



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

*Especialidad en Enfermería Perinatal
Sede: Hospital Materno Infantil de Mexicali*

**“ESTUDIO DE CASO EN
ADOLESCENTE TRIGESTA CON
EMBARAZO DE 37 SEMANAS DE
GESTACIÓN MÁS TRABAJO DE
PARTO EN FASE ACTIVA,
MODELO MARJORY GORDON”**

Mexicali, Baja California; a 2 enero 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

Especialidad en Enfermería Perinatal
Sede: Hospital Materno Infantil de Mexicali

EVIDENCIA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ENFERMERÍA PERINATAL:

“Estudio de caso en adolescente trigesta con embarazo de 37 semanas de gestación más trabajo de parto en fase activa, Modelo Marjory Gordon”

SUSTENTA:

Jorge Alberto Lugo Espinoza

TUTORAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS:

LEO. Leticia Jiménez Sánchez

EEP. Dayeny Salas Hinojosa

Mexicali, Baja California; a 2 enero 2018

Reconocimientos

Muy en especial a mi Madre, por ser la persona que más me ha amado, respetado y comprendido en esta y todas las vidas en las que nos encontremos.

A mi Padre por ser parte formadora de los pilares que como ser humano me mantienen de pie.

A mis hermanos, por enseñarme la importancia del trabajo, la perseverancia y el respeto.

A mis amigos, por el gran apoyo que demuestran hacia mi persona, por estar ahí cuando más los necesito y ayudarme a no dejarme caer ante las adversidades.

A todos aquellos que han sido parte de este proyecto profesional.

Mi más grande reconocimiento para todos.

Índice

I.	Introducción	1
II.	Objetivos del estudio de caso	2
III.	Fundamentación	3
IV.	Marco conceptual	7
	4.1 Conceptualización de Enfermería	
	4.2 Paradigmas	
	4.3 Teoría de Enfermería	
	4.4 Proceso de Enfermería	
V.	Metodología	13
	5.1 Estrategia de investigación	
	5.2 Selección de caso y fuentes de información	
	5.3 Consideraciones éticas	
VI.	Presentación del caso	14
	6.1 Anamnesis	
VII.	Aplicación del Proceso de Enfermería	17
	7.1 Valoración	
	7.1.1 Valoración Focalizada	
	7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete	
	7.1.3 Jerarquización de problemas	
	7.2 Diagnósticos de Enfermería	
	7.3 Problemas interdependientes	
	7.4 Planeación de los cuidados	
	7.4.1 Objetivo de la persona	
	7.4.2 Objetivo de la Enfermería	
	7.4.3 Intervenciones de Enfermería	
	7.5 Evaluación	
	7.5.1 Evaluación de las respuestas de la persona	
	7.5.2 Evaluación del proceso	
VIII.	Plan de alta	24
IX.	Conclusiones	25
X.	Sugerencias	26
XI.	Bibliografía	27

I. Introducción

La enfermería es la profesión responsable del cuidado del ser humano en la salud y en la enfermedad, así como del bien morir en la etapa de agonía. Sin embargo, también es responsable de acompañar durante el nacimiento de un nuevo ser, siendo este uno de los momentos más importantes e inolvidables para los individuos. A través de las décadas dicha profesión se ha mantenido en una constante dinámica profesional que ha permitido lograr grandes cambios y aportaciones científicas al gremio. El estudio de caso en la enfermería perinatal es una forma de investigación que implica favorecer el progreso de la atención en salud ya que permite de una manera metodológica proporcionar atención científica, organizada y sistematizada, a través de mantener un régimen en las etapas que guían la finalidad en la atención de enfermería.

En la actualidad se mantiene una estricta vigilancia en el sector salud que tiene como objetivo mejorar la calidad en la atención, disminuir los riesgos relacionados a la atención por profesionales, así como la modificación del panorama epidemiológico. La muerte materna es una de las principales situaciones que se mantienen regulada a nivel internacional por los organismos en salud, es por ello que la Universidad Nacional Autónoma de México se apega a dicho panorama y ofrece la Especialización de Enfermería Perinatal con la que pretende formar profesionales de enfermería de calidad que coadyuven en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna a nivel nacional e internacional.

El trabajo que a continuación se presenta es un estudio de caso encauzado al análisis y descripción de la disminución de riesgos para la salud, así como en la educación individualizada y especializada otorgada a persona femenina de 37 semanas de gestación por fecha de última menstruación con riesgo de muerte materna.

El presente se subdivide en diversas secciones en donde se encuentran los objetivos, estudios relacionados, marco conceptual, metodología, así como las etapas del proceso enfermero con base en los datos proporcionados durante la entrevista, se realizó plan de alta, conclusiones y sugerencias y algunos anexos de formatos importantes que complementan el extenso del presente.

II. Objetivos del estudio de caso

2.1 Objetivo general

- Realizar un estudio de caso con base teórico que permita el análisis de los riesgos maternos de una mujer gestante de 37 semanas de gestación por fecha de última menstruación.

2.2 Objetivos específicos

- Analizar el estado general de salud del individuo.
- Establecer acciones especializadas de enfermería perinatal.
- Educar con relación a la salud reproductiva.
- Permitir la adopción de conductas de protección para mantener su bienestar.

III. Fundamentación

El ser humano a través de los siglos ha presentado la razón de satisfacer necesidades y resolver problemas que afectan a la sociedad. En el área de la salud es sumamente importante mantener una constante mejora en las intervenciones directas e indirectas que están íntimamente relacionadas con la atención de los usuarios. Actualmente la salud materna y perinatal representa uno de los retos más importantes de los últimos años, por lo que investigadores a través de sustanciales asociaciones han encaminado su trabajo en la disminución de los riesgos perinatales, así como en la morbilidad y mortalidad materna.

