verbal.
  
6. Alteración del bienestar emocional materno relacionado con sistema de soporte familiar deficiente por abandono de su pareja manifestado por informe verbal y llanto.
  
7. Déficit de conocimientos maternos relacionado con desconocimiento e inexperiencia en cuidados hacia la persona recién nacida manifestado por expresar miedo e inseguridad.
  
8. Riesgo de depresión posparto relacionado con nulo vínculo con el padre de su hijo y desconocimiento de redes de apoyo.

### 8.3 Esquema metodológico



## IX. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

REQUISITO ALTERADO: V. Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo.

VALORACIÓN FOCALIZADA: Janet, se observa inquieta, agitada, refiere dolor obstétrico, actividad uterina irregular, niega datos de vasoespasmo, a la exploración física abdomen globoso a expensas de útero gestante, altura de fondo uterino 31 centímetros, situación longitudinal, posición dorso derecho, presentación cefálica, frecuencia cardiaca fetal 144 latidos por minuto, al tacto vaginal cérvix, posterior, lateralizado derecho, cerrado.

AGENCIA DE AUTOCAUIDADO: Vías de desarrollo.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo-Educación.

DIAGNÓSTICO: Alteración del bienestar físico materno relacionado con desconocimiento sobre medidas de confort en la fase pródromica de trabajo de parto manifestado por EVA 4, inquietud, agitación y expresión verbal.

OBJETIVO: Autocontrol del dolor, reducir inquietud y agitación a través de diferentes técnica favoreciendo el bienestar físico.

### INTERVENCIONES

#### **Escucha activa.**

### JUSTIFICACIÓN

Al escuchar activamente los síntomas de la mujer gestante durante los pródromos de trabajo de parto y dinámica uterina el personal de enfermería tiene el compromiso de emplear y/o sugerir medidas de confort basadas en evidencia científica que contribuya al autocontrol del dolor durante las contracciones.

De acuerdo a la revista Enfermería Global: algunos de

los mensajes implícitos que capta el paciente cuando se ejercita la escucha activa y por los que se obtienen muchos beneficios son:

Te escucho, me intereso por ti.

Permito tus emociones, por negativas que sean.

Intento hacerme cargo de la situación.

Contengo aquello que se está desbocando en ti.

Te ofrezco la posibilidad de ver de una manera diferente el problema, más estructurado, menos destructivo.<sup>55</sup>

**Orientar a Janet sobre movimientos durante el trabajo de parto, así como posición a libre elección.**

De acuerdo a Cochrane Pregnancy And Childbirth Group (Cochrane Grupo de Embarazo y Nacimiento), estudios demuestran que la habilidad de una mujer en trabajo de parto, el moverse libremente y elegir su propia posición es probablemente lo más beneficioso. La actividad provee distracción de la incomodidad, un gran sentido de libertad personal, y la oportunidad de liberar la tensión de los músculos que incrementa el dolor.

Cuando la mujer trabaja por sí sola sin restricciones, ella

---

<sup>55</sup>Subiela García J.A., Abellón Ruiz J., Celdrán Baños A.I., Manzanares Lázaro J.A., Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*; 2014 Abril; (34): 276-281

misma encuentra posiciones que le son cómodas. Cambiará de posición con mayor frecuencia mientras más se acerca al parto. Sin ninguna dirección y escuchando las señales de su cuerpo, la mujer se moverá y adoptará posiciones tales como, parada, agachada, en cuclillas, sentada, hincada, etc.<sup>56</sup>

**Orientar al familiar sobre acupresión para disminuir el dolor, presión continua en la cadera con ambas palmas de las manos, dirigida diagonalmente hacia el centro de la pelvis, sentar erguida a Janet, con sus rodillas separadas y con los pies planos, arrodillarse frente a ella, y a tomar las rodillas con cada mano, presionar continuamente hacia las articulaciones de la cadera, apoyándose contra ellas durante la contracción.**

La acupresión es una modalidad en la que el terapeuta aplica presión con un dedo o las manos sobre ciertos puntos específicos de presión. Estos puntos se distribuyen a lo largo de los meridianos corporales que conectan los lados del cuerpo. De acuerdo con esta teoría, la presión en estos puntos puede liberar el flujo de energía entre distintas partes corporales para favorecer la curación natural. El profesional de enfermería puede utilizar la acupresión<sup>57</sup>

---

<sup>56</sup>Teri Shilling, MS, IBCLC, CD (DONA), LCCE, FACCE. Joyce Di Franco, RN, BSN, LCCE, FACCE Prácticas de Atención y Cuidados que Promueven el Parto Natural. Libertad de movimiento a lo largo del trabajo de parto. Lamaze Institute for Normal Birth. 2003 Sep; (2): 1-3.

<sup>57</sup>Milan Mujin L., Francisco Ilabaca G., Juan Rojas B. Dolor lumbar relacionado con el embarazo. REV CHIL OBSTET GINECOL 2007; 72(4): 258-265

**Aplicar compresas frías o calientes para disminución del dolor.**

Efectos fisiológicos del calor y frío.

**Calor:**

Flujo sanguíneo en aumento, temperatura del músculo local y piel mayor.

Mayor metabolismo de los tejidos, menor espasmo muscular.

Relajación de los diminutos músculos de la piel: capilares, folículos pilosos.

Elevado umbral del dolor.

**Frijo:**

Disminuye el flujo de sangre local.

Disminuye la temperatura local y de los músculos disminuye el metabolismo tisular.

Disminuye el espasmo muscular (dura más que el calor).

Transmisión de impulsos más lenta sobre las neuronas aferentes, lo que conduce a efectos de sensación de adormecimiento.<sup>58</sup>

**Se sugiere que en casa mantenga la luz atenuada.**

La luz es un factor que estimula el neocórtex de los

---

<sup>58</sup>Capote Cabrera A., López Pérez Y.M., Bravo Acosta T. Agentes Físicos. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.

**Respetar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.**

seres humanos. Está sobradamente comprobado que la estimulación visual influye en el resultado de los encefalogramas. Desde una perspectiva fisiológica, una luz atenuada facilita el nacimiento. Es interesante observar que cuando una mujer esta de parto, espontáneamente adopta posturas que protegen de los estímulos visuales.<sup>59</sup>

El medio cultural atenúa los efectos del desequilibrio hormonal, pero por otro lado perturba el proceso del nacimiento. En otras palabras, todas las sociedades que conocemos han perturbado la fisiología del parto y el nacimiento. La transmisión de creencias y rituales es la forma más poderosa de controlar el proceso de nacimiento, y en particular la fase del parto entre el nacimiento del recién nacido y la expulsión de la placenta y sus anexos.

Es importante darse cuenta de que la cultura del siglo

---

<sup>59</sup>Odent M. El nacimiento de los mamíferos humanos. [en línea] 2004 [consultado octubre 2016]. Disponible en: [http://www.holistika.net/parto\\_natural/parto\\_fisiologico/el\\_nacimiento\\_de\\_los\\_mamiferos\\_humanos.asp](http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/el_nacimiento_de_los_mamiferos_humanos.asp).

XXI transmite sus propias creencias, especialmente entre los grupos que se autodenominan de “nacimiento natural” y que van contra de lo que hemos aprendido de la perspectiva fisiológica y del comportamiento.<sup>60</sup>

**Orientar a Janet los beneficios del baño de aspersion para reducir el dolor durante el trabajo de parto y generar sensación de bienestar integral.**

Investigaciones destacan la posibilidad de que el baño de aspersion estimule las contracciones uterinas y la sensación de comodidad en la parturienta. Argumentan también que el baño de aspersion revitaliza, estimula la circulación sanguínea, disminuye los dolores lumbares y promueve una relajación que favorece la dilatación cervical. La ducha está frecuentemente asociada con alivio del dolor al igual que otras prácticas no farmacológicas, como pelota suiza y masaje.<sup>61</sup>

**Orientar a Janet y familia sobre medidas de confort: a través de masajes.**

Los principales beneficios de la aplicación de masoterapia son: ayuda a aliviar la presión en la espalda, a la relajación física y emocional, eliminar

---

<sup>60</sup> Óp Cit. Odent M. El nacimiento de los mamíferos humanos. [en línea] 2004 [consultado octubre 2016]. Disponible en: [http://www.holistika.net/parto\\_natural/parto\\_fisiologico/el\\_nacimiento\\_de\\_los\\_mamiferos\\_humanos.asp](http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/el_nacimiento_de_los_mamiferos_humanos.asp).

<sup>61</sup>Barbosa da Silva F.M., Junqueira Vasconcellos de Oliveira S.M., Mota e Silva L., Fernandez Tuesta. Practicas para estimular el parto normal. Scielo Julio 2011; 20 (3).

líquidos y toxinas, por lo que combate la fatiga, mantener la elasticidad y flexibilidad del cuerpo. La evidencia científica nos relata una mejor experiencia emocional del parto en las gestantes tratadas con masoterapia.<sup>62</sup>

**Enseñar a Janet las técnicas de respiración y relajación que se van a utilizar durante el trabajo de parto.**

Los ejercicios respiratorios pretenden crear una serie de reflejos condicionados positivos que faciliten y aceleren el proceso del parto, aprovechando al máximo la energía de la parturienta, disminuyendo el dolor y ayudando en el parto a una adecuada oxigenación tanto materna como fetal.

Existen tres tipos de respiraciones básicas:

La respiración superficial o torácica que se puede utilizar en la fase de dilatación, y que consiste en tomar y expulsar poca cantidad de aire cada vez. Aunque el aporte de oxígeno puede ser adecuado, existe el riesgo de hiperventilar si el ritmo de inspiración-espирación es demasiado rápido.

La respiración abdominal o soplante lenta que también

---

<sup>62</sup>Fernández Medina I.M., Alternativas analgésicas al dolor de parto. Scielo Enero 2014; 13 (33).

se utilizaría en esta fase y consiste en inspirar por la nariz profundamente y espirar suave y lentamente por la boca, repitiéndolo durante el tiempo que dure la contracción. Esta respiración permite un buen aporte de oxígeno a la madre y al feto en esta fase, y evita la hiperventilación.

La respiración soplante rápida (jadeo) que se debe utilizar cuando empiezan a sentirse los primeros pujos y no existen condiciones adecuadas para realizarlos.

Se necesitan modificaciones que adecuen la respiración a las necesidades cambiantes del embarazo, contribuya a liberar las tensiones, faciliten, y profundicen la relajación. Concientizar a la mujer de las posibilidades y ritmos de la respiración permite contribuir en forma activa durante el trabajo de parto y utilizarla en diferentes situaciones.<sup>63</sup>

**Proporcionar información acerca del dolor, causas, tiempo e incomodidades que se esperan.**

La información que le brinda el personal de enfermería a las mujeres les facilita aceptar el tratamiento y procedimientos necesarios a realizarse los cuales

---

<sup>63</sup>Óp Cit. Bajo Arenas JM., Melchor Marcos JC., Mercé LT. Fundamentos de obstetricia (SEGO): Madrid; Abril 2007P 336

ayudaran a mejorar su estado de salud.

Las molestias pueden ser inevitables, la parturienta puede superarlas y centrarse en el parto a través de la empatía del profesional de enfermería. La capacidad de comprender órdenes y colaborar durante el proceso del parto potencian la eficacia de las medidas de control del dolor.<sup>64</sup>

**Se propone como método terapéutico para el autocontrol del dolor el uso de tonos, sonidos, melodías y otros, con la finalidad de lograr motivación, relajación, meditación y estimulación y así un mejor estado psico-físico, optimizando el estado emocional, cognitivo y espiritual en la gestante.**

Efectos fisiológicos: la música acelera o retarda las principales funciones orgánicas: Presión de la sangre, ritmo cardiaco y pulso, respiración, respuesta galvánica de la piel, repuestas musculares y cerebrales. Efectos psicológicos: la música al actuar sobre el sistema nervioso central, puede provocar en el ser humano efectos sedantes, estimulantes, etc., también logra desarrollar y fortalecer cualquier emoción o sentimiento humano.<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup>Ríos Hernández I. Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. Perspectivas de comunicación Abril 2011; 1(4): 123-140

<sup>65</sup>Valdivielso de Anta P., Torres Andrés J. P. Musicoterapia aplicada al embarazo, parto y puerperio. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid 2016.