Según la 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, define el embarazo *“a la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en el endometrio y termina con el nacimiento”*¹ el cual representa uno de los momentos más importantes en la vida del individuo y familia, sin embargo, en algunas ocasiones se presentan riesgos maternos que aumentan la probabilidad de desarrollar alguna afección.

3.1 Antecedentes

3.1.1 Factores de riesgo maternos

Existen diversas investigaciones con relación a la persona durante la etapa preconcepcional, concepcional y pos concepcional, cualquiera de los momentos sobre la mujer gestante se ha estudiado desde diversas perspectivas, con enfoque de riesgo, así como el manejo de alto riesgo. En concordancia con lo antes mencionado son indudables las inmensas investigaciones realizadas en materia de salud materna y perinatal; tal es el ejemplo del estudio realizado por Huanco, Ticona, Ticona, y Huanco 2008, los cuales desarrollaron una investigación de casos y controles que comparó el riesgo materno – perinatal entre adolescentes (10 a 19 años) y adultas (20 a 29 años) localizando que las adolescentes presentaron factores de riesgo socio-demográficos y nutricionales como:

grado de instrucción (analfabeta o primaria), soltería, no trabajan, residencia en la selva, peso pre gestacional menor de 45 kilogramos, talla menor de 145 centímetros y desnutrición materna. Entre los factores de riesgo maternos las adolescentes presentan un control prenatal inadecuado y tardío, morbilidad durante el embarazo, parto o puerperio, infección del tracto urinario, anemia e infección puerperal, observando los anteriores como factores de riesgo modificables.²

Jiménez y Pentón, 2015 realizaron una publicación en donde estudiaron el comportamiento de la mortalidad materna perinatal y los factores de riesgo asociados, en donde encontraron que a mayor número de partos y gestaciones, más posibilidad de tener una mortalidad; también a menor número de controles prenatales hay más posibilidades de que aparezca una mortalidad.³

Por otra parte, Izaguirre, *et al.* 2016 realizaron un estudio de casos (f=100) y controles (f=200) entre adolescentes y no adolescentes gestantes en donde determinaron los factores de riesgo obstétrico, encontrando que las adolescente presentaron 3 veces más riesgo de presentar una complicación en el período del embarazo a las no adolescentes, entre las que destacaron la infecciones urinarias, ruptura prematura de membranas, anemia, amenaza de parto pretérmino, trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional entre otras.⁴

Sin duda alguna los resultados en las investigaciones muestran datos similares; lo que permite visualizar la importancia en el manejo del periodo preconcepcional, gestacional y puerperal por profesionales en la partería, así como realizar el manejo del control prenatal con enfoque de riesgo.

3.1.2 Complicaciones Maternas

Durante el desarrollo del embarazo la mujer gestante presenta diversos cambios y modificaciones en los aparatos y sistemas del cuerpo humano, mismos que son propios del proceso por el cual está transitando. Sin embargo, existen individuos que desarrollan complicaciones durante el embarazo. Zamora, *et al.* 2013 analizaron el embarazo en

adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales, entre las que destacan la amenaza de aborto, hipertensión y diabetes. En el mismo estudio se encontraron otras complicaciones maternas relacionadas con el nacimiento, entre las que destacan los desgarros perineales, hemorragia obstétrica e histerectomía.⁵

Vallejo 2013, realizó un artículo de revisión en donde concluyó que la atención prenatal tardía o deficiente, se asocia con el riesgo de presentar anemia, deficiencia de hierro y zinc.⁶

A nivel nacional también se han desarrollado investigaciones con relación a las complicaciones maternas durante el embarazo, parto y puerperio. Ruíz, Cruz y Torres 2012, realizaron un estudio retrospectivo en donde analizaron 32 defunciones maternas por complicación de hemorragia obstétrica, secundarios a atonía uterina aislada o asociada con otra patología materna y los trastornos de adherencia placentaria.⁷

Durante la búsqueda de información se encontró un artículo realizado por Gonzaga, Zonana, Anzaldo y Olazarán 2014; fue de tipo retrospectivo, en donde se describió la atención médica prenatal en mujeres con mortalidad materna, fueron 44 defunciones de mujeres atendidas en unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tijuana, Baja California en el periodo de 2005 al 2011; de las cuales 19 fueron por causas obstétricas directas (Preeclampsia / eclampsia, hemorragia y sepsis), 21 por causas obstétricas indirectas (Infecciones, padecimientos no infecciosos, enfermedades autoinmunes asociadas con el embarazo y por causas diversas) y las cuatro restantes por causa no obstétrica (Traumatismo secundario a accidente automovilístico y arritmia ventricular).⁸

3.1.3 Complicaciones Neonatales

Las complicaciones en el embarazo cobran gran importancia debido a los riesgos que se pueden desarrollar en el feto o neonato respectivamente. Con relación a lo mencionado con anterioridad es importante conocer e identificar las posibles complicaciones que el recién nacido puede presentar al momento del nacimiento.