**Se brinda información acerca de los beneficios de la aromaterapia además se sugiere el uso de fragancias en su habitación a través de aceites esenciales aromáticos (aceites extraídos de hojas, flores, troncos y raíces), con la finalidad de promover el bienestar del cuerpo, mente y emociones.**

El mensaje de fragancia va primeramente al bulbo olfatorio, el cual separa las fragancias y distingue su fuerza, ya sea picante, salada o dulce, este mensaje modificado va a la amígdala, que genera las asociaciones de la memoria y realiza otras distinciones como: seguro o peligroso, placentero o desagradable.<sup>66</sup>

De ahí, el mensaje llega al hipotálamo, el regulador central del corazón y la respiración, de la presión sanguínea, del apetito y muchos otros reflejos. El hipotálamo también organiza la actividad del sistema endocrino, cuyas glándulas controlan y responden a los cambios en la nutrición, el metabolismo, la temperatura del cuerpo, la emoción y la sexualidad. Finalmente, el mensaje va al tálamo, que lo envía hacia procesos más altos y más conscientes del cerebro pensante. Mediante este proceso de transferencia de mensajes, el simple hecho de inhalar una fragancia puede estimular la liberación de hormonas que causan euforia, alivian el

---

<sup>66</sup>Sierra Alcázar H. B. Manual de Aromaterapia. [en línea]; 01 de Enero 2010 [consultado 2016]. Disponible en : <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Manual-de-Aromaterapia.pdf>.

dolor, estimulan la respuesta sexual, calman la ira o el miedo, inducen al sueño o mitigan el estrés.<sup>67</sup>

**Orientación a Janet y familia sobre el uso adecuado del rebozo.**

Existen muchas maneras en las que el rebozo puede utilizarse para facilitar la relajación y la comodidad de la mujer, tanto en el embarazo, como en el parto. La técnica del toque suave usando los flecos del rebozo, favorece la relajación. La presión ligera del rebozo que se coloca como turbante alrededor de la cabeza, junto con la estimulación de puntos de presión en la nuca, afloja la tensión y disminuye distractores externos logrando una experiencia positiva de parto natural. Muchas mujeres, sienten la necesidad de presionarse la cadera, durante las contracciones o entre éstas; la contrapresión que se ejerza con el rebozo sobre los huesos ilíacos puede disminuir el dolor. Las mujeres gestantes, 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

---

<sup>67</sup>Óp Cit.Sierra Alcázar H. B. Manual de Aromaterapia. [en línea]; 01 de Enero 2010 [consultado 2016]. Disponible en : <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Manual-de-Aromaterapia.pdf>.

abdomen mientras realizan juntos un "baile lento" que promueve una mayor efectividad de las contracciones uterinas y el progreso del parto. <sup>68</sup>

**Explicar a Janet y familia sobre el manejo y beneficios de la pelota.**

El uso activo de la pelota, se asocia a innumerables beneficios: disminuyen la sensación de dolor, proporcionan confort y favorecen la relajación de la mujer, reducen la necesidad de uso de otros tipos de analgesia, contribuyen a la participación activa de la mujer en el proceso de nacimiento, favorecen la secreción de endorfinas, prostaglandinas y oxitocina de forma natural, disminuyen la duración del primer estadio del parto, mejora de la circulación materno-fetal, las contracciones uterinas se vuelven más regulares, fuertes, frecuentes y menos dolorosas, aumentan la movilidad de los ilíacos y del sacro, lo que incrementa los diámetros pélvicos, favorecen el descenso y la progresión de la presentación fetal durante su trayecto

---

<sup>68</sup>Trueba G., LCCE, FACCE, CD (Dona). Medidas para el parto: con el Rebozo [en línea] [consultado JULION 2017] Disponible en: <http://nurturingacrosscultures.org/es/articulos/100-medidas-para-el-parto-con-el-rebozo.html>

por la pelvis. Concretamente, la mujer sentada en la pelota con la espalda erguida y ligeramente inclinada hacia delante favorece la alineación feto-pélvica, se disminuye así el trauma perineal, ya que, cuando hay libertad de movimientos, la mujer puede realizar movilizaciones de anteversión y retroversión que la ayudan a relajar la musculatura perineal, especialmente la de los músculos elevadores del ano, los pubococcígeos y la fascia de la pelvis, favorece la participación del acompañante. Existe evidencia suficiente de que la presencia del acompañante durante el proceso de parto proporciona a la mujer relajación, apoyo, mayor seguridad y confort, cosa que favorece la humanización de la asistencia. Su presencia desenvuelve en la parturienta una percepción positiva del proceso y se relaciona también con una disminución de las tasas de cesáreas y de la duración del trabajo de parto <sup>69</sup>

---

<sup>69</sup>Luces Lago A.M., Mosquera Pan L., Tizón Bouza E. La pelota de parto. Rev ROL Enferm 2014; 37(3): 188-194

EVALUACION: Janet logra el autocontrol del dolor, reducir inquietud y agitación a través de las diferentes técnicas que se le han enseñado además de favorecer el bienestar físico. Janet me brinda la oportunidad y confianza de mantener comunicación vía telefónica hasta el nacimiento de su hijo y me refiere estar realizando las actividades antes descritas y sentirse bien.

REQUISITO ALTERADO: V. Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo.

VALORACIÓN FOCALIZADA: Al momento de la valoración la gama de movimientos es limitado debido a abdomen globoso por útero gestante, refiere fatiga y dolor lumbar. Sus actividades cotidianas pertenecientes a un hogar: cocinar, limpieza domestica, lavar y planchar ropa e ir de compras, no realiza actividades físicas que sean útiles para la relajación y el buen estado físico y mental.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Vías de desarrollo.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo-Educación.

DIAGNÓSTICO: Alteración del bienestar físico materno relacionado con inadecuada adaptación al proceso de trabajo de parto manifestado por fatiga, cansancio, dolor lumbar, dificultad para realizar las actividades de la vida cotidiana.

OBJETIVO: Favorecer el bienestar físico materno a través de aceptación y adaptación al proceso de trabajo de parto por medio de medidas de confort.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN
<b>Escucha activa.</b>	Escuchar activamente a la mujer gestante durante el embarazo de término permite al personal de enfermería reconocer las incomodidades y contribuir de manera positiva para aceptación y disminución de éstas.  De acuerdo a la revista Enfermería Global: algunos de los mensajes implícitos que capta el paciente cuando se ejercita la escucha activa y por los que se obtienen muchos beneficios son:

Te escucho, me intereso por ti.

Permito tus emociones, por negativas que sean.

Intento hacerme cargo de la situación.

Contengo aquello que se está desbocando en ti.

Te ofrezco la posibilidad de ver de una manera diferente el problema, más estructurado, menos destructivo.<sup>70</sup>

**Orientar sobre higiene postural para disminución del dolor lumbar y cansancio.**

Muchas mujeres van a padecer dolor lumbar sobre todo al final del embarazo. Son debidos al aumento de la curvatura de la columna vertebral por el aumento de peso del abdomen, ésta condición física hace que se desplace su centro de gravedad y provoque una alteración del equilibrio de su cuerpo. Para compensar se suelen adoptar posturas incorrectas, como el arqueado excesivo de la zona lumbar que provoca dolor en la zona, cansancio y molestias. La higiene postural ayudara a disminuir estas incomodidades; no permanezca de pie y quieta durante mucho tiempo, cuando camine y esté erguida mantenga recta la espalda, cuando se siente

---

<sup>70</sup>Óp Cit. Subiela García J.A., Abellón Ruiz J., Celdrán Baños A.I., Manzanares Lázaro J.A., Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global; 2014 Abril; (34): 276-281

**Fomentar periodos de descanso durante el día.**

apóyese en el respaldo, utilice cojines si fuera necesario, al agacharse hágalo doblando las rodillas, nunca inclinando la espalda, el punto de apoyo del abdomen debe ser las nalgas, el peso debe llevarse repartido por todo el pie y no sólo en los talones, cuide la postura en todas las actividades que realice.<sup>71</sup>

El aumento del volumen inspiratorio propicia cierto grado de disnea en el último trimestre del periodo gestacional, que se ve favorecida por la disminución de la movilidad diafragmática debido a la compresión que ejerce el útero en crecimiento y por la hemodilución. Es conveniente que realice pequeños descansos durante el día de ser posible en un sillón con respaldo y las piernas en alto evitando la fatiga excesiva.<sup>72</sup>

---

<sup>71</sup>Alcolea Flores S., Mohamed Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo. Consejos de una matrona. Hospital Universitario de Ceuta. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Madrid.

<sup>72</sup> Atención, cuidados y autocuidados de la mujer gestante. [en línea] [consultado septiembre 2016] Disponible en: <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/act-tema53.pdf>

<p><b>Orientar sobre el uso de ropa y calzado cómodo disminuye la fatiga durante la realización de actividades cotidianas.</b></p>	<p>Utilice vestidos cómodos y holgados de tejidos naturales. Evite todo lo que le oprima la cintura y las piernas (ligas, cinturones) que pueden favorecer la aparición de varices. Puede usar un sujetador apropiado para proteger las mamas y que proporcione una buena sujeción, con tirantes anchos y refuerzo en la parte inferior. Se sentirá más cómoda y evitará la aparición de estrías. Utilice un calzado con poco tacón y base ancha para facilitar la estabilidad y el equilibrio.<sup>73</sup></p>
<p><b>Ayudar a Janet a jerarquizar por orden de importancia las actividades de la vida cotidiana favoreciendo el reposo y descanso.</b></p>	<p>Hacer una lista de actividades con lo mínimo indispensable a realizar, identificar dos criterios básicos de las prioridades urgencia e importancia, además calcular y asignar un tiempo a las tareas, según su situación plantear la opción de delegar o diferir la actividad; en este último prever una fecha de plazo.<sup>74</sup></p> <p>Organizar las actividades cotidianas de la forma descrita</p>

---

<sup>73</sup> Óp Cit. Alcolea Flores S., Mohamed Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo. Consejos de una matrona. Hospital Universitario de Ceuta. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Madrid

<sup>74</sup> Vertadier A. Utilice mejor su tiempo. Barcelona: Granica, DL 1999.

anteriormente permite utilizar mejor el tiempo, favoreciendo el reposo y descanso que es sumamente importante durante esta etapa de vida

**Aplicación de calor y frio para disminución de dolor lumbar.**

Efectos fisiológicos del calor y frio.

**Calor:**

Flujo sanguíneo en aumento, temperatura del musculo local y piel mayor.

Mayor metabolismo de los tejidos, menor espasmo muscular.

Relajación de los diminutos músculos de la piel: capilares, folículos pilosos.

Elevado umbral del dolor.

**Frio:**

Disminuye el flujo de sangre local.

Disminuye la temperatura local y de los músculos disminuye el metabolismo tisular.

Disminuye el espasmo muscular (dura más que el calor). Transmisión de impulsos más lenta sobre las neuronas aferentes, lo que conduce a efectos de sensación de adormecimiento.<sup>75</sup>

**Orientar a Janet y familia sobre masoterapia para disminuir el dolor lumbar y cansancio.**

El masaje alivia la ansiedad y propicia una sensación de equilibrio y armonía. Se pueden aplicar diversos movimientos de masaje, como effleurage (roza- miento), pétrissage (amasamiento de pliegues amplios de piel y músculo), roce ligero y presión.

Los principales beneficios de la aplicación de masoterapia son: ayuda a aliviar la presión en la espalda, a la relajación física y emocional, eliminar líquidos y toxinas, por lo que combate la fatiga, mantener la elasticidad y flexibilidad del cuerpo. La evidencia científica nos relata una mejor experiencia emocional del parto en las gestantes tratadas con masoterapia.<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup>Óp Cit. Capote Cabrera A., López Pérez Y.M., Bravo Acosta T. Agentes Físicos. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.

<sup>76</sup>Óp Cit. Fernández Medina I.M., Alternativas analgésicas al dolor de parto. Scielo Enero 2014; 13 (33).

**Orientar Janet sobre buenos hábitos al dormir durante el embarazo.**

Es recomendable que duerma de lado con las rodillas dobladas y una almohada entre las piernas, preferiblemente sobre el lado izquierdo. Evite la posición boca arriba cuando el útero esté muy grande, ya que puede provocarle mareos incluso disminuir la oxigenación de su hijo/a debido a la compresión que ejerce su útero sobre los grandes vasos. Conforme avanza el embarazo resulta difícil encontrar una postura cómoda, utilice cojines para estar más incorporada, quizás se encuentre más cómoda y resulte beneficioso para su hijo/a.

**Se propone el uso de tonos, sonidos, melodías y otros, con la finalidad de lograr motivación, relajación, meditación y estimulación y así un mejor estado psico-físico, optimizando el estado emocional, cognitivo y espiritual en la gestante.**

Efectos fisiológicos: la música acelera o retarda las principales funciones orgánicas: Presión de la sangre, ritmo cardiaco y pulso, respiración, respuesta galvánica de la piel, repuestas musculares y cerebrales. Efectos psicológicos: la música al actuar sobre el sistema nervioso central, puede provocar en el ser humano efectos sedantes, estimulantes, etc., también logra

desarrollar y fortalecer cualquier emoción o sentimiento humano.<sup>77</sup>

**Se brinda información acerca de los beneficios de la aromaterapia además se sugiere el uso de fragancias en su habitación a través de aceites esenciales aromáticos (aceites extraídos de hojas, flores, troncos y raíces), con la finalidad de promover el bienestar del cuerpo, mente y emociones.**

El mensaje de fragancia va primeramente al bulbo olfatorio, el cual separa las fragancias y distingue su fuerza, ya sea picante, salada o dulce, este mensaje modificado va a la amígdala, que genera las asociaciones de la memoria y realiza otras distinciones como: seguro o peligroso, placentero o desagradable.<sup>78</sup> De ahí, el mensaje llega al hipotálamo, el regulador central del corazón y la respiración, de la presión sanguínea, del apetito y muchos otros reflejos. El hipotálamo también organiza la actividad del sistema endocrino, cuyas glándulas controlan y responden a los cambios en la nutrición, el metabolismo, la temperatura del cuerpo, la emoción y la sexualidad. Finalmente, el mensaje va al tálamo, que lo envía hacia procesos más altos y más conscientes del cerebro pensante. Mediante

---

<sup>77</sup>Óp Cit. Valdivielso de Anta P., Torres Andrés J. P. Musicoterapia aplicada al embarazo, parto y puerperio. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid 2016.

<sup>78</sup>Óp. Cit.Sierra Alcázar H. B. Manual de Aromaterapia. [en línea]; 01 de Enero 2010 [consultado 2016]. Disponible en : <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Manual-de-Aromaterapia.pdf>.

este proceso de transferencia de mensajes, el simple hecho de inhalar una fragancia puede estimular la liberación de hormonas que causan euforia, alivian el dolor, estimulan la respuesta sexual, calman la ira o el miedo, inducen al sueño o mitigan el estrés.<sup>79</sup>

**Explicar a Janet y familia sobre el manejo y beneficios de la pelota para disminución del dolor lumbar.**

El uso activo de la pelota, se asocia a innumerables beneficios: disminuyen la sensación de dolor, • proporcionan confort y favorecen la relajación de la mujer, reducen la necesidad de uso de otros tipos de analgesia, contribuyen a la participación activa de la mujer en el proceso de nacimiento, favorecen la secreción de endorfinas, prostaglandinas y oxitocina de forma natural, disminuyen la duración del primer estadio del parto, mejora de la circulación materno-fetal, las contracciones uterinas se vuelven más regulares, fuertes, frecuentes y menos dolorosas, aumentan la movilidad de los ilíacos y del sacro, lo que incrementa los diámetros pélvicos, favorecen el descenso y la

---

<sup>79</sup>Óp Cit. Sierra Alcázar H. B. Manual de Aromaterapia. [en línea]; 01 de Enero 2010 [consultado 2016]. Disponible en : <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Manual-de-Aromaterapia.pdf>.

progresión de la presentación fetal durante su trayecto por la pelvis. Concretamente, la mujer sentada en la pelota con la espalda erguida y ligeramente inclinada hacia delante favorece la alineación feto-pélvica, se disminuye así el trauma perineal, ya que, cuando hay libertad de movimientos, la mujer puede realizar movilizaciones de anteversión y retroversión que la ayudan a relajar la musculatura perineal, especialmente la de los músculos elevadores del ano, los pubococcígeos y la fascia de la pelvis, favorece la participación del acompañante. Existe evidencia suficiente de que la presencia del acompañante durante el proceso de parto proporciona a la mujer relajación, apoyo, mayor seguridad y confort, cosa que favorece la humanización de la asistencia. Su presencia desenvuelve en la parturienta una percepción positiva del proceso y se relaciona también con una disminución de las tasas de cesáreas y de la duración del trabajo de parto <sup>80</sup>

---

<sup>80</sup>Óp Cit. Luces Lago A.M., Mosquera Pan L., Tizón Bouza E. La pelota de parto. Rev ROL Enferm 2014; 37(3): 188-194

EVALUACIÓN: Se favorece el bienestar físico materno de Janet a través de las medidas de confort durante el proceso de trabajo de parto con las cuales manifiesta haber disminuido fatiga, cansancio y dolor lumbar. Expresa continuará estas técnicas en su hogar.

REQUISITO ALTERADO: VIII. Promoción de funcionamiento y desarrollo humano, dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

VALORACIÓN FOCALIZADA: Durante la entrevista Janet demostró tener facilidad para comunicarse y poder expresar sus emociones, es clara, abierta y directa, su lenguaje corporal, tono de voz y gesticulación de acuerdo al estado de ánimo., expresa sentirse nerviosa e intranquila por desconocer el proceso de trabajo de parto.

DIAGNOSTICO: Déficit de conocimiento materno relacionado con desconocimiento trabajo de parto, manifestado por nerviosismo, intranquilidad y expresión verbal.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Vías de desarrollo.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo-Educación.

OBJETIVO: Orientar a Janet sobre trabajo de parto y disminuir el nerviosismo e intranquilidad.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN
<b>Escucha activa, resolviendo dudas e inquietudes.</b>	Al escuchar activamente a la mujer gestante conocemos sus dudas sobre trabajo de parto, el personal de salud tiene la responsabilidad de proporcionar información basada en evidencia científica que resuelva las inquietudes lo cual favorecerá para disminuir nerviosismo e intranquilidad.  De acuerdo a la revista Enfermería Global: algunos de los mensajes implícitos que capta el paciente cuando se ejercita la escucha activa y por los que se obtienen muchos beneficios son:

Te escucho, me intereso por ti.

Permito tus emociones, por negativas que sean.

Intento hacerme cargo de la situación.

Contengo aquello que se está desbocando en ti.

Te ofrezco la posibilidad de ver de una manera diferente el problema, más estructurado, menos destructivo.<sup>81</sup>

**Explicar los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el trabajo de parto.**

Explicar los procedimientos y las posibles sensaciones disminuye el temor y la ansiedad de la parturienta estos sentimientos pueden generar un ciclo negativo, estimulan la liberación de mayores cantidades de adrenalina y noradrenalina por la glándula adrenal materna. Estas hormonas ejercen: vasoconstricción (que restringe la irrigación placentaria) contracciones uterinas y contracción de la musculatura esquelética.

Al acortarse, la musculatura esquelética de la pelvis no se distiende con facilidad, de modo que el útero habrá de contraerse con mayor intensidad y aumentarán las

---

<sup>81</sup>Óp Cit. Subiela García J.A., Abellón Ruiz J., Celdrán Baños A.I., Manzanares Lázaro J.A., Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global; 2014 Abril; (34): 276-281

molestias. A su vez, estas molestias propiciarán el aumento del temor y la ansiedad, factores se integran en un ciclo que prolonga el parto y lo convierte en una experiencia menos positiva.<sup>82</sup>

**Orientar a Janet sobre signos y síntomas de inicio de trabajo de parto.**

La detección del momento adecuado del inicio del parto es importante, proporciona a la parturienta una sensación de control sobre el proceso, con la consiguiente disminución de ansiedad, evita procedimientos médicos innecesarios cuando la mujer acude antes de haberse iniciado la fase activa de parto, reduciendo el número de visitas innecesarias al hospital, lo que redundará en un **inicio de parto más fisiológico**.<sup>83</sup>

**Explicar a Janet duración y progreso del trabajo de parto.**

Las mujeres acuden generalmente a la maternidad hospitalaria cuando se inician las contracciones uterinas, pudiéndose encontrar todavía en una fase temprana del

---

<sup>82</sup>Óp Cit. Towle M.A. Asistencia de enfermería materno – neonatal. Madrid: Pearson educación; 2010

<sup>83</sup> Albizu L., Goñi J., Mejías A. Educación maternal y reconocimiento del inicio de trabajo de parto. ANALES Sis Navarra. 2000; 23(2): 337-342

parto. El ingreso precoz de la gestante comporta la espera durante varias horas hasta que se inicia la fase activa del parto. Esta situación puede generar ansiedad en las mujeres y sus acompañantes al considerar, erróneamente, que el progreso de la dilatación debiera ser más rápido por el mero hecho de estar ingresadas, lo que puede precipitar procedimientos no estrictamente indicados en un parto normal. Por otro lado, existe preocupación por la repercusión que sobre el bienestar fetal pueda tener un parto que se está iniciando y está extendida la creencia de que el ingreso precoz mejorará el resultado perinatal.<sup>84</sup>

**Explicar a Janet con un lenguaje que no contenga terminología médica sobre mecanismos de trabajo de parto.**

Al explicarle a la mujer gestante, los movimientos que debe realizar el feto para atravesar el canal del parto, bajo el impulso de contracciones uterinas y músculos abdominales maternos; cada uno de estos elementos

---

<sup>84</sup>Guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. [en línea 2011] [consultada octubre 2017]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Parto\\_Normal\\_Osteba\\_resum.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_resum.pdf)

debe cumplir su propio cometido e interactuar de manera eficiente con los otros<sup>85</sup> para la adecuada progresión del parto, favorecemos está mujer participe positivamente para lograr culminar con el éxito del nacimiento. Es importante orientar requiere un trabajo en equipo y esfuerzo de ambos.

**Orientar a Janet sobre movimientos durante el trabajo de parto.**

De acuerdo a Cochrane Pregnancy And Childbirth Group (Cochrane Grupo de Embarazo y Nacimiento), estudios demuestran que la habilidad de una mujer en trabajo de parto, el moverse libremente y elegir su propia posición es probablemente lo más beneficioso. La actividad provee distracción de la incomodidad, un gran sentido de libertad personal, y la oportunidad de liberar la tensión de los músculos que incrementa el dolor.

Cuando la mujer trabaja por sí sola sin restricciones, ella misma encuentra posiciones que le son cómodas. Cambiará de posición con mayor frecuencia mientras más se acerca al parto. Sin ninguna dirección y

---

<sup>85</sup> Óp Cit. Bajo Arenas JM., Melchor Marcos JC., Mercé LT. Fundamentos de obstetricia (SEGO): Madrid; Abril 2007.

escuchando las señales de su cuerpo, la mujer se moverá y adoptará posiciones tales como, parada, agachada, en cuclillas, sentada, hincada, etc.<sup>86</sup>

**Informar la importancia de identificar signos y síntomas de alarma: edema de piernas, brazos o cara, sangrado transvaginal, cefalea, acufenos, fosfenos, fiebre, epigastralgia, disuria, hipomotilidad fetal, presentar 3 contracciones en 10 minutos. Será necesario acudir al servicio de urgencias obstétricas.**

Se ha demostrado que las defunciones maternas se producen por demoras en el reconocimiento de complicaciones, en la llegada al centro médico o en la prestación del servicio. En México, las principales causas de muerte materna son los trastorno hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (preeclampsia-eclampsia), las hemorragias, la embolia pulmonar obstétrica y la sepsis.