Algunos autores como Ticona, Huanco y Ticona, 2012; estudiaron 7423 recién nacidos vivos con peso menor a 2500 gramos, comparados con 14846 controles de 2500 a 3999 gramos seleccionados al azar; con relación en lo anterior se encontraron algunos factores de riesgo relacionados tales como: enfermedad hipertensiva del embarazo (RM=4.37), hemorragia del tercer trimestre (RM=4.28), enfermedad crónica (RM=2.92), rotura prematura de membranas (RM=2.85), madre con bajo peso al nacer (RM=2.27), antecedente de bajo peso al nacer (RM=1.66), ausencia o control prenatal inadecuado (RM=1.91), analfabetismo o instrucción primaria (RM=1.48), región sierra o selva (RM=1.36), talla materna menor de 1.50 m (RM=1.15) e intervalo intergenésico menor de dos años (RM=1.13).⁹

Por otra parte, Rodríguez, Ramos y Hernández 2013; asociaron los factores de riesgo en 300 mujeres que finalizaron su embarazo entre la semana 28 a 36 de gestación (casos) y 600 entre la semana 37 a 41 de gestación, resultando que el grupo de casos fueron: edad materna mayor a 35 años, placenta previa e infecciones urinarias, para la presentación de recién nacidos prematuros.¹⁰

En un estudio realizado por Ticona y Huanco 2011, describen a la prematurez, entre otros, como factor de riesgo para la mortalidad perinatal.¹¹ Por otra parte, Redondo, Gómez, Barrios y Alvis 2016, también describieron causas de muerte fetal en la evaluación de 458 fetos con reporte de autopsia, las principales condiciones asociadas a la muerte fetal se clasificaron en: insuficiencia placentaria, alteraciones relacionadas con el líquido amniótico, causa materna y causas fetales.¹²

IV. Marco conceptual

4.1 Conceptualización de Enfermería

Se entiende por parto *“al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos”*¹ dicho concepto no puede ser comprendido sin la presencia de las comadronas.

Haciendo un relato histórico, específicamente desde la antigua Roma se le llamaba a la partera obstetrix, que viene del latín *obstare* que significa *“estar al lado de”*. Este dato histórico es interesante puesto que de allí se deriva la palabra obstetricia, de tal manera que los obstetras actuales son herederos no solo del término etimológico, sino también del saber (empírico al inicio) de aquellas mujeres que, llevadas por un sentimiento de piedad, ayudaban a otras a traer al mundo a sus hijos. Otro término utilizado para nombrar a estas mujeres es el de matrona, palabra de origen escandinavo (*“matris”*), que significa pequeñas hadas del bosque, tal vez en alusión a una actividad que tenía (tiene) mucha magia, por ejemplo, en Mesopotamia en donde las matronas eran consideradas sacerdotisas inspiradas por Inanna, diosa del nacimiento.

En el viejo testamento, se hace mención del trabajo de parteras, como es el caso del segundo parto de Raquel, que era la mujer de Jacobo. En la época talmúdica, la matrona era parte importante de la sociedad; la partera hebrea fue quizá la más conocedora del arte obstétrico, inclusive llegaba a realizar cirugías como la embriotomía. Atención de parto en el imperio azteca. La función de la partera comenzaba con el mismo embarazo; prácticamente llevaba a cabo el control prenatal, aconsejando desde cuestiones relacionadas con la nutrición como el consejo conyugal.

Si bien la partera fue por durante siglos pilar importante en las diversas sociedades, también es cierto que llegó el momento en que su función se desmeritó con la caída del imperio romano y la llegada de la Edad Media, periodo nefasto en donde prevaleció el poder de la religión intolerante e ignorante. En el renacimiento, los médicos y la iglesia se unieron para desprestigiar a aquella labor que alguna vez fue considerada sagrada.

Después de años de no aceptar a las matronas en el mundo de la partería, en el siglo XII solamente se aceptaba que algunas parteras prominentes ejercieran dicha actividad, así mismo durante los siglos XVIII y XIX las parteras fueron toleradas pero nunca aceptadas.¹³

A través de los años la partería se ha modificado con base en las necesidades de la sociedad y de la misma práctica de los profesionales, en México no ha sido la excepción; como lo describen Pérez y Castañeda 2012 en su artículo “*Antecedentes históricos de las parteras en México*”, desde la percepción en el ámbito socio-cultural prehispánico que de la partera tenía, a partir de la concepción del nuevo ser humano hasta que veía la luz, dejó hondas raíces, por su poder reconocido en la comunidad, pues era sustantiva su función para que la mujer en el trance de la maternidad continuara su vida cotidiana.

El patrimonio de las actividades en el cuidado de la mujer en gestación prevalece desde la época prehispánica en México, la tradición continuó hasta en el virreinato, ya que la partera alteró muy poco sus actividades. Posteriormente en la Época Colonial se realizaron algunos cambios relacionados con el vestido, comida, el trato social y la vida familiar, se implantaron diversas medidas y surgieron nuevas organizaciones. Con la llegada de los españoles se empezaron a implementar Tribunales con el objeto de vigilar el ejercicio profesional de los médicos, cirujanos, boticarios y parteras.

Durante el siglo XIX se creó una cátedra de obstetricia y operaciones para médicos y parteras. Este sistema se mantuvo hasta que la Escuela de Enfermería se separó de la de Medicina y quedó como el esquema de la formación de las parteras profesionales. Al independizarse la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Facultad de Medicina, también se separó la enseñanza de las parteras manteniéndose después de los tres años de enfermería los dos años requeridos para su formación hasta 1968 en que se suspendió la carrera de partera en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Posteriormente surgió la profesión de enfermeras con perfil obstétrico de manera formal por medio de la Escuela de Enfermería del Hospital General de México. En 1929

la Universidad Nacional Autónoma de México logra su independencia, Con la llegada de la Ley Orgánica de la UNAM, surge la ENEO con la propuesta en la modificación del plan de estudio 1944.¹⁴

El panorama histórico de enfermería presenta grandes e importantes modificaciones que han logrado establecer a la enfermería en el ramo de la partería como pilar fundamental en la atención de la mujer gestante, coadyuvando a prevalecer la salud materna y perinatal.

4.2 Paradigmas

Según la real Academia Española un paradigma es una *“Teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento”*.¹⁵ En el ramo científico se reconocen tres grandes paradigmas: el empírico-analítico, el hemenéutico-interpretativo y el sociocrítico, que son los marcos mentales compartidos por un grupo de científicos.¹⁶

Actualmente la Enfermería se reconoce como una ciencia y como tal debe desarrollarse con base en paradigmas que sustenten el perfeccionamiento del conocimiento. Las teorías de las ciencias contemporáneas solo pueden ser entendidas como desarrollo, crítica y alternativa a las posiciones positivistas.¹⁶

En general existen múltiples paradigmas a continuación se mencionaran algunos:

- a) *Paradigma de categorización: los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.* En la Enfermería tiene particularmente dos orientaciones, una centrada en la salud pública que se interesa en la persona y la otra centrada en la enfermedad.
- b) *Paradigma de la integración: prolonga el paradigma de la categorización reconociendo elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.*
- c) *Paradigma de la transformación: un fenómeno es único en el sentido que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente.* Es la base de una

apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera (Newman, 1983, Parse, 1981, Rogers, 1970, Watson, 1958).¹⁷

4.3 Teoría de Enfermería

En el actual estudio de caso se describen los patrones funcionales de Marjory Gordon, quien los define como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

A continuación se describen los patrones funcionales de salud:

- a) *Patrón percepción de salud*: Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y como maneja su salud.
- b) *Patrón nutricional-metabólico*: Describe el patrón de consumo de alimentos y líquidos del cliente relativo a las necesidades metabólicas y aportes complementarios de nutrientes.
- c) *Patrón eliminación*: Describe los patrones de función excretora, incluyendo la intestinal, vesical y de la piel.
- d) *Patrón de actividad y ejercicio*: Describe la actividad y recreo incluyendo las actividades de la vida diaria que requieren gasto de energía y los factores que interfieren para realizarlos.
- e) *Patrón de sueño y descanso*: Describe los patrones del sueño, descanso y relax, así como la percepción del individuo del nivel de energía y apoyo para lograrlo.
- f) *Patrón cognitivo perceptual*: Describe los patrones sensorio perceptual y cognitivo y la adecuación de las formas sensoriales como, la visión, audición, el tacto, el gusto y el nivel del dolor percibido.
- g) *Patrón autopercepción y auto concepto*: Describe el patrón de auto concepto del cliente y las percepciones de sí mismo como la imagen corporal, estado emocional.

- h) *Patrón rol relaciones*: Describe el patrón del cliente de los papeles de compromiso y las relaciones, así como la satisfacción en ellos tanto en la familia como fuera de ellas.
- i) *Patrón sexual reproductivo*: Describe la satisfacción con respecto a la sexualidad, también hace referencia al patrón de reproducción, así como a la satisfacción o insatisfacción.
- j) *Patrón de adaptación tolerancia al estrés*: Describe el patrón general de adaptación del cliente y la efectividad del patrón en términos de tolerancia al estrés.
- k) *Patrón de valores y creencias*: Describe los patrones de valores, creencias incluidas las espirituales y objetivos que guían las elecciones o decisiones del cliente.

Ante el conocimiento de los patrones funcionales, así como la funcionalidad se puede obtener gran información necesaria para el desarrollo de la atención de enfermería en el aspecto físico, psíquico, sociales o del entorno.¹⁸

4.4 Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería es un sistema metodológico y estructurado que funciona como herramienta prioritaria en la atención de las acciones de los profesionales de la enfermería. Es el marco científico que reconoce a enfermería como ciencia entre las ciencias; al regirse bajo un sistema se desarrolla por etapas:

- a) *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 cefalo caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona.
- b) *Diagnóstico*: que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un

sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

- c) *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.
- d) *Ejecución*: es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y 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.
- e) *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.¹⁹

V. Metodología

5.1 Estrategia de investigación

El presente trabajo se realizó por medio de la técnica de investigación de estudio de caso, que permite el contacto directo y recabar información de una manera cualitativa y cuantitativa.

5.2 Selección de caso y fuentes de información

Ante la realización de las prácticas clínicas de la Especialización de Enfermería Perinatal en el Hospital Materno Infantil, se roto por el servicio de *Triage* en donde la paciente se presentó para una valoración. Durante el desarrollo de la evaluación por medio de la entrevista y exploración física se encontró información que se consideró relevante y llamó la atención con relación a los riesgos maternos que presentaba en ese instante.

Posterior a la consulta la paciente accedió a participar en el estudio, por lo que se realizó la valoración focalizada de los patrones funcionales de Marjory Gordon, de igual manera se obtuvo información por medio de laboratorios y estudios de gabinete, así como de documentos del expediente.

5.3 Consideraciones éticas

El presente se realizó bajo los aspectos éticos que se marcan en la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos. A continuación se enlistan los artículos relacionados que intervienen en el desarrollo de este estudio de caso.