Por lo tanto, es importante que las mujeres conozcan los signos de alarma.

Además el saber en qué momento acudir al hospital disminuirá la cantidad de procedimientos invasivos.

En el embarazo siempre existe la probabilidad que se presenten complicaciones las cuales se pueden llegar a

---

<sup>86</sup>Óp Cit. Teri Shilling, MS, IBCLC, CD (DONA), LCCE, FACCE. Joyce Di Franco, RN, BSN, LCCE, FACCE Prácticas de Atención y Cuidados que Promueven el Parto Natural. Libertad de movimiento a lo largo del trabajo de parto. Lamaze Institute for Normal Birth. 2003 Sep; (2): 1-3.

identificar por medio de signos que nos pueden poner en alerta para identificar cualquier anomalía. Por lo anterior es muy importante que las mujeres embarazadas sepan diferenciar y conocer los signos y síntomas que las puedan alertar para buscar ayuda en el tiempo oportuno a un servicio obstétrico. La familia de las gestantes también debe localizar geográficamente el centro asistencial antes de que la paciente inicie con trabajo de parto o presente alguna complicación en la cual deba recurrir de inmediato. La OMS define a los signos y síntomas de alarma en el embarazo como aquellos que nos muestran que la salud de la embarazada y el feto están en peligro.<sup>87</sup>

EVALUACION: Se orienta a Janet sobre trabajo de parto, disminuye nerviosismo e intranquilidad al conocer los datos de alarma, expresa sentirse segura porque sabrá en qué momento están en peligro ella y su hijo y podrá acudir rápidamente a un hospital, se muestra interesada sobre toda la información que se le proporciona y regresa la información con sus propias palabras.

---

<sup>87</sup>. García Regalado J. F., Montañez Vargas M. I. Signos y síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2012; 50 (6): 651-657

REQUISITO ALTERADO: VII. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y deseo humano de ser normal.

VALORACIÓN FOCALIZADA: Durante la entrevista Janet mostró interés al aprendizaje, expresa sus emociones, dudas e inquietudes sobre pródromos de trabajo de parto.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Vías de desarrollo.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo-Educación.

DIAGNÓSTICO: Disposición para mejorar el autocuidado relacionado con interés en conocer las medidas de confort durante pródromos de trabajo de parto manifestado por interés al aprendizaje, expresión verbal, inquietud, hacer preguntas relacionadas con técnicas y medidas de autocuidado durante el inicio de trabajo de parto.

OBJETIVO: Janet mantendrá interés y disposición para el autocuidado y el aprendizaje sobre medidas de confort durante los pródromos de trabajo de parto.

## INTERVENCIONES

### **Escucha activa.**

## JUSTIFICACIÓN

Al escuchar a la mujer gestante es deber del profesional de enfermería hacer una valoración de su disposición al autocuidado durante los pródromos de trabajo de parto. Con la intención proporcionar la información necesaria para su bienestar durante este proceso.

De acuerdo a la revista Enfermería Global: algunos de los mensajes implícitos que capta el paciente cuando se ejercita la escucha activa y por los que se obtienen muchos beneficios son:

Te escucho, me intereso por ti.

Permito tus emociones, por negativas que sean.

Intento hacerme cargo de la situación.

Contengo aquello que se está desbocando en ti.

Te ofrezco la posibilidad de ver de una manera diferente el problema, más estructurado, menos destructivo.<sup>88</sup>

**Explicar a Janet en qué consiste el autocuidado y como contribuyen éstas acciones en su bienestar.**

Durante el embarazo la mujer experimenta diversas modificaciones, ocasionando necesidades de autocuidado y, en ocasiones déficit de autocuidado, que deben ser resueltos o compensados para la mantención de la salud y preservación del bienestar. Para ello las embarazadas deben ser motivadas y educadas para realizar acciones de autocuidado, debiendo comprender la naturaleza de la asistencia y los factores que intervienen en la misma.

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés

---

<sup>88</sup>Óp Cit. Subiela García J.A., Abellón Ruiz J., Celdrán Baños A.I., Manzanares Lázaro J.A., Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global; 2014 Abril; (34): 276-281

de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

El autocuidado comporta la connotación dual de **“para uno mismo”** y **“realizado por uno mismo”**. El autocuidado tiene un propósito. Es una acción que tiene un patrón y una secuencia y, cuando se realiza efectivamente, **contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos.**<sup>89</sup>

**Explicar los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el trabajo de parto.**

Explicar los procedimientos disminuye el temor y la ansiedad de la parturienta estos sentimientos pueden generar un ciclo negativo, estimulan la liberación de mayores cantidades de adrenalina y noradrenalina por la glándula adrenal materna .Estas hormonas ejercen: vasoconstricción (que restringe la irrigación placentaria)

---

<sup>89</sup>Óp Cit.Salazar Molinal A., Valenzuela Suazo S. Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante el embarazo y climaterio. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jul-ago; jul-ago; 62(4): 613-9

### **Ingesta de ácido fólico y hierro.**

contracciones uterinas y contracción de la musculatura esquelética.

Al acortarse, la musculatura esquelética de la pelvis no se distiende con facilidad, de modo que el útero habrá de contraerse con mayor intensidad y aumentarán las molestias. A su vez, estas molestias propiciarán el aumento del temor y la ansiedad, factores que se integran en un ciclo que prolonga el parto y lo convierte en una experiencia menos positiva.<sup>90</sup>

El estado nutricional de la mujer cuando se queda embarazada y durante el embarazo puede tener una influencia importante en los resultados sanitarios del feto, el lactante y la madre. Deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden producir malos resultados sanitarios para la madre y ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la diada.

---

<sup>90</sup>Óp Cit. Towle M.A. Asistencia de enfermería materno – neonatal. Madrid: Pearson educación; 2010

**Orientar a Janet sobre alimentación.**

La educación y el asesoramiento sobre nutrición tienen por objeto mejorar las prácticas alimentarias antes del embarazo y durante este, a fin de mejorar la alimentación materna y reducir el riesgo de resultados sanitarios negativos para la madre y para sus hijos.<sup>91</sup>

La nutrición materna es un determinante clave del crecimiento fetal, el peso al nacer y la morbilidad de los lactantes; una nutrición deficiente a menudo tiene efectos perjudiciales a largo plazo e irreversibles para el feto. Se proporciona orientación sobre el plato del bien comer y la jarra del buen beber.

**Orientar a Jante sobre los riesgos del hábito de fumar o los peligros del consumo de alcohol y drogas.**

El consumo de sustancias durante la gestación se ha relacionado con consecuencias negativas para la salud del binomio materno-fetal, poniendo en riesgo la vida de la madre y su hijo. También se ha asociado con trastornos neurológicos y neuroconductuales en el

---

<sup>91</sup>Organización Mundial de la Salud [en línea Julio 2013] [consultado septiembre 2016] Disponible en:  
[http://www.who.int/elena/bbc/nutrition\\_counselling\\_pregnancy/es/](http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/)

recién nacido y niño en su primera infancia, catalogados muchos de éstos como irreversibles.<sup>92</sup>

**Musicoterapia, esta actividad se sugiere ampliamente para optimizar el estado emocional, cognitivo y espiritual en la gestante.**

Efectos fisiológicos: la música acelera o retarda las principales funciones orgánicas: Presión de la sangre, ritmo cardiaco y pulso, respiración, respuesta galvánica de la piel, repuestas musculares y cerebrales. Efectos psicológicos: la música al actuar sobre el sistema nervioso central, puede provocar en el ser humano efectos sedantes, estimulantes, etc., también logra desarrollar y fortalecer cualquier emoción o sentimiento humano.<sup>93</sup>

**Se propone a Janet aromaterapia en su habitación por los beneficios que ofrece el uso de fragancias a través de aceites esenciales aromáticos (extraídos**

El mensaje de fragancia va primeramente al bulbo olfatorio, el cual separa las fragancias y distingue su fuerza, ya sea picante, salada o dulce, este mensaje

---

<sup>92</sup>Pascale A. Consumo de drogas durante el embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención.[ en línea] [consultado septiembre 2017] Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>

<sup>93</sup>Óp Cit. Valdivielso de Anta P., Torres Andrés J. P. Musicoterapia aplicada al embarazo, parto y puerperio. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid 2016.

**de hojas, flores, troncos y raíces), con la finalidad de promover el bienestar del cuerpo, mente y emociones.**

modificado va a la amígdala, que genera las asociaciones de la memoria y realiza otras distinciones como: seguro o peligroso, placentero o desagradable.<sup>94</sup>

De ahí, el mensaje llega al hipotálamo, el regulador central del corazón y la respiración, de la presión sanguínea, del apetito y muchos otros reflejos. El hipotálamo también organiza la actividad del sistema endocrino, cuyas glándulas controlan y responden a los cambios en la nutrición, el metabolismo, la temperatura del cuerpo, la emoción y la sexualidad. Finalmente, el mensaje va al tálamo, que lo envía hacia procesos más altos y más conscientes del cerebro pensante. Mediante este proceso de transferencia de mensajes, el simple hecho de inhalar una fragancia puede estimular la liberación de hormonas que causan euforia, alivian el dolor, estimulan la respuesta sexual, calman la ira o el miedo, inducen al sueño o mitigan el estrés.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup>Óp Cit. Sierra Alcázar H. B. Manual de Aromaterapia. [en línea]; 01 de Enero 2010 [consultado 2016]. Disponible en : <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Manual-de-Aromaterapia.pdf>.

<sup>95</sup>Óp Cit. Sierra Alcázar H. B. Manual de Aromaterapia. [en línea]; 01 de Enero 2010 [consultado 2016]. Disponible en : <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Manual-de-Aromaterapia.pdf>.

**Expongo a Janet los beneficios del agua a través del baño como recurso para reducir el dolor durante el trabajo de parto y generar sensación de bienestar integral.**

Investigaciones destacan la posibilidad de que el baño de aspersion estimule las contracciones uterinas y la sensación de comodidad en la parturienta. Argumentan también que el baño de aspersion revitaliza, estimula la circulación sanguínea, disminuye los dolores lumbares y promueve una relajación que favorece la dilatación cervical. La ducha está frecuentemente asociada con alivio del dolor al igual que otras prácticas no farmacológicas, como pelota suiza y masaje.<sup>96</sup>

**Uso de pelota para favorecer el bienestar físico y la sensación de relajación.**

El uso activo de la pelota, se asocia a innumerables beneficios: disminuyen la sensación de dolor, • proporcionan confort y favorecen la relajación de la mujer, reducen la necesidad de uso de otros tipos de analgesia, contribuyen a la participación activa de la mujer en el proceso de nacimiento, favorecen la secreción de endorfinas, prostaglandinas y oxitocina de forma natural, disminuyen la duración del primer estadio

---

<sup>96</sup>Óp Cit. Barbosa da Silva F.M., Junqueira Vasconcellos de Oliveira S.M., Mota e Silva L., Fernandez Tuesta. Practicas para estimular el parto normal. Scielo Julio 2011; 20 (3).

del parto, mejora de la circulación materno-fetal, las contracciones uterinas se vuelven más regulares, fuertes, frecuentes y menos dolorosas, aumentan la movilidad de los ilíacos y del sacro, lo que incrementa los diámetros pélvicos, favorecen el descenso y la progresión de la presentación fetal durante su trayecto por la pelvis. Concretamente, la mujer sentada en la pelota con la espalda erguida y ligeramente inclinada hacia delante favorece la alineación feto-pélvica, se disminuye así el trauma perineal, ya que, cuando hay libertad de movimientos, la mujer puede realizar movilizaciones de anteversión y retroversión que la ayudan a relajar la musculatura perineal, especialmente la de los músculos elevadores del ano, los pubococcígeos y la fascia de la pelvis, favorece la participación del acompañante. Existe evidencia suficiente de que la presencia del acompañante durante el proceso de parto proporciona a la mujer relajación, apoyo, mayor seguridad y confort, cosa que favorece la humanización de la asistencia. Su presencia desenvuelve en la parturienta una percepción positiva

del proceso y se relaciona también con una disminución de las tasas de cesáreas y de la duración del trabajo de parto <sup>97</sup>

**Fomentar descansos durante el día.**

El aumento del volumen inspiratorio propicia cierto grado de disnea en el último trimestre del periodo gestacional, que se ve favorecida por la disminución de la movilidad diafragmática debido a la compresión que ejerce el útero en crecimiento y por la hemodilución. Es conveniente que realice pequeños descansos durante el día de ser posible en un sillón con respaldo y las piernas en alto evitando la fatiga excesiva.<sup>98</sup>

Evaluación: Janet recibe la información acerca de autocuidado durante la etapa de pródromos de trabajo de parto y asegura empleará lo aprendido por bienestar de ella y el nuevo integrante de familia.

---

<sup>97</sup>Óp Cit. Luces Lago A.M., Mosquera Pan L., Tizón Bouza E. La pelota de parto. Rev ROL Enferm 2014; 37(3): 188-194

<sup>98</sup> Óp Cit. Atención, cuidados y autocuidados de la mujer gestante. [en línea] [consultado septiembre 2016] Disponible en: <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/act-tema53.pdf>

REQUISITO ALTERADO: V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

VALORACIÓN FOCALIZADA: Se observa inquieta y preocupada a lo cual manifiesta espera su hijo se encuentre “completo”, y con buen estado de salud como mecanismo de adaptación usa pensamientos positivos y respiraciones profunda.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Vías de desarrollo.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo-Educación.

DIAGNÓSTICO: Alteración del estado materno relacionado con desconocimiento del estado de salud del feto manifestado por inquietud y informe verbal de preocupación.

OBJETIVO: Favorecer el estado materno a través de información del bienestar fetal, para disminuir inquietud y preocupación.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN
<b>Escucha activa</b>	Escuchar activamente a la mujer gestante sobre sus dudas e inquietudes del estado de salud de su feto. De acuerdo a la revista Enfermería Global: algunos de los mensajes implícitos que capta el paciente cuando se ejercita la escucha activa y por los que se obtienen muchos beneficios son: Te escucho, me intereso por ti. Permito tus emociones, por negativas que sean. Intento hacerme cargo de la situación. Contengo aquello que se está desbocando en ti.

Te ofrezco la posibilidad de ver de una manera diferente el problema, más estructurado, menos destructivo.<sup>99</sup>

**Establecer una relación de confianza entre el profesional de la salud, la mujer y familia.**

A medida que se va acercando la fecha final del embarazo, la ansiedad de la mujer va aumentando. Los miedos los podemos resumir: dolor en el parto, posibles malformaciones del feto, etc. La mayoría de las mujeres se adaptan al proceso del embarazo sin ningún problema, sin embargo a lo largo de la gestación puede que surjan una serie de problemas derivados del intenso estrés que puede plantearse por el hecho del nacimiento del próximo hijo.

Con una buena preparación al parto y una educación maternal adecuada los temores y la ansiedad disminuirán en gran medida, en este punto todo el equipo tiene un papel fundamental, una relación

---

<sup>99</sup>Óp Cit. Subiela García J.A., Abellón Ruiz J., Celdrán Baños A.I., Manzanares Lázaro J.A., Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global; 2014 Abril; (34): 276-281

empática suele ser fundamental tanto para el profesional como para la gestante.<sup>100</sup>

### **Monitorización de signos vitales maternos.**

A través de esta intervención obtenemos información objetiva que nos permitirá valorar bienestar fetal.

Cifras tensionales altas pueden provocar vasoconstricción de las arterias uterinas que origina una disminución de la perfusión uterina y placentaria sus efectos en el feto comprenden la disminución de los movimientos fetales, la hipoxia crónica, el sufrimiento fetal y la muerte.

### **Realizar maniobras de Leopold**

En la primera maniobra se palpa el fondo del útero con las dos manos con el fin de percibir las partes del cuerpo del feto. El cráneo del feto es una estructura firme y redondeada y se mueve de manera independiente del resto de su organismo. Las nalgas son más blandas y redondeadas y presentan pequeñas prominencias

---

<sup>100</sup> Óp Cit. Atención, cuidados y autocuidados de la mujer gestante. [en línea] [consultado septiembre 2016] Disponible en: <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/act-tema53.pdf>

óseas; se mueven junto al tronco. A través de la segunda maniobra se identifica la espalda del feto y se averigua si se encuentra en el lado derecho o izquierdo del abdomen de la madre. Se utilizan las palmas de la mano para ejercer una presión firme y suave y examinar secuencialmente las paredes laterales del abdomen. Se fija el útero con una mano y se palpan las extremidades y la espalda del feto con la otra. La espalda es una estructura firme y lisa que se encuentra conectada con las estructuras presentes en el fondo uterino. Las extremidades son duras y presentan protuberancias óseas. La tercera maniobra se utiliza para determinar qué porción del organismo fetal se encuentra en la entrada pélvica a través de la sujeción con el pulgar y el índice de la región uterina situada por encima de la sínfisis púbica. Los hallazgos de esta maniobra deberían ser opuestos a los del fondo del útero. Si el feto hubiera adoptado una presentación cefálica y aún no estuviera encajado, se podrá desplazar en sentido ascendente y descendente. La cuarta maniobra se lleva a cabo para localizar una prominencia en la cabeza fetal. El

profesional de enfermería palpará suavemente con los dedos ambos lados del útero hacia la sínfisis. Estas maniobras descritas anteriormente permiten al profesional de la salud valorar integridad ósea e identificar alguna complicación por tipo de situación o presentación del feto.<sup>101</sup>

**Realizar una prueba sin estrés, determinar la frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales y actividad uterina, anotar los resultados y notificar cualquier hallazgo anómalo.**

Al realizar una prueba sin estrés (PSE) valoraremos los movimientos fetales y la frecuencia cardíaca fetal.

La frecuencia cardíaca fetal aumenta como consecuencia de la actividad cuando el feto dispone de una oxigenación adecuada y un sistema nervioso central intacto. Las causas más frecuentes de falta de oxigenación son la compresión del cordón umbilical o algunas complicaciones placentarias. Entre los signos de sufrimiento fetal figuran la disminución de los movimientos del feto y la disminución de la frecuencia cardíaca fetal.

---

<sup>101</sup>Óp Cit. Towle M.A. Asistencia de enfermería materno – neonatal. Madrid: Pearson educación; 2010.

### **Tacto vaginal**

El tacto vaginal ha sido el método más aceptado para valorar la progresión del trabajo de parto. Se obtienen seis fuentes de información con las que valorar el progreso: posición, consistencia, longitud y dilatación del cuello uterino, y descenso y rotación de la cabeza fetal.<sup>102</sup>

### **Realizar maniobra de Tarnier y Valsalva**

Al realizar estas maniobras descartaremos ruptura de membranas. La principal complicación asociada con una RPM pretérmino es la corioamnionitis, con una incidencia del 38%. No se ha demostrado correlación alguna entre la duración del período de latencia y el desarrollo de la corioamnionitis, pero si existe una relación inversa con el volumen del líquido amniótico, siendo mucho más frecuente cuando el volumen de líquido amniótico, medido en los cuatro cuadrantes, es menor de 2 cm.

---

<sup>102</sup>La dilatación. Prácticas habituales. [en Línea] [Consultado Julio 2017] Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/100/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/8a0/rqlang/es-ES/filename/dilatacion.pdf>

Las muertes fetales y neonatales se presentan en el 15% y las neonatales en el 39% de los casos respectivamente y las causas más frecuentes son la hipoplasia pulmonar y la membrana hialina, que llevan a una insuficiencia respiratoria<sup>103</sup>

**EVALUACIÓN:** Janet manifiesta sentirse tranquila al escuchar la frecuencia cardiaca y conocer bienestar fetal, a través de la orientación continua de dudas e inquietudes referentes a su hijo, manifiesta haber disminuido su preocupación.

---

<sup>103</sup> Cervillo N. Ruptura de membranas [en línea] [consultado julio 2017] Disponible en: [http://fertilab.net/om/om\\_23.pdf](http://fertilab.net/om/om_23.pdf)

REQUISITO ALTERADO: VI. Equilibrio entre soledad y la comunicación social.

VALORACIÓN FOCALIZADA: Janet, consciente, orientada, se observa inquieta y agitada, refiere vivir con una familia integrada por su padre e hija, con los cuales tiene buena relación y comunicación, manifiesta fue abandonada por su pareja al saber de su embarazo, figura familiar de apoyo hermano Cesar G.S.

DIAGNÓSTICO: Alteración del bienestar emocional materno relacionado con sistema de soporte familiar deficiente por abandono de su pareja manifestado por informe verbal y llanto.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Vías de desarrollo.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo-Educación.

OBJETIVO: Favorecer el bienestar emocional de Janet.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN
<b>Escucha activa, resolver dudas e inquietudes.</b>	Al escuchar activamente a la mujer gestante conoceremos su estado emocional, la enfermera tiene el deber de ofrecer redes de apoyo que contribuyan al bienestar.  De acuerdo a la revista Enfermería Global: algunos de los mensajes implícitos que capta el paciente cuando se ejercita la escucha activa y por los que se obtienen muchos beneficios son:  Te escucho, me intereso por Permito tus emociones, por negativas que sean. Intento hacerme cargo de la situación.

Contengo aquello que se está desbocando en ti.

Te ofrezco la posibilidad de ver de una manera diferente el problema, más estructurado, menos destructivo.<sup>104</sup>

**Mostrar empatía en Janet al expresar sus sentimientos y emociones.**

Considerando al individuo en sus tres esferas; biológica, social y psicológica. Esta última abarca el apoyo emocional que “comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza que una persona ofrece a otra”, entendiéndose como apoyo cuando se presta ayuda desinteresadamente, generalmente se da en las personas que necesitan algún tipo de ayuda, de cualquier índole. La palabra emoción deriva del latín emovere, que quiere decir remover, agitar o excitar. Se definirá como un estado efectivo pasajero, pero es el motor que incita a realizar una acción, mueve, conmueve y motiva la conducta. Las emociones son un estado de ánimo, de humor que se les atribuye un comportamiento, ocasionan un

---

<sup>104</sup>Óp Cit. Subiela García J.A., Abellón Ruiz J., Celdrán Baños A.I., Manzanares Lázaro J.A., Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global; 2014 Abril; (34): 276-281

aumento en el nivel de actividad de nuestro organismo. Se puede encontrar entonces que hay una necesidad de apoyo y acciones ajustadas a la situación de vida.<sup>105</sup> Por lo consiguiente Janet ante una situación de abandono requiere de estas acciones que contribuyen a aumentare influir positivamente en el nivel de satisfacción durante su embarazo, parto y puerperio.

**Mantener contacto visual y táctil.**

A través de la comunicación no verbal el profesional de enfermería con su conducta transmite u interés en ayudarle, y es que este tipo de comunicación al no estar tan sometida al control consciente, como la comunicación verbal, transmite un mensaje más poderoso y preciso que las palabras.

Oído, vista y tacto, escuchamos vemos y sentimos las emociones por medio de un suspiro, un sollozo, una

---

<sup>105</sup>Martínez Garduño M., Gómez Martínez V., Siles Juárez P. Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno. Enfermería Universitaria. 2009; 6 (3): 35-39.

respiración fatigosa, etc. Para determinar las necesidades del paciente<sup>106</sup>

**Crear un ambiente que facilite la confianza además cuide la intimidad de la paciente y favorezca la expresión sin limitaciones, (consultorio del Hospital General de México).**

El paciente tiene derecho a que se respete su intimidad. La discusión de su caso, la consulta, la exploración y el tratamiento deben proteger en todo momento la intimidad del paciente.