- a) Artículo 14 Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación.
- b) Artículo 16 se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.
- c) Artículo 17 Investigación con riesgo mínimo.²⁰

VI. Presentación del caso

6.1 Anamnesis

PROBLEMA BASE: Trigesta G3 P2 C0 A0 con embarazo de 37 semanas de gestación por fecha de última menstruación que acude al servicio de *triage* por dolor obstétrico.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: Radica en Mexicali. Religión católica. Estado civil unión libre, escolaridad primaria completa, ocupación ama de casa, grupo sanguíneo A+. Cuenta con los servicios públicos básicos como pavimentación, energía eléctrica, drenaje, agua potable.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Antecedentes interrogados y negados, toxicomanías, tabaquismo y etilismo negado.

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS: Menarca a los 13 años, ritmo regular 30 x 4, Inicio de vida sexual activa a los 15 años, 1 pareja sexual. G3 P2 A0 C0 G1: parto hace 2 años en septiembre 2015, masculino 3140 gr. G2: parto hace 1 año en diciembre 2016 masculino 3040 gramos, presentó hemorragia posparto, G3: actual. Método anticonceptivo negado, detección oportuna de cáncer de mama y cervical negado. Control prenatal negado, así como la ingesta de vitaminas, ácido fólico y sulfato ferroso. Niega aplicación de toxoide tetánico.

PADECIMIENTO ACTUAL: Femenino trigesta cursando embarazo de 37 semanas de gestación por fecha de última menstruación que acude al servicio de *triage* por dolor obstétrico.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Signos vitales TA 120/90 mm Hg, FC 84x', FR 18x', T 36°C. Alerta, consciente, orientada, fascies de dolor, adecuada coloración e hidratación de piel y mucosas.

6.2 Antecedentes Gineco Obstétricos

Menarca: 13 años **Ritmo:** 30 x 4 **I.V.S.A:** 15 años **Número de Parejas Sexuales:** 1
Método planificación familiar: Ninguno **Gestas:** 3 **Partos:** 2 **Cesáreas:** 0 **Abortos:** 0
Periodo inter genésico: 10 meses **D.O.C.** Negado **D.O.C.M.A.:** Negado
Enfermedades anexas: Ninguna
Periodo de diagnóstico: Prueba rápida de VIH (-)
Tratamiento: _____

NO. EMBARAZO	FECHA DE EMBARAZO	PESO NACER	VÍA	OBSERVACIONES
1	Septiembre 2015	3140	Eutocia	Masculino
2	Diciembre 2016	3040	Eutocia	Masculino
3	Actual			

6.3.- Triage Obstétrico

Triage: Amarillo(Urgencia calificada) **Fecha:** 28/noviembre/2017 **Hora:** 10:15

6.4.- Embarazo Actual

Tipo de producto: Único: Múltiple: _____ **Vivo:** Si No _____ **F.U.M:** 14/03/17 **F.P.P:** 22/12/17 **P.P.P:** 2635 gramos **A.F.U:** 29 cm
Dilatación: 4cm **Borramiento:** 70% **Contracciones:** Si No _____
Intervalo: 3/10 **Duración:** 35 seg **R.P.M:** Si _____ No
Fecha: _____ **Hora:** _____ **Características de líquido:** _____

6.4.1.- Control Prenatal:

SDG cuando inicio CP: No **No. Consultas:** 0 **TD:** Si: _____ No: _____

6.4.2.- Factores Patológicos

DM: No **Hipertensión:** No **Toxicomanía:** Si _____ No **Tipo:** _____ **Ultima Dosis:** _____

6.5.- Exploración Física

6.5.1 Signos vitales.- FC: 84 FR: 18 Temperatura: 36 T/A: 120/85

6.5.2 Dinámica Fetal

Rastreo ultrasonográfico: SI: ___ No: X Presentación: Cefálico: X

Pélvico: ___ Posición: Derecho Situación: Longitudinal Planos de Hodge: _____

FCF: 147 Inserción placentaria: _____ Movimientos Fetales: Si

VII. Aplicación del Proceso de Enfermería

7.1 Valoración

7.1.1 Valoración Focalizada

PATRÓN 1. Percepción /Manejo de Salud

Durante la entrevista la usuaria refiere que previo al embarazo actual su estado de salud lo consideraba bueno, pero actualmente por su condición lo mantiene en regular. Menciona que durante el desarrollo embrionario solamente percibió náuseas en el primer trimestre aunque en realidad jamás llegó a presentar emésis. Considera que las acciones preventivas de enfermedades por medio de hábitos higiénicos – dietéticos son importantes sin embargo dice no haber llevado control prenatal.

Niega el conocimiento de terapias o acciones de preparación para el parto, afirma haber recibido información sobre lactancia materna en sus embarazos previos, así como de los cuidados del recién nacido, conoce de métodos anticonceptivos, sin embargo por sus antecedentes gineco obstétricos se observa interés en particular por la obstrucción tubárica bilateral.

PATRÓN 2.- Nutricional-Metabólico

Nutricionalmente la paciente refiere un estado dietético regular con un consumo alimenticio de carnes blancas y rojas cuatro veces a la semana, verduras a diario aunque cree que no son lo suficiente en cantidad, frutas una vez o incluso ninguna vez a la semana, cereales dos veces. Con referencia a los líquidos menciona consumir agua de una manera considerada, ella cree que hasta 6 -7 vasos al día. Refiere no presentar dificultad al alimentarse, así como restricción alguna en su dieta, no siente disgusto por algún alimento en específico.

A la exploración física se observa piel y mucosas hidratadas, sin cambios aparentes en la coloración de la piel, edema + en miembros inferiores, Piezas dentales completas con aparente higiene buco dental adecuada.