A nivel físico, la intimidad implica su ocultación de la vista: el cierre de cortinas y la cobertura del paciente para evitar que otra persona pueda observar su cuerpo o alguna parte del mismo. A nivel legal, la intimidad se refiere a la ocultación del historial del paciente a terceras personas. La confidencialidad supone el mantenimiento en secreto de cualquier información privilegiada.<sup>107</sup>

**Red de apoyo a psicología.**

Desde una perspectiva holística y con dimensión social de la salud definida por la OMS como: un

---

<sup>106</sup>Varela Curto M. D., Sanjurjo Gómez M.L.; Blanco García F.J. El lenguaje de los cuidados. Asociación Española de Enfermería en Urología. 2009; (3):8-10.

<sup>107</sup>Óp Cit.Towle M.A. Asistencia de enfermería materno – neonatal. Madrid: Pearson educación; 2010

estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente en la ausencia de enfermedades. Al encontrarse alterado el estado emocional de la mujer gestante se encuentra comprometida su salud. De esta afirmación parte la importancia de ofrecer red de apoyo a psicología que persigue abarcar una amplia gama de las relaciones sociales prestando atención a múltiples aspectos y efectos de esas relaciones, además de proporcionar un método para describir los caracteres estructurales de los vínculos sociales y analizar los distintos patrones de interacción, además en determinados periodos del ciclo vital como la relación entre los individuos y los grupos sociales a los que pertenecen, permiten movilizar recursos psicológicos y materiales frente a situaciones indeseables..<sup>108</sup>

EVALUACION: Se favorece el estado emocional de Janet. Acepta la red de apoyo a psicología.

---

<sup>108</sup>Óp Cit. Fernández Peña R. Redes sociales, apoyo social y salud. Periferia. Diciembre 2005 ; (3): 1-16

REQUISITO ALTERADO: VIII. Promoción de funcionamiento y desarrollo humano, dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

VALORACIÓN FOCALIZADA: Janet durante la entrevista manifiesta sentirse intranquila, insegura para realizar los cuidados a su nuevo hijo, menciona en repetidas ocasiones haber olvidado los cuidados básicos para un recién nacido además de tener miedo de no realizar adecuadamente el baño, lactancia materna y otros procedimientos, sin embargo refiere saber que tiene la capacidad de aprender rápidamente.

AGENCIA DE AUTOCAUIDADO: Vías de desarrollo.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo-Educación.

DIAGNÓSTICO: Déficit de conocimientos maternos relacionado con desconocimiento e inexperiencia en cuidados hacia la persona recién nacida manifestado por expresar miedo e inseguridad.

OBJETIVO: Orientar a Janet sobre cuidados al recién nacido en el hogar.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN
<b>Escucha activa, resolviendo dudas e inquietudes</b>	Al escuchar activamente conoceremos las dudas de la gestante sobre los cuidados del recién nacido, el equipo de salud tiene el deber de proporcionar información basada en evidencia científica evitando confusión y errores en los cuidados al neonato en el hogar.  De acuerdo a la revista Enfermería Global: algunos de los mensajes implícitos que capta el paciente cuando se ejercita la escucha activa y por los que se obtienen muchos beneficios son:

**Orientar a Janet sobre los beneficios e importancia de lactancia materna.**

Te escucho, me intereso por ti.  
Permito tus emociones, por negativas que sean.  
Intento hacerme cargo de la situación.  
Contengo aquello que se está desbocando en ti.  
Te ofrezco la posibilidad de ver de una manera diferente el problema, más estructurado, menos destructivo.<sup>109</sup>

Es la forma ideal de aportar los nutrientes que se necesitan para que el recién nacido tenga un crecimiento y desarrollo saludable, por medio de leche materna desde el nacimiento. La OMS recomienda el calostro como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida, después debe complementarse con otros alimentos, además, la lactancia materna forma parte del proceso reproductivo, tiene importantes repercusiones para la salud de las

---

<sup>109</sup>Óp Cit. Subiela García J.A., Abellón Ruiz J., Celdrán Baños A.I., Manzanares Lázaro J.A., Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global; 2014 Abril; (34): 276-281

### **Enseñar a Janet el Cuidado del cordón umbilical.**

madres, al disminuir la hemorragia durante el puerperio, estimular la involución uterina, pérdida de peso con mayor facilidad y disminuir el riesgo de cáncer de mama y ovárico

Las ventajas para el recién nacido son: nutrición óptima, fácil digestión, adecuado crecimiento y desarrollo, equilibrio emocional y desarrollo intelectual.<sup>110</sup>

El cordón umbilical del recién nacido tardará alrededor de una semana para momificarse y caerse. Debe estar limpio y seco hasta que esto suceda, no usar fajas ni vendas para el cordón umbilical. Si el ombligo sangra, sale líquido que huele mal o la piel alrededor del ombligo se pone roja o hinchada debe acudir a recibir atención médica.

Los beneficios de enseñar a la madre el cuidado de cordón umbilical radican en prevenir infección y complicaciones posteriores, favorecer la caída del cordón y facilitar la cicatrización.

---

<sup>110</sup>Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna. [ en línea] 2017 [consultado Enero 2017] Disponible en <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

**Orientar a Janet sobre baño del recién nacido.**

El cuidado de la piel del recién nacido es especialmente delicado ya que carece de flora bacteriana saprofita en el momento del nacimiento y existe en ella una herida fisiológica (cordón umbilical) y en ocasiones dos, en los varones circuncidados. En el recién nacido a término se deben usar jabones neutros y no perfumados, aplicarlos en pequeñas cantidades con la mano o con una esponja suave.<sup>111</sup>

**Dar a conocer los datos de alarma del recién nacido: dificultad para respirar, cianosis en labios, acrocianosis distal o bucal, no llora vigorosamente, taquipnea o taquicardia, cordón umbilical con salida de líquido que huele mal o está sangrando.**

El recién nacido es un ser vulnerable por la inmadurez que aún presentan muchos de sus órganos y sistemas. Por otro lado la manifestación de síntomas en los recién nacidos es muy sutil y atípica comparada con la de niños de más edad; de manera que un solo síntoma puede ser causado por muchas enfermedades y a veces es difícil distinguir entre una enfermedad y otra.

Contar con esta información protegemos al recién nacido de muerte.<sup>112</sup>

---

<sup>111</sup> Castro López F.W. Urbina Laza O. Manual de enfermería en neonatología. La Habana Cuba. Ciencias Médicas; 2008

<sup>112</sup> Op Cit. Castro López F.W. Urbina Laza O. Manual de enfermería en neonatología. La Habana Cuba. Ciencias Médicas; 2008.

**Explicar a Janet la importancia del tamiz metabólico neonatal.**

Esta prueba diagnóstica que surge en la Secretaría de Salud en 1988. Originalmente se detectaba sólo hipotiroidismo congénito, durante el periodo 2000-2006 se presentó una frecuencia de 1 por cada 1900 niños. En este momento la Secretaría de Salud, otorga la detección de tres enfermedades más: galactosemia, fenilcetonuria e hiperplasia suprarrenal.

Realizar esta prueba entre el tercero y quinto día de vida del recién nacido, debido a que es de vital relevancia la confirmación del diagnóstico y el inicio del tratamiento durante las primeras 4 semanas de vida, para limitar posibles daños a la salud y un mejor manejo en caso de presentarse estas enfermedades.<sup>113</sup>

**Informar a Janet sobre la importancia del tamiz auditivo.**

El Tamiz Auditivo Neonatal es una prueba gratuita, sencilla y rápida, que permite detectar presencia de hipoacusia o sordera en recién nacidos, sin causar dolor o molestia alguna. Consiste en colocar un pequeño

---

<sup>113</sup>NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

“audífono” en el oído del recién nacido durante unos segundos, el cual registra si existe disminución auditiva.

114

**Orientación sobre cartilla de vacunación e importancia para el recién nacido.**

Las Cartillas Nacionales de Salud son documentos oficiales y de carácter personal para la población mexicana y se entregan de forma gratuita en todas las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.

Son también instrumentos que sirve al personal de salud y a los usuarios para llevar el control de las acciones de promoción de la salud, prevención, detección oportuna y control de las enfermedades, así como para facilitar el seguimiento del estado de salud, promover estilos de vida saludables y registrar los principales servicios de salud que se proporcionan a través del apartado de citas medicas.<sup>115</sup>

---

<sup>114</sup> Berruecos Villalobos P. Tamiz auditivo neonatal e intervención temprana. [en línea] 2013 [consultado Febrero 2017]. Disponible en: <http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L13-Tamiz-auditivo-neonatal.pdf>

<sup>115</sup>Secretaria de Salud. Vacunas que integran el esquema nacional de vacunación. [el línea] [consultado Febrero 2017]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/articulos/vacunas-que-integran-el-esquema-nacional-de-vacunacion>

EVALUCION: al proporcionar la información adecuada para los cuidados del recién nacido Janet demuestra mayor seguridad y entendimiento en las indicaciones y sugerencias que se la han dado, lo cual favorece su estado emocional.

REQUISITO ALTERADO: VII Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.

VALORACIÓN FOCALIZADA: Las situaciones de tensión en su vida las maneja con enojo y manifiesta fue abandonada por pareja al saber del embarazo lo cual la hace sentirse triste, tener ganas de llorar y gritar en muchas ocasiones.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Vías de desarrollo.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo-Educación.

DIAGNÓSTICO: Riesgo de depresión posparto relacionado con nulo vínculo con el padre de su hijo y desconocimiento de redes de apoyo.

OBJETIVO: Disminuir en Janet el riesgo de depresión posparto y orientar sobre redes de apoyo.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN
<b>Escucha activa.</b>	<p>Se potenciará la escucha activa, permitiendo a Janet expresar sus sentimientos, miedos y dudas. Así, se entenderá mejor su situación individual y se enfocaran los cuidados especializados, identificando requisitos alterados y al mismo tiempo priorizando necesidades.</p> <p>Se valora el nivel de ansiedad, dando apoyo emocional y creando un ambiente cercano y de confianza. Sobre todo nos presentaremos como la ayuda que necesita para mejorar su estado de salud: daremos esperanza a través</p>

de nuestras palabras y lenguaje no verbal.<sup>116</sup>

**Elevar la autoestima de Janet.**

La “valoración que hacemos de nosotros mismos basándonos de las sensaciones y experiencias que hemos ido incorporando a lo largo nuestra vida”. Esta autovaloración es muy importante, dado que de ella dependen en gran parte la realización personal y en la vida. Las personas que se sienten bien consigo mismas y tienen buena autoestima, son capaz de enfrentarse y resolver los retos y responsabilidades durante su vida. Por el contrario, los que tienen una autoestima baja suelen autolimitarse y fracasar.<sup>117</sup>

**Estimular la capacidad de enfrentarse a la situación y disminuir riesgo de depresión.**

En el contexto de la maternidad, los múltiples cambios físicos y hormonales, así como los cambios en el estilo de vida de la mujer, pueden llevar a la aparición de manifestaciones emocionales y psicológicas, que podrían denominarse normales o fisiológicas. La

---

<sup>116</sup>Lozano J., Andrade M.S. Depresión posparto [en línea Junio 2015] [consultado en septiembre 2016] Disponible en: <http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1104/TFG1415%20JULIA%20DE%20PAZ.pdf?sequence=1>

<sup>117</sup> <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/fmc824f/doc/fmc824f.pdf>

seriedad de estas alteraciones aparece cuando se tornan patológicas. De esta manera el embarazo y el puerperio pueden actuar como desencadenantes o detonantes de reacciones psicológicas que varían desde el estrés emocional leve hasta trastornos psiquiátricos más graves, como es la depresión mayor, una de las patologías más representativas por el considerable porcentaje de mujeres al que afecta, especialmente en el postparto.

Por este motivo es importante hacerle saber a la mujer que es normal que después del parto se sienta algo triste y con ganas de llorar, desaparecerá en pocas semanas, es debido al cambio tan brusco de niveles de hormonas en su cuerpo.<sup>118</sup> Con la intención de afrontar de la forma saludable esta etapa.