PATRÓN 3.- Eliminación

En el presente patrón menciona no tener dificultad alguna en el proceso de eliminación, refiere presentar entre 4-5 micciones diarias de características amarillo claro, no fétidas, sin ardor o dolor al realizar la acción. Regularmente presenta 1 evacuación al día pastosa, sin olor fétido, sin distensión abdominal. No requiere uso de laxantes u otras acciones para satisfacer dicha necesidad.

PATRÓN 4.-Actividad / Ejercicio

Durante las actividades de la vida diaria menciona sentirse fatigada rápidamente al iniciar dichas acciones, a pesar de ello no requiere apoyo para las actividades de autocuidado como el baño, alimentarse, vestirse o realizar movimientos en la cama o trasladarse de un lugar a otro. No realiza actividad física relacionada con el mantenimiento y fortalecimiento del sistema músculo – esquelético. A la valoración se determina un riesgo de caída de mediano riesgo por la condición actual del embarazo.

PATRÓN 5.- Descanso - Sueño

Durante la entrevista se observan ojeras y fascias de cansancio, sin embargo la paciente refiere que considera dormir el tiempo necesario para descansar y recuperar energía, en promedio duerme 6-7 horas durante toda la noche, no presenta dificultad para conciliar el sueño, ni hace uso de técnicas específicas que le faciliten dicha acción, actualmente duerme con su pareja. Niega factores que dificulten o interrumpan su sueño, así como dificultad para respirar mientras duerme.

PATRÓN 6.- Cognitivo-Perceptual

Usaria se describe a sí misma como una persona optimista y feliz, niega datos de ansiedad. Refiere sentirse satisfecha con su imagen personal, así como con la manera en que se desarrolla ante las demás personas.

Considera mantener una adecuada dinámica familiar, su pareja se dedica a trabajar y proveer de todo lo necesario en el hogar y ella es ama de casa de tiempo completo, aunque a veces se siente cansada. Actualmente mantiene adecuada

capacidad para el aprendizaje. Durante la entrevista se puede observar fascies de dolor secundario al trabajo de parto, refiere dolor obstétrico, en una escala del 0 al 10, cree percibir un 5 en la puntuación.

PATRÓN 7.- Autopercepción – Auto Concepto

En este momento la mujer menciona estar satisfecha con su auto percepción, se siente bien saber que tiene una familia sin problemas de salud. Los cambios que actualmente presenta no le preocupan, está consciente que todo es secundario al embarazo, niega percibir miedo o incapacidad para controlar sus emociones.

PATRÓN 8.- Rol – Relaciones

Actualmente es ama de casa de tiempo completo vive con su pareja y dos hijos, depende económicamente por completo por sus cónyuge, le agrada como se encuentra confirmado su núcleo familiar. Niega dificultades familiares que la hagan sentir emocionalmente inestable.

PATRÓN 9.- Sexualidad – Reproductiva

A la entrevista refiere una pareja sexual, niega que el embarazo sea un impedimento durante el acto sexual, por lo tanto se siente satisfecha con su vida sexual, niega violencia de cualquier índole hacia su persona y/o familia.

PATRÓN 10.- Adaptación – Tolerancia al Estrés

Durante el desarrollo del presente embarazo refiere que si percibió temor sobre el estado de salud de su bebé, sin embargo actualmente se encuentra tranquila. Refiere temor por el trabajo de parto y puerperio ya que en su embarazo previo presentó hemorragia obstétrica pos parto.

PATRÓN 11 VALORES-CREENCIAS

Usuaría pertenece a la religión católica, aunque no asiste con tanta regularidad algún santuario. Menciona que fue educada principalmente bajo el valor del respeto. Desea ver crecer a sus hijos y apoyarlos en sus metas y sueños.

7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

Los estudios laboratoriales se encuentran sin alteraciones aparentes.

Electrolitos		Biometría Hemática	
PARAMETRO	RESULTADO	PARAMETRO	RESULTADO
Glucosa en suero	79 mg/dL	Hemoglobina	12.10 g/dL
Urea	17.1 mg/dL	Hematocrito	37.40%
Creatinina	0.50 mg/dL	Plaquetas	237.00
Ac. Úrico	3.70 mg/dL	Leucocitos	11 x10.e3/uL
Albumina	3.80 mg/dL	Tiempos de coagulación	
Proteínas totales	6.90 g/dL	PARAMETRO	RESULTADO
VIH	Negativo	Tiempo de protrombina (s)	10.80 seg
VDRL	Negativo	TTP	25.90 seg
		EGO	
		Color	Amarillo
		Aspecto	Ligeramente turbio
		Sedimento	Moderado
		pH	1.015
		Glucosa	7.5
		Proteína	Negativo
		Nitritos	Negativo
		Cuerpos cetónicos	Negativo

7.1.3 Jerarquización de problemas

PATRÓN 1. Percepción /Manejo De Salud

La paciente presenta factores de riesgo como periodos inter genésicos cortos, así como antecedente de hemorragia obstétrica; mismos que denotan una falta de auto conciencia en el manejo de la salud. De igual manera refiere interés por un método definitivo de planificación familiar.

PATRÓN 10.- Adaptación – Tolerancia al Estrés

A la valoración la paciente refiere temor al trabajo de parto y puerperio por el antecedente de hemorragia obstétrica.

7.2 Diagnósticos de Enfermería

- 7.2.1 Riesgo de muerte materna relacionado con periodo inter genésico corto (10 meses), antecedente de hemorragia obstétrica.
- 7.2.2 Disposición para elegir un método de planificación familiar manifestado por expresión verbal del interés.
- 7.2.3 Estrés relacionado con antecedente de complicaciones durante el parto y puerperio manifestado por verbalización de la ansiedad.

7.3 Problemas interdependientes

Los problemas interdependientes resultan de la enfermedad o afección que la paciente presente, como una complicación real o potencial.

Entre los problemas interdependientes probables se encuentran la hemorragia obstétrica, intolerancia a la frustración.

7.4 Planeación de los cuidados

Se pretende lograr que la paciente realice auto conciencia en la percepción y manejo a la salud, haciéndose participe en las acciones educativas encaminadas en la disminución de los riesgos presentes. Se abordaran principalmente acciones con relación a la educación y promoción en salud, enfatizando en la importancia que presenta la salud sexual y reproductiva, respetando las decisiones que comparta.

7.4.1 Objetivo de la persona

Comprender la magnitud del riesgo presente, así como de la importancia de realizar la elección del método más adecuado ante su situación reproductiva.

7.4.2 Objetivo de la Enfermería

Disminuir los riesgos maternos y reproductivos que la mujer presenta al momento de la valoración, así como concientizar en las posibles complicaciones.

7.4.3 Intervenciones de Enfermería

Diagnóstico 1.- Riesgo de muerte materna relacionado con periodo inter genésico corto (10 meses), antecedente de hemorragia obstétrica.

Las acciones implementadas con relación al diagnóstico anterior están encaminadas a la educación e identificación de riesgos, se debe proporcionar educación sanitaria, así como realizar acuerdos con la paciente y de ser necesario ayudarle con la modificación de los mismos, con el fin de observar modificaciones en la conducta. Lo anterior se sustenta con lo establecido en el Programa específico de salud materna y perinatal y en la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente.^{21,22}

Diagnóstico 2.- Disposición para elegir un método de planificación familiar manifestado por expresión verbal del interés.

Entre las acciones primordiales a realizar se encuentra proporcionar información de la metodología anticonceptiva, se debe concientizar sobre el riesgo reproductivo presente, posteriormente se debe permitir a la mujer elegir voluntariamente; sin embargo es primordial proporcionar información con relación a los riesgos y beneficios por el método anticonceptivo que elija. Dichas acciones se fundamentan en los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos y la estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente.^{22,23}

Diagnóstico 3.- Estrés relacionado con antecedente de complicaciones durante el parto y puerperio manifestado por verbalización de la ansiedad.

Debido a la subjetividad del estrés, es importante conocer las manifestaciones en el presente se realizaron las acciones con relación al manejo de la ansiedad; por medio de un ambiente tranquilo, proporcionándole seguridad, se definieron las expectativas de la conducta, también se intentó entender la perspectiva de la usuaria y permanecer con ella, manteniendo una escucha activa a través del contacto visual y la escucha atenta. Las acciones anteriormente redactadas están basadas con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 007 en su última actualización 2016.¹

7.5 Evaluación

7.5.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Diagnóstico 1.- Riesgo de muerte materna relacionado con periodo inter genésico corto (10 meses), antecedente de hemorragia obstétrica.

Al final de la intervención la paciente comenta que con el actual embarazo sería su tercer hijo masculino y aunque desea una hija, los riesgos analizados le atemorizan por lo que decide solicitar la esterilización quirúrgica femenina.

Diagnóstico 2.- Disposición para elegir un método de planificación familiar manifestado por expresión verbal del interés.

Al final de la intervención la paciente ingresa a la admisión con la decisión de aceptar el procedimiento llegado el momento de realizarlo.

Diagnóstico 3.- Estrés relacionado con antecedente de complicaciones durante el parto y puerperio manifestado por verbalización de la ansiedad.

Usuaría refirió sentirse más tranquila a su egreso del servicio de *triage*.

7.5.2 Evaluación del proceso

El proceso enfermero como herramienta principal en la atención de la mujer gestante fue fundamental, ya que permitió desarrollar lo establecido en la planeación de una manera jerárquica, permitiendo lograr los objetivos establecidos.

VIII. Plan de alta

Nombre de la paciente: ORIA Edad: 19 años Sexo: femenino

Grupo y RH: A+ Motivo de egreso: Mejoría clínica

Plan de manejo y tratamiento:

- Sulfato ferroso 200mg VO cada 24 horas x 30 días
- Sulfato ferroso 0.4mg VO cada 24 horas x 30 días
- Paracetamol tabletas 500mg VO cada 6 horas x 5 días

Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria

- Dieta normal, abundantes líquidos y fibra
- Cita abierta con datos de alarma (sangrado, dolor, fiebre, cefalea, acufenos, fosfenos)
- Acudir a su centro de salud en 15 días para revisión de puerperio
- Realizar Papanicolaou y revisión de mamas en 2 meses
- Cita a los 3 días en Hospital Materno Infantil revisión de recién nacido: Clínica de lactancia materna, tamiz metabólico, y consultorio de vacuna.

IX. Conclusiones

La atención especializada por parte del estudiante de Enfermería Perinatal debe permanecer constante, activa y siempre marcando la diferencia entre el resto de los profesionales, de igual forma es el momento de reafirmar la importancia de las acciones por parte de los profesionales de enfermería.