---

<sup>118</sup> Sastre Miras I., Hernández Salgado R.M. Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio. [en línea] [consultado octubre 2017] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11938/1/TFG-H292.pdf>

**Fomentar el apoyo familiar.**

Al considerar la participación de la familia en los cuidados, los miembros de la familia deben definirse de forma amplia como las personas que el individuo define como pertenecientes. Los miembros de la pueden incluir, pero no se limitan a, padres, hijos, hermanos, familiares, familia extensa y amigos. Los familiares pueden desempeñar un papel importante en la detección de la depresión posparto, ya que a menudo están en condiciones de reconocer los primeros síntomas.

**Orientar sobre contacto piel a piel y lactancia materna para prevención de depresión posparto.**

El contacto piel a piel es una práctica muy sencilla, no invasiva y por los resultados que se han visto muy útil por el impacto beneficioso tanto físico como mental que proporciona a las dos partes. En los casos de riesgo de desarrollo de episodios de ansiedad o depresivos en el postparto, podría ser una estrategia de intervención para disminuir el riesgo. Además, las mujeres presentan unos sentimientos de auto eficacia más positivos. Es decir,

tienen mayor confianza y seguridad respecto a sus habilidades para la crianza y cuidado de su hijo.<sup>119</sup>

**Promover actividades de autocuidado.**

Las estrategias de autocuidado son importantes para todas las mujeres durante el periodo posparto. En las mujeres que experimentan síntomas depresivos, el autocuidado puede ayudar a aliviar los síntomas depresivos, las prácticas de autocuidado como el ejercicio, higiene del sueño, nutrición, adherencia al tratamiento y participación en las relaciones de apoyo en función de su impacto en el sentido individual de bienestar. A nivel profesional, los profesionales sanitarios apoyan las prácticas de autocuidado de las personas mediante la educación y el asesoramiento para hacer frente a factores como la autoestima, la autoeficacia y la motivación.

---

<sup>119</sup>Dois A, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Revista Chilena Pediatría. 2013;84 (3):285-92.

**Crear un ambiente tranquilo para optimizar descanso y sueño.**

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. La vigilia prolongada va acompañada de trastorno progresivo de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del sistema nervioso central, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales. El descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada.<sup>120</sup>

---

<sup>120</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Necesidad de descanso y sueño. [en línea] [consultado octubre 2016]. Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/necesidades.pdf>

### **red de apoyo a psicología**

Desde una perspectiva holística y con dimensión social de la salud definida por la OMS como: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente en la ausencia de enfermedades. Al encontrarse alterado el estado emocional de la mujer gestante se encuentra comprometida su salud. De esta afirmación parte la importancia de ofrecer red de apoyo a psicología que persigue abarcar una amplia gama de las relaciones sociales prestando atención a múltiples aspectos y efectos de esas relaciones, además de proporcionar un método para describir los caracteres estructurales de los vínculos sociales y analizar los distintos patrones de interacción, además en determinados periodos del ciclo vital como la relación entre los individuos y los grupos sociales a los que pertenecen, permiten movilizar recursos psicológicos y materiales frente a situaciones indeseables como la incapacidad, soledad y/o enfermedad.<sup>121</sup>

---

<sup>121</sup>Fernández Peña R. Redes sociales, apoyo social y salud. Periferia. Diciembre 2005 ; (3): 1-16

EVALUACIÓN: Janet se muestra atenta a la información brindada, se conecta a red de apoyo, a través de cita al servicio de psicóloga del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” de la unidad de Ginecología y Obstetricia.

## X. PLAN DE ALTA

- Polivitaminas, tomar 1 tableta cada 24 horas por 30 días.
- Ácido fólico tomar una tableta cada 24 horas por 30 días.
- Calcio 2 tabletas efervescentes en un vaso de agua tomar en ayunas cada 24 horas hasta el término embarazo.
- Acudir al servicio de urgencias en caso de: Edema de piernas, brazos o cara, flujo vaginal con mal olor; salida de líquido y/o sangrado transvaginal, disuria, vómito, mareo; cefalea, fosfenos, acufenos, fiebre y escalofríos, hipomotilidad fetal o tener de 3 a 5 contracciones en 10 minutos.
- Dieta blanda rica en fibra, frutas y verduras, complementar con proteína (pollo, carne, pescado) de preferencia asado, evitar embutidos, alimentos altos en carbohidratos (principalmente pan de dulce) alimentos chatarra, alimentos empanizados o fritos. Se sugiere ingerir 2 litros de agua al día y evitar bebidas azucaradas.
- Cambio de ropa interior de algodón y exterior diario.
- Baño en regadera (incluso cuando las contracciones comiencen a ser regulares y de mayor intensidad).
- Uso de pelota con ayuda de algún familiar.
- Empleo de aromaterapia y musicoterapia.
- Realizar por familiar acupresión de cadera bilateral o el doble apretón de cadera y presión de rodillas.
- Aplicar compresas de agua fría o caliente en región sacroiliaca.
- Ejercicios de respiración.

## XI. CONCLUSIONES

Si bien es una afirmación que toda mujer gestante tiene derecho a un parto respetado en el marco de los derechos humanos que garantizan una vida libre de violencia y de los derechos sexuales y reproductivos, es tarea del personal de la salud reflexionar sobre diversos procedimientos y prácticas en obstetricia, que no son necesarios y que se aplican en forma indiscriminada, no se trata de cuestionar los métodos obstétricos, sino el criterio con que se han manejado por mucho tiempo, es momento de que la mujer reciba atención prenatal apropiada y un parto respetado.

Si consideramos que el parto y el nacimiento son el inicio de una vida y que estos procesos son determinantes para la existencia humana e indudablemente para las sociedades futuras, nos daremos la oportunidad de reconocer que existe una necesidad urgente y evidente de empoderar a la mujer este proceso, hacer del trabajo de parto y parto un evento seguro, saludable y trascendente.

**La enfermera especialista perinatal tiene el compromiso de recuperar el sentido ético a través de actitudes y comportamientos que tomen en cuenta el deseo y necesidades de la mujer durante el embarazo, parto y nacimiento, estas acciones cambiarán la forma de nacer.**

Con respecto a los objetivos que se plantearon para este estudio de caso se elaboró un plan de cuidados individualizado, con intervenciones especializadas, a través de la identificación de factores que alteran el bienestar físico materno durante la fase prodrómica, favoreciendo el autocuidado, bajo el Modelo de la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, beneficiando a Janet al proporcionar atención de enfermería perinatal, con enfoque holístico basado en evidencia científica, y principios biéticos, que hicieron posible un

mejorar su estado de salud durante esta etapa de su vida y el bienestar materno fetal.

No olvidando que de acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) y a la medicina basada en las evidencias científicas, hoy podemos asegurar que “el nacimiento no es una enfermedad”, no tratemos a nuestras mujeres gestantes como si estuvieran atravesando por una.

## **XII. SUGERENCIAS**

De acuerdo a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) a través de las recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica, la atención obstétrica ideal debe ser brindada por personal profesionalmente capacitado y acreditado. Por lo cual sugiero, considerar los siguientes puntos:

Realizar intervenciones de enfermería con alto sentido humano y con evidencia científica.

Trato digno a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, a través de respetar sus derechos y practicar los principios éticos de enfermería, el código de ética de los enfermeros mexicanos y la deontología de enfermería.

Evitar prácticas rutinarias para la atención del parto, en especial en el ámbito hospitalario.

Sensibilizar al personal de la salud sobre parto respetado y los beneficios que tiene para el binomio.

Generar conducta, actitudes y comportamientos de empatía con la mujer embarazada.

Dar a conocer y difundir información sobre medidas de confort para disminuir el dolor durante el trabajo de parto.

Continuar la búsqueda de evidencia científica que respalde las medidas de confort.

8.Promover el autocuidado durante el embarazo, parto y puerperio.

Contribuir en la disminución de la muerte perinatal a través de la pronta detección de embarazos de alto riesgo.

Promover la participación del equipo multidisciplinario y las redes de apoyo a favor de la mujer.

Brindar calidad y calidez en la atención perinatal y aumentar la sobrevivencia materno- fetal.

Colaborar en las áreas de enfermería: atención directa, administrativas, docentes e investigación, para mejorar y fortalecer el gremio de enfermería.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Debby Amis, RN, BSN, CD (DONA), LCCE, FACCE Prácticas de Atención y Cuidados que Promueven el Parto Natural. Deje que el parto inicie por si solo. Lamaze Institute for Normal Birth; 2003 Sep;(1): 288-290.
2. Odent M. El bebé es un mamífero. 3ª ed. Ob Stare; 2009. pág.189.
3. 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. Diario Oficial de la Federación [en línea] 07 de Abril 2016. [ consulta octubre 2016]. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)
4. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Diario Oficial de la Federación [en línea] 22 de Enero 2013. [ consulta octubre 2016]. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013)
5. Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. [en línea].30 de Septiembre 2009 [consulta octubre 2016]. Disponible en: [http://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica\\_pretelini/documentos/guias/GUIA%20PARA%20EL%20CONTROL%20PRENATAL%20DEL%20EMBARAZO%20DE%20ALTO%20RIESGO.pdf](http://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica_pretelini/documentos/guias/GUIA%20PARA%20EL%20CONTROL%20PRENATAL%20DEL%20EMBARAZO%20DE%20ALTO%20RIESGO.pdf)
6. Guía de práctica clínica vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. [en línea]. 11 de diciembre 2014 [consulta octubre 2016]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052\\_GPC\\_VigilanciaManejodelParto/IMSS\\_052\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf)

7. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [ en línea]. 2016. [consulta octubre 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/)
8. Duran de Villalobos. M.M Enfermería. Desarrollo Teórico Investigativo. Colombia: Innovar; 2001. pág186.
9. Sanabria, Luiris. Los paradigmas como base del pensamiento actual en enfermería. Rev Cub Educ Med Super 2002; (16)4.
10. Balan, Cristina et Col. Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. pág.313.
11. Navarro Peña Y,CSM. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Scielo. 2010 Junio;(19).
12. Vega O. GD. Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretacion desde los elementos conceptuales. Dialnet. 2005 Agosto; 4(4).
13. J.M, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. El Método de Intervención de Enfermería: El Proceso de Enfermería. 2<sup>da</sup> ed. España. McGraw-Hill; 2003.
14. Diagnósticos de Enfermería. [en línea] [consulta junio 2017 ]. Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/4670/1/06TESIS.A9.B324.pdf>
15. Bajo Arenas JM., Melchor Marcos JC., Mercé LT. Fundamentos de obstetricia (SEGO): Madrid; Abril 2007.

16. Towle M.A. Asistencia de enfermería materno – neonatal. Madrid: Pearson educación; 2010.
17. Gonzalez Merlo J.,Laila Vicens J.M.,Fabre González E.,González Bosquet E. Gineco-obstetricia.P.e. 6<sup>ta</sup> ed.; El Sevier Masson. 2013.
18. Félix Báez C.A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia México: Mc Graw Hill; 2006.
19. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de Salud. Septiembre 2014; 1-4.
20. Galimberti D., Violencia Obstétrica [en línea] 2015 [consulta junio 2016}. Disponible en: [http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia\\_obstetrica.pdf](http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf)
21. Código de Ética para Enfermeras [en línea] [consulta junio 2016] Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)
22. Principios Éticos de Enfermería. [en línea][consultado enero 2017]. Disponible en:<http://www.pol.una.py/sites/default/files/files/bienestar/PRINCIPIOS%20ETICO%20DE%20ENFERMERIA.pdf>
23. Confederación internacional de Matronas. [en línea] [consultado octubre 2017] disponible en: Laan van Meerdervoort 70, 2517AN, The Hague, The Netherlands [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)
23. Subiela García J.A., Abellón Ruiz J., Celdrán Baños A.I., Manzanares Lázaro J.A., Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global; 2014 Abril; (34): 276-281.

24. Teri Shilling, MS, IBCLC, CD (DONA), LCCE, FACCE. Joyce Di Franco, RN, BSN, LCCE, FACCE Prácticas de Atención y Cuidados que Promueven el Parto Natural. Libertad de movimiento a lo largo del trabajo de parto. Lamaze Institute for Normal Birth. 2003 Sep; (2): 1-3.
25. Milan Mujin L., Francisco Ilabaca G., Juan Rojas B. Dolor lumbar relacionado con el embarazo. REV CHIL OBSTET GINECOL 2007; 72(4): 258-265.
26. Capote Cabrera A., López Pérez Y.M., Bravo Acosta T. Agentes Físicos. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.
27. Odent M. El nacimiento de los mamíferos humanos. [en línea] 2004 [consultado octubre 2016]. Disponible en: [http://www.holistika.net/parto\\_natural/parto\\_fisiologico/el\\_nacimiento\\_de\\_los\\_mamiferos\\_humanos.asp](http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/el_nacimiento_de_los_mamiferos_humanos.asp)
28. Barbosa da Silva F.M., Junqueira Vasconcellos de Oliveira S.M., Mota e Silva L., Fernandez Tuesta. Practicas para estimular el parto normal. Scielo Julio 2011; 20 (3).
29. Fernández Medina I.M., Alternativas analgésicas al dolor de parto. Scielo Enero 2014; 13 (33).
30. Ríos Hernández I. Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. Perspectivas de comunicación Abril 2011; 1(4): 123-140.
31. Valdivielso de Anta P., Torres Andrés J. P. Musicoterapia aplicada al embarazo, parto y puerperio. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid 2016.

32. Sierra Alcázar H. B. Manual de Aromaterapia. [en línea]; 01 de Enero 2010 [consultado 2016]. Disponible en : <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Manual-de-Aromaterapia.pdf>.
33. Trueba G., LCCE, FACCE, CD (Dona). Medidas para el parto: con el Rebozo [en línea] [consultado JULION 2017] Disponible en: <http://nurturingacrosscultures.org/es/articulos/100-medidas-para-el-parto-con-el-rebozo.html>
34. Luces Lago A.M., Mosquera Pan L., Tizón Bouza E. La pelota de parto. Rev ROL Enferm 2014; 37(3): 188-194
35. Alcolea Flores S., Mohamed Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo. Consejos de una matrona. Hospital Universitario de Ceuta. Instituto Nacional de Gestion Sanitaria. Madrid.
36. Atención, cuidados y autocuidados de la mujer gestante. [en línea] [consultado septiembre 2016] Disponible en: <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/act-tema53.pdf>
37. Vertadier A. Utilice mejor su tiempo. Barcelona: Granica, DL 1999.
38. Albizu L., Goñi J., Mejías A. Educacion maternal y reconocimiento del inicio de trabajo de parto. ANALES Sis Navarra. 2000; 23(2): 337-342
39. Guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. [en línea 2011] [consultada octubre 2017]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Partido\\_Normal\\_Osteba\\_resum.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Partido_Normal_Osteba_resum.pdf)

40. García Regalado J. F., Montañez Vargas M. I. Signos y síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2012; 50 (6): 651-657
41. Salazar Molinal A., Valenzuela Suazo S. Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante el embarazo y climaterio. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jul-ago; jul-ago; 62(4): 613-9
42. Organización Mundial de la Salud [en línea Julio 2013] [consultado septiembre 2016] Disponible en:  
[http://www.who.int/elena/bbc/nutrition\\_counselling\\_pregnancy/es/](http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/)
43. Pascale A. Consumo de drogas durante el embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención.[ en línea] [consultado septiembre 2017] Disponible en:  
<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>
44. La dilatación. Prácticas habituales. [en línea] [Consultado Julio 2017] Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/100/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/8a0/rqlang/es-ES/filename/dilatacion.pdf>
45. Cervillo N. Ruptura de membranas [en línea] [consultado julio 2017] Disponible en: [http://fertilab.net/om/om\\_23.pdf](http://fertilab.net/om/om_23.pdf)
46. Martínez Garduño M., Gómez Martínez V., Siles Juárez P. Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno. Enfermería Universitaria. 2009; 6 (3): 35-39.

47. Varela Curto M. D., Sanjurjo Gómez M.L.; Blanco García F.J. El lenguaje de los cuidados. Asociación Española de Enfermería en Urología. 2009; (3):8-10.
48. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna. [ en línea] 2017 [consultado Enero 2017] Disponible en <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
49. Castro López F.W. Urbina Laza O. Manual de enfermería en neonatología. La habana Cuba. Ciencias Médicas; 2008.
50. NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. Diario Oficial de la Federación [en línea] 2002 [consulta octubre 2016]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/034ssa202.html>
51. Berruecos Villalobos P. Tamiz auditivo neonatal e intervención temprana. [en línea] 2013 [consultado Febrero 2017]. Disponible en: <http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L13-Tamiz-auditivo-neonatal.pdf>
52. Secretaria de Salud. Vacunas que integran el esquema nacional de vacunación. [en línea] [consultado Febrero 2017]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/articulos/vacunas-que-integran-el-esquema-nacional-de-vacunacion>
53. Lozano J., Andrade M.S. Depresión posparto [en línea Junio 2015] [consultado en septiembre 2016] Disponible en: <http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1104/TFG1415%20JULIA%20DE%20PAZ.pdf?sequence=1>

54. Sastre Miras I., Hernández Salgado R.M. Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio. [en línea] [consultado octubre 2017] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11938/1/TFG-H292.pdf>
55. Dois A, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Revista Chilena Pediatría. 2013;84 (3):285-92.
56. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Necesidad de descanso y sueño. [en línea] [consultado octubre 2016]. Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/necesidades.pdf>
57. Fernández Peña R. Redes sociales, apoyo social y salud. Periferia. Diciembre 2005 ; (3): 1-16

## ANEXOS

### Consentimiento informado.

México, Octubre 2016

Ciudadana \_\_\_\_\_ le solicito de la manera más atenta participar en el estudio de caso que lleva por nombre: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PERINATAL A MUJER CON ALTERACIÓN DEL BIENESTAR FISICO MATERNO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO BAJO EL ENFOQUE DE LA TEORÍA DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM, si usted acepta toda la información que me proporcione será de carácter estrictamente confidencial y será utilizada únicamente con fines académicos, no estará disponible para ningún otro propósito, quedará identificada únicamente con un su nombre y las iniciales de sus apellidos, los resultados de este estudio se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

Está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en esta institución de salud.

Si acepta participar en el estudio, le pedimos sea tan amable de firmar.

## Instrumento de valoración perinatal



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA 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.- CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA.

Tipo de familia: Nuclear \_\_\_\_\_ Extensa \_\_\_\_\_ Integrada \_\_\_\_\_ Desintegrada

\_\_\_\_\_

Con quien vive: \_\_\_\_\_ Num. de

integrantes \_\_\_\_\_

Comunicación con: La pareja BRMN\* Hijos: BRMN Otros familiares: BRMN

Cada cuando se reúne con su familia: \_\_\_\_\_ Actividades que realiza con la familia:

\_\_\_\_\_

Quien es el sustento de la familia: \_\_\_\_\_ Ingresos: \_\_\_\_\_

\*Bueno B Regular R Malo M Nulo N

**3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.**

Vivienda: casa  departamento  Propia  Rentada  Otra

\_\_\_\_\_  
Tipo de Ventilación \_\_\_\_\_ Tipo de Iluminación

\_\_\_\_\_  
Num. cuartos \_\_\_\_\_ Cuantas ventanas: \_\_\_\_\_ Tipo de Construcción: perecedero  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 APORTE SUFICIENTE DE AIRE.**

**1. HABITOS DE SALUD:**

Higiene de fosas nasales  Cada cuando \_\_\_\_\_ Convive con fumadores:  Si  No Fuma  Si  No Cuantos  
cigarros al día \_\_\_\_\_ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación)

\_\_\_\_\_  
Requiere de algún apoyo respiratorio:  Si  No ¿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 APORTE SUFICIENTE DE AGUA.**

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua:  Sí  No 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:

Cuantas 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: \_\_\_\_\_

### 2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema músculo esquelético. \_\_\_\_\_ tono muscular: \_\_\_\_\_

Gama de movimientos \_\_\_\_\_ Dolor  Sí  No Fatiga  Sí  No Rigidez  Sí  No Tumefacción o Deformaciones:  Sí  No

Sistema neurológico: Estado de conciencia \_\_\_\_\_ Entumecimiento  Sí  No Hormigueos

Sí  No Sensibilidad al: Calor  Sí  No Frío  Sí  No Tacto  Sí  No Mouv. Anormales  Sí  No Parálisis  Sí  No

Vértigo  Sí  No Cefalea  Sí  No Alteraciones de la memoria  Sí  No Reflejos  Sí  No

Observaciones:

## 6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL.

### 1. HABITOS DE SALUD

Comunicación verbal: Directa  Abierta  Clara  Evasiva  Barreras idiomáticas  tartamudeos  
 Comunicación no verbal  Contacto visual  Lenguaje corporal \_\_\_\_\_ Gestos  tono de voz \_\_\_\_\_  
 Mecanismos de defensa  Negación  Inhibición  Agresividad  
 Hostilidad  
 Interacciones sociales: Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural.    
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## 2. REVISIÓN POR SISTEMAS

**Oído:** Dolor   Secreción   Aumento o disminución de Audición   Acúfenos    
**Ojos:** Dolor   Lagrimeo   Secreción   características: \_\_\_\_\_  
 Simetría \_\_\_\_\_ Pupilas \_\_\_\_\_ Edema    
**Vista:** alteraciones de la visión: \_\_\_\_\_ Lentes de corrección   fosfenos   
 Nictalopia   Daltonismo

## 7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

a) Prácticas de Seguridad Personal: ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?   trabajo   
 casa   calle   Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ¿Acostumbra realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas?   Papanicolau (tiempo y resultado) \_\_\_\_\_ Mamografía (tiempo y resultado) \_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_  
 Oculista: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades?    
 ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida? Auto enfado  Enfado con los demás  Culpa a otros  Habla con las personas  Ansiedad  Reza  Lectura  Escucha música  Baja autoestima  Sumisión  Deportes Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su auto imagen?   ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Consumé... Drogas    
 Alcohol   Tabaco   Café   Tè   Bebidas de cola   Alimentos chatarra   medicamentos   ¿Cuáles?  
 \_\_\_\_\_  
 b) Concepto de su imagen. \_\_\_\_\_ Espiritualidad  
 \_\_\_\_\_

**8. PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.**

**1. HABITOS DE SALUD**

¿Cada cuando se baña? \_\_\_\_\_ Cambio de ropa: \_\_\_\_\_ Aseo bucal: \_\_\_\_\_ Aseo perineal \_\_\_\_\_

¿Cuándo se lava las manos?: \_\_\_\_\_ ¿Qué significa para usted la limpieza? Buena imagen corporal  Buen estado emocional  Relación o comunicación con los demás \_\_\_\_\_ Productos usados para higiene personal \_\_\_\_\_

**2. REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS**

**Piel:** Erupción   heridas   Turgente   Protuberancias   Masas   Cambio de color   Cambio de olor   **Pelo:** Distribución \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Parásitos \_\_\_\_\_ **Uñas:** Aspecto general \_\_\_\_\_ **Mamas:** Simetría \_\_\_\_\_ Tipo de Pezón \_\_\_\_\_ Secreciones \_\_\_\_\_ Ganglios \_\_\_\_\_ Masas \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_ **Genitales:** Aspecto General \_\_\_\_\_

**REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO**

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	P	C	A	O	E

**1. DESCRIPCIÓN GINECOLOGICA**

IVSA	No. Parejas Sexuales	Circuncidados	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Papanicolau (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:**

---

---

---

---

---

---

---

---

La jarra del buen beber.

## LA JARRA DEL BUEN BEBER



El plato del bien comer.



**Intervenciones de enfermería**