Es por ello que se debe de garantizar la continuidad de los cuidados de la mujer gestante en su domicilio y/o centro de salud, al ser dada de alta en el hospital, de igual manera se debe proporcionar información con sentido preventivo, tanto al individuo y/o a la familia sobre los posibles problema a presentarse al alta y planes de cuidados a seguir para facilitar su recuperación. Es importante remitir al paciente y/o a los familiares a otros servicios sanitarios e intercambiar información con dichos servicios sanitarios.

A nivel personal considero que el bloque teórico de la especialidad proporcionó las herramientas necesarias y fundamentadas para asistir al campo clínico y cumplir no solamente con las competencias establecidas por el programa, también permitió proyectar ante los demás profesionales el campo de acción que como proveedores de salud ante la partería se tiene. De igual forma se contribuyó al reconocimiento social por parte de las pacientes que fueron atendidas con ética, respetando en medida de lo posible las decisiones planteadas para el manejo de su proceso reproductivo.

Creo que tener la oportunidad de abordar a las pacientes desde la perspectiva humanizada y cultural me permitió reafirmar mi gusto por la obstetricia, pero sobre todo ampliar la visión de que es el momento perfecto para el cambio en la atención de nuestras mujeres.

Por último, el presente trabajo es la evidencia que demuestra parte de las acciones realizadas durante la práctica clínica de la especialidad, que confirma lo antes mencionado.

X. Sugerencias

- Es recomendable aumentar la educación continua con relación al parto humanizado entre el resto de los profesionales, con la finalidad de mantener similitudes en el conocimiento.

- Asegurar el acompañamiento por el estudiante perinatal durante la estancia hospitalaria a la mujer embarazada.

- Proporcionar un manejo integral en la atención.

- Incorporar al familiar en medida de lo posible en la educación de los cuidados de la mujer y el recién nacido.

XI. Bibliografía

1.- Diario Oficial de la Federación. 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.

Consultado en:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

2.- Huanco D, Ticona M, Ticona M, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescente atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012; 77 (2): 122 - 128.

Consultado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000200008&script=sci_arttext

3.- Jiménez S, Pentón R. Mortalidad perinatal. Factores de riesgo asociados. *Clin Invest Gin Obst.* 2015; 42 (1): 2 – 6.

Consultado en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X13000506>

4.- Izaguirre A, et al. 2016. Incremento del riesgo obstétrico en embarazo adolescente. Estudio de casos y controles. *iMedPub Journals.* Vol. 12; 4:3 1-6.

Consultado en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/incremento-del-riesgo-obsteacutetrico-en-embarazo-adolescente-estudio-de-casos-y-controles.php?aid=17380>

5.- Zamora A, et al. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. *Revista Médica MD.* 2013; 4 (4): 233 – 238.

Consultado en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=44015>

6.- Vallejo J. Embarazo en adolescentes, complicaciones. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXX.* 2013; 605: 65-69.

Consultado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>

7.- Ruíz R, Cruz P, Torres L. Hemorragia Obstétrica, causa de muerte materna. IMSS, 2011. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2012; 50 (6): 659 – 664.

Consultado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im126m.pdf>

8.- Gonzaga M, Zonana A, Anzaldo M, Olazaran A. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. *Salud Pública de México.* 2014; 56 (1):

32 – 39. Consultado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342014000100005&script=sci_arttext&tlng=pt

9.- Ticona M, Huanco D, Ticona M. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Ginecol Obstet Mex.* 2012; 80 (2) :51-60.

Consultado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom122b.pdf>

10.- Rodríguez S, Ramos R, Hernández R. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex.* 2013; 81: 499 – 503.

Consultado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf>

11.- Ticona M, Huanco D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2011; 37 (3): 431 – 443.

Consultado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2011000300017&script=sci_arttext&tlng=en

12.- Redondo K, Gómez J, Barrios L, Alvis L. Identificación de las causas de muerte fetal en una Institución Hospitalaria de Atención Materna de Cartagena, Colombia, 2012 – 2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2016; 67 (3): 187 – 196.

Consultado en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342016000300002&script=sci_abstract&tlng=en

13.- Espinoza Torres Torija, Luis. Parto: mecanismo, clínica y atención. Colaboradores: Casso-López Pérez Cinthya, Salas Fuentes Brenda. Editorial El Manual Moderno. Pag. 1-5

14.- Pérez I, Castañeda M. Antecedentes históricos de las parteras en México. *Enfermería Avanza.* 2012. Consultado en: <http://enfeps.blogspot.mx/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>

15.- Real Academia Española. 23 edición. 2014. Consultado en: <http://dle.rae.es/?id=RpXSRZJ>

16.- Morán L, Guillén R. Antología: Paradigmas que subyacen en la investigación de enfermería. 2015. Consultado en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicaciones/ENEO->

UNAMParadigmasInvestigacionEnfermeria/ENEO-
UNAMParadigmasInvestigacionEnfermeria.pdf

17.- K rouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. Teorías y Modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Editorial Masson, 2da edición. Barcelona, España. 63-79.

18.-  lvarez J, Castillo F, Fernández D, Muñoz M. Manual de valoración de patrones funcionales. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2010; 1-29. Consultado en: <http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

19.- Reina N. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral científico. 2010;17: 18 – 23. Consultado en: <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

20.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

21.- Programa Sectorial de Salud. Programa de acción específico: Salud Materno y Perinatal 2013–2018. Consultado en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

22.- Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016 – 2030). Sobrevivir, prosperar y transformar. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Pag. 1 – 108.

Consultado en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1

23.- Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos “un pilar de la OMS para la planificación familiar. Cuarta edición; 2009. Pag. 1 – 133. Consultado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44710/1/9789243563886_spa.pdf